

Эксперты оценили возможности оплаты медпомощи в стационарах на основе КСГ

06.03.2015



Несмотря на некоторые сложности опыт внедрения нового способа оплаты стационарной помощи на основе клинико-статистических групп (КСГ) в пилотных субъектах показал, что данный механизм позволяет более эффективно расходовать средства.

К такому заключению пришли эксперты, ставшие участниками круглого стола на тему «Переход на метод финансирования больниц по клинико-статистическим группам: ожидания, реальность, перспективы», прошедшего в Высшей школе экономики 5 марта.

— Мы всегда настаивали и продолжаем настаивать на том, что оплата медицинской помощи на основе клинико-статистических групп — это способ повышения эффективности расходов в системе здравоохранения и в системе обязательного медицинского страхования в целом, — заявил директор Центра политики в сфере здравоохранения НИУ Высшей школы экономики **Сергей Шишкин**. — К сожалению, пока мы видим, что как бы тщательно мы не рассчитывали тарифы, у нас появляются выигравшие больницы, которые получают больше, чем они получали ранее, и медучреждения, доходы которых становятся существенно меньше. Полагаю, что нам нужно заложить какие-то резервы, подушки безопасности, которые позволят в переходный период не допустить резкого ухудшения финансового положения медучреждений, чтобы избежать снижения доступности медицинской помощи.

Между тем, как сообщил консультант Всемирного банка **Александр Кацага**, опыт внедрения КСГ в некоторых субъектах выявил слабые места в управленческой работе. Среди них он назвал слабую проработку реформы системы финансирования в увязке с другими преобразованиями.

— По отзывам регионов в некоторых из них возник риск бюджетного дефицита, вызванный недостоверным моделированием рисков и иными причинами. Скопировано с Medvestnik.ru. Плюс слабая координация таких направлений как система контроля качества, маршрутизация пациентов, развитие управленческого потенциала и так далее. То есть, наблюдались попытки возложить все на систему финансирования с расчетом на то, что все остальное наладится само собой. А так не бывает, преобразования нужно проводить комплексно, — подчеркнул эксперт.

Как сообщила заместитель начальника финансово-экономического управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования **Инна Железнякова**, несмотря на все препятствия при внедрении нового способа оплаты главный аргумент в

его пользу – шанс на устранение существующей сейчас огромной разницы в тарифах на медицинскую помощь.

— Около пяти лет назад мы осуществляли мониторинг тарифов, и выявили, что разница в стоимости простого анализа мочи между некоторыми субъектами составляет десять тысяч раз. Сейчас наша задача, сделать так, чтобы разница в стоимости между регионами была не более 15%, — подчеркнула она.