Садковская Татьяна,
заместитель генерального директора, директор дирекции ДМС СК «МАКС»

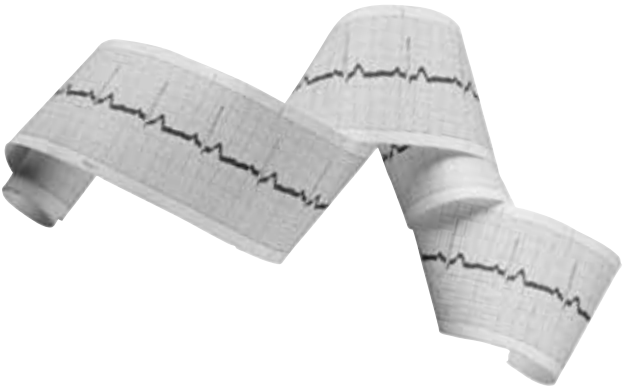
Приписки и навязанные медицинские услуги: на войне как войне

Позиционное противостояние партнеров по бизнесу на поле добровольного медицинского страхования со временем не ослабевает. Ни одна из сторон не может похвастаться серьезными победами над противником, но и разойтись они тоже не могут.
Об опыте регулирования отношений с клиниками нашему журналу рассказывает Татьяна Садковская, заместитель генерального директора, директор дирекции ДМС страховой компании «МАКС».

ССТ: *Татьяна Вячеславовна, всем понятны мотивы, по которым в рамках программ ДМС идет навязывание дополнительных медицинских услуг. Можно ли предусмотреть какие-то регламенты, чтобы этот процесс не выходил за рамки разумного?*

Татьяна Садковская: К сожалению, во многих лечебных учреждениях коммерция стала главным смыслом оказания медицинской помощи. Навязывание услуг идет из-за того, что в ЛПУ перед врачами стоит финансовый план, который надо выполнять. Более того,

в некоторых клиниках даже проводят тренинги, в ходе которых учат, как без особых оснований направлять пациента от одного врача к другому. В результате человек, пришедший в поликлинику с температурой, вместо того, чтобы получить больничный и идти домой лечиться, полдня сидит в очередях. К сожалению, для ДМС это обычная история. Но, проверяя лицевые счета и истории болезней, можно натолкнуться и на более свежие способы увеличения объема оплаты медицинских услуг. Приведу пример: терапевт, которого регулярно посещает некая больная наряду с неврологом и окулистом, назначает консультацию кардиолога. Примечательно, что имя и фамилия кардиолога полностью совпадают с именем и фамилией терапевта. Возникает естественный вопрос: зачем врачу направлять пациента на консультацию к самому себе? В клинике на этот вопрос мне ответили, что пациентку должен вести кардиолог. Спрашиваю: а почему имя и фамилия терапевта и кардиолога совпадают? Отвечают: потому что один и тот же врач работает и в качестве терапевта, и в качестве кардиолога. И это происходит в очень крупной клинике, которая считается одной из лучших! Разве врачу не нужно мнение другого врача для выработки



оптимальной линии лечения? Правда, у меня есть свое объяснение ситуации: консультация терапевта стоит 1500 рублей, а консультация кардиолога – 1800.

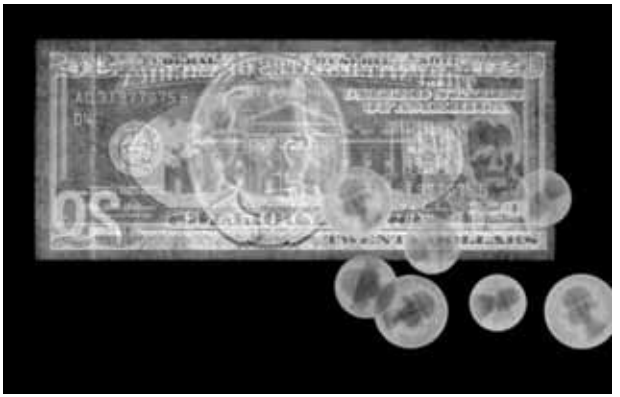
ССТ: *Численность застрахованных у такой крупной компании, как МАКС, очень большая, поэтому невозможно ежемесячно проверять все истории болезни. Как врачи-эксперты определяют, что тот или иной счет надо смотреть с особым вниманием?*

Т.С: Прежде всего, мы отслеживаем выплаты. Если за месяц на человека тратится очень большая сумма (скажем, 100 000 рублей), возникает вопрос, на что они расходуются? Понятно, когда большие суммы идут на высокотехнологичное лечение в больнице. В то же время непонятно, на какие поликли-

нические услуги можно потратить столько денег?

За двадцать лет присутствия компании на рынке мы накопили большую статистику, поэтому знаем, сколько может стоить амбулаторно-поликлиническое лечение в каждой из клиник, с которыми мы сотрудничаем. И когда стоимость ежемесячного лечения соизмерима со стоимостью годового прикрепления, естественно, у нас возникают вопросы.

Если в том или ином ЛПУ превышена та планка амбулаторно-поликлинического лечения, которую мы себе поставили на основе имеющейся статистики, лицевые счета скрупулезно анализируются нашими врачами. Почему планка была превышена? Если пациент в течение месяца или двух дважды в неделю ходит в поликлинику, я спрашиваю: почему вы перед нами не ставите вопрос, чтобы мы госпитализировали этого застрахованного?



Вместе со счетом к нам приходит распечатка по датам обращения и количеству оказанных услуг. И если мы видим, что, скажем, полный биохимический анализ крови, не соответствующий диагнозу, делается каждую неделю, надо тщательно изучить историю болезни. Что там: серьезная патология или навязанные услуги? Если первое, то надо смотреть, чем мы можем помочь больному.

ССТ: *Обсуждая тему навязывания услуг в ДМС, не могу не задать вопрос о целесообразности назначений. Как можно ее оценить?*

Т.С: Целесообразность назначенного лечения – это прерогатива врача, который смотрит пациента. Я считаю, что неправильно грубо вмешиваться в лечение, назначенное врачом. Другое дело – оценка эффективности лечения. Приведу пример. В течение полутора месяцев больная наблюдалась по поводу гипертонии первой стадии в одной из клиник известной частной сети. Регулярно приходила к терапевту, в ее анамнезе – головная боль. Никаких иных жалоб в течение полутора месяцев не было. Объективный статус, который описывает терапевт, все время был спо-

койным, артериальное давление – в рамках выявленной стадии болезни, отеков на ногах нет. И вдруг, через полтора месяца, согласно записям в ее карте, у нее появились отеки на ногах, дрожь во всем теле. Таким образом, назначенная терапия привела к нарушению функции почек. При этом ЭКГ ни разу не была сделана, анализ мочи – тоже. Хотя биохимический анализ крови делали каждую неделю. Что можно сказать о подобной терапии? Просто врач был сосредоточен не на лечении больной, а главным образом на коммерческих задачах.

ССТ: *В региональных клиниках ситуация с навязанными услугами лучше? Или такая же?*

Т.С: В Санкт-Петербурге и Екатеринбурге положение, близкое к московскому. А, например, на Дальнем Востоке навязыванием услуг не грешат.

ССТ: *Но ведь страховая компания не может отказаться от сотрудничества с крупной медицинской сетью. Что же делать? Как решаются конфликты?*

Т.С: Проблема сложная, но мы рассказываем своим клиентам о том, с какими ситуациями сталкиваемся. Как правило, убеждаем сменить клинику. Я знаю одно уважаемое лечебное учреждение, где врачи работают вахтовым методом. Отработали три месяца – уехали, затем приехали следующие. Таким образом, руководство клиники экономит на фонде оплаты труда. В данном случае перед клиникой ставятся чисто коммерческие задачи, но качество медицины выхолащивается.

С клиниками, показывающими низкую эффективность лечения, мы работаем достаточно жестко. Иной раз дело доходит даже до суда, если после проведения экспертизы мы отказываемся оплачивать часть счетов. Я полагаю, что страховое

сообщество должно объединиться и выработать общую политику взаимодействия с ЛПУ. Сейчас страховщики очень разрознены. Во взаимоотношения пациентов и ЛПУ обязательно должен быть включен врач-куратор страховой компании, который защищал бы интересы застрахованного. ДМС – выплатной вид страхования, он не приносит прибыли. Почему страховщики занимаются им? Потому что при качественном выполнении этого социального заказа страховая компания может получить другие, более рисковые, виды страхования, которые более рентабельны.

ССТ: *Программы ДМС содержат множество ограничений. А при финансовых ограничениях диагностики легко пропустить начало серьезного заболевания. Каким образом решается эта проблема?*

Т.С: Когда меня спрашивают, можно ли делать компьютерную томографию или МРТ головного мозга застрахованному, который поступил с острым нарушением мозгового кровообращения, я отвечаю: не надо спрашивать! Обязательно проводите все исследования, которые необходимо провести по экстренным показаниям. Но при этом ЛПУ должно уведомить страховую компанию. Обычно в программе страхования оговорено следующее условие: если возникает необходимость в медицинских манипуляциях, которые не предусмотрены программой, врачи должны обратиться в страховую компанию. Если же ЛПУ не уведомит страховую компанию о возникновении экстренной ситуации, мы не будем оплачивать эту услугу.

ССТ: *Татьяна Вячеславовна, а те медицинские учреждения, с которыми возникают конфликты, не отказываются от сотрудничества?*

Т.С: Сейчас с инициативой о прекращении сотрудничества все чаще выступают именно страховые компании. Да, было время, когда лечебные учреждения диктовали страховщикам правила игры. Сегодня ситуация изменилась, и это произошло буквально в течение 2010 года. Возникло такое количество лечебных учреждений, желающих работать по системе ДМС, что у страховщиков появился выбор. А раз он появился, возникла и система отбора лечебных учреждений. Конечно, бывает, что клиент настаивает на именитом ЛПУ, которое было нами замечено в навязывании услуг и приписках. В таком случае мы предлагаем программу страхования с рядом

ограничений. Действительно, если суточный мониторинг артериального давления в какой-то клинике стоит 12000 рублей (цену я не придумываю), а в других – максимальная стоимость составляет 4000 рублей, то мы вместе с клиентом просто сравниваем прейскуранты и исключаем ряд услуг из программы данного ЛПУ, предоставляя их на другой базе.
С недавнего времени страховщики стали более разборчиво подходить к выбору ЛПУ и отказались от сотрудничества с целым рядом клиник. Так, практически все страховые компании ушли из медицинской сети МВП «Семейный доктор».

ССТ:*Лечебные учреждения агрессивно реагируют, если страховая компания отказывается оплатить какие-либо счета?*

Т.С: По-разному. Сейчас в отношениях страховщиков и ЛПУ новый тренд – претензии и суды. Чтобы до судов не доходило, очень важно, чтобы эксперты страховой компании аргументировано обосновали то или иное свое заключение. Наши врачи-кураторы и врачи-эксперты общаются не на уровне начальника коммерческого отдела, а на уровне заместителя главврача по лечебной части, по клинико-экспертной работе. При необходимости они даже проводят совместные консилиумы с привлечением сторонних экспертов.

ССТ: *Как можно определить качество оказанных медицинских услуг?*

Т.С: Для этого нужны грамотные специалисты в страховой компании. Они должны посмотреть историю ведения больного лечебным учреждением. Бывает, что, судя по истории болезни, человек практически круглый год ходит с обострением язвенной болезни. Значит, врач или лукавит, или плохо лечит. Сейчас стоит задача не столько на соответствие оказанных услуг программе, сколько на качество предоставления медицинских услуг: если сегодня они будут оказаны качественно, завтра застрахованному уже не нужно будет идти в это ЛПУ. И финансовые риски страховщика сократятся.

Беседовала
Елена Шарова