

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом ДПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К КЛИНИЧЕСКИМ ПРАКТИЧЕСКИМ
ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Наименование дисциплины **Основы медицинских технологий в организации
здравоохранения**

Специальность **34.03.01 – Сестринское дело**

Форма обучения очная

Год начала подготовки 2025

ТЕМА 5 **Практика принятия решений региональными органами управления здравоохранением о внедрении новых медицинских технологий**

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Основы медицинских технологий в организации здравоохранения»:

Разработаны:

Доцент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, к.м.н.



Смирнова О.Н.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, зав. кафедрой, д.м.н., профессор



Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело 2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО



Шিশалова Т.Н.

Декан факультета гуманитарного и медико-биологического образования

Федько Н.А.

Методические указания по дисциплине «Основы медицинских технологий в организации здравоохранения» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

- 1. Цель** Ознакомить обучающихся с практикой принятия решений региональными органами управления здравоохранением о внедрении новых медицинских технологий
- 2. Учебные вопросы**
1. Метод эмпирического изучения практики принятия решений о внедрении и использовании новых медицинских технологий.
 2. Степень централизации принятия решений о закупках оборудования для ЛПУ.
 3. Этапы оценивания заявок на закупки медицинского оборудования.

3. Теоретическая часть

Метод эмпирического изучения практики принятия решений о внедрении новых медицинских технологий

Как уже отмечалось, термин «новые медицинские технологии» используется нами при исследовании российской практики в широком понимании – как обозначение новых технологий для конкретных медицинских организаций и работающих в них врачей.

Основными субъектами процесса внедрения новых медицинских технологий в государственные и муниципальные ЛПУ являются:

- региональные органы управления здравоохранением (РОУЗ);
- муниципальные органы управления здравоохранением (МОУЗ);
- руководители медицинских учреждений;
- заведующие отделениями медицинских учреждений;
- специалисты ЛПУ. Для изучения организации принятия решений о внедрении новых технологий в государственных медицинских учреждениях и роли в этом указанных субъектов, исследователи НИУ ВШЭ провели глубинные интервью с руководителями региональных органов управления здравоохранением, главными врачами, заведующими отделений, а также врачами областных и городских ЛПУ в Калужской области и Санкт-Петербурге. В выборку были включены следующие виды медицинских учреждений:
- областная клиническая больница – 1;
- областная детская больница – 1;
- городские специализированные больницы – 4;
- научно-медицинский центр – 1;
- центральные районные больницы – 2.

Критерии оценки заявок

Опираясь на опыт работы Медико-технической комиссии в Санкт-Петербурге и ряде других регионов, можно сформулировать следующие приоритеты, которыми, как правило, руководствуются медико-технические комиссии:

- оснащение вновь вводимых объектов (медицинских учреждений) в результате строительства или реконструкции. Новые объекты стараются оснастить самым современным оборудованием, придерживаясь в то же время принципа разумной достаточности;
- рассмотрение в первую очередь заявок крупных стационаров;
- оснащение учреждений, оказывающих экстренную медицинскую помощь;
- укрепление материально-технической базы учреждений первичного звена (поликлиник, ЦРБ);
- создание межрайонных (межрегиональных) центров. Этот подход становится вновь актуальным при разработке мер по реструктуризации сети учреждений здравоохранения в рамках реализации региональных программ модернизации;
- концентрация оборудования в ведущих региональных (областных) центрах в расчете на более эффективное и более полное использование их возможностей (с учетом потоков пациентов и квалификации кадров). При принятии решения о приобретении того или иного оборудования для конкретного учреждения в качестве дополнительных к указанным выше приоритетам руководствуются необходимостью:

- обеспечения наиболее важных этапов оказания медицинской помощи (наркозно-дыхательная аппаратура и т. д.);
- замены вышедшего из строя (или грозящего выйти из строя) оборудования.

Подчеркнем, что это приоритеты при рассмотрении заявок от медицинских учреждений, которые декларируются медико-техническими комиссиями. Обратим внимание на то, что данные приоритеты отражают в основном установку на принятие решений на основе требований клинической эффективности (в широком ее понимании – применительно к системе медицинских учреждений региона в целом). В идеале при принятии решения о внедрении новой технологии в конкретное ЛПУ (их медико-технические комиссии) руководствуются критерием соответствия оборудования потребностям региона в медицинской помощи и ориентируются на специализацию данного ЛПУ, его возможности (кадровые, технологические).

Часто выбор очевиден: «Если одно учреждение говорит, что они хотят купить, допустим, холодильник, телевизор или еще что-то, а другое – нужна наркозно-дыхательная аппаратура или аппаратура для переливания крови, то, конечно, приоритет отдается второму», – поясняет один из руководителей.

Роль финансовых органов практически сводится к установлению ограничений и лимитов расходов, а не к экономическим обоснованиям расходов. Регионы пытаются создать комплексную систему обоснования и закупки нового оборудования. Однако стройная система обычно выстраивается только на бумаге. Имеются факторы, не позволяющие полностью реализовывать формальные, порой достаточно хорошо проработанные алгоритмы:

- экстренные ситуации, требующие приобретения в экстренном режиме жизненно необходимого оборудования для замены вышедшего из строя;
- лоббирование со стороны вышестоящего руководства, представительных органов.

Часто вопрос приобретения оборудования решается вне принятых формальных механизмов: руководителем органа управления здравоохранения, вице-губернаторами, губернатором. Предоставление медицинским учреждениям нового оборудования нередко превращается в орудие манипуляции их руководителями. Отметим, что в ходе разработки региональных программ модернизации здравоохранения в критериях выбора закупаемого в рамках таких программ оборудования произошли изменения. Был продекларирован переход от процедур закупки оборудования, необходимого для нормального функционирования конкретных учреждений, к формированию планов закупок исходя из приоритетов, связанных с демографическими показателями: смертностью и рождаемостью. Приоритет отдавался закупке оборудования, в максимальной степени способствующего решению задач снижения смертности и повышения рождаемости. При этом показатели заболеваемости, обращаемости и т. д. уходили на задний план.

Важно и то, что одновременно предполагалась реструктуризация сети учреждений здравоохранения, создание межмуниципальных и межрегиональных центров, решение вопросов маршрутизации движения пациентов. Это позволяло не ориентироваться на максимальное оснащение всех учреждений современной техникой, а выработать оптимальные варианты специализации учреждений и дифференцированного оснащения их соответствующим оборудованием. Основным подспорьем здесь выступает разработка и ведение паспортов учреждений и регионов, которые включают сведения и о состоянии материально-технической базы.

На приоритеты в закупке медицинского оборудования в обозримой перспективе должна заметно повлиять реализация требования оказания медицинской помощи в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, установленного Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Это повлечет необходимость приобретения для медицинских учреждений в первую очередь того оборудования, без которого невозможно соблюдать порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи. Погоне за более престижным оборудованием и оборудованием, которое используется прежде всего (или в значительной мере) для оказания платных услуг, будет поставлен определенный барьер.

Однако серьезной проблемой остается отсутствие комплексной системы оценки эффективности использования медицинской техники. Такие оценки должны приниматься во внима-

ние при рассмотрении заявок ЛПУ на приобретение нового оборудования. Росздравнадзор и отдельные регионы по собственной инициативе проводят оценку эффективности использования лишь отдельных видов закупленного медицинского оборудования. Например, в Санкт-Петербурге периодически оценивают эффективность использования дорогостоящего оборудования: компьютерных и магнитно-резонансных томографов. При этом оценка осуществляется только с точки зрения объемов оказываемых услуг (загруженности оборудования). Экономическая эффективность использования оборудования, приобретенного за счет бюджетных средств, вообще не оценивается. В первую очередь это связано с тем, что амортизация оборудования не учитывается при формировании тарифов в системе ОМС.

Реально проводится оценка эффективности использования оборудования, полученного в рамках реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье». Методология такой оценки разработана Росздравнадзором. Осуществляется оценка по видам оборудования на основании отчетов учреждений, которые обобщаются по регионам. Указываются простои (время простоя) и причины простоев. Основные причины простоев – поломки оборудования, отсутствие расходных материалов или специалистов (по болезни и т. д.).

При обсуждении критериев выбора оборудования следует обратить внимание на то, что они различны для органов управления здравоохранением (как правило, выступавших главными распорядителями бюджетных средств) и для самих учреждений.

В идеале, если оставить в стороне коррупционную практику закупок, органы управления здравоохранением заинтересованы в приобретении оборудования, максимизирующего клиническую эффективность. Учреждения здравоохранения часто стремятся приобрести дорогостоящее оборудование (компьютерные или магнитно-резонансные томографы) для повышения своего имиджа, при том, что имеются более насущные потребности. Нередко в своих заявках руководители учреждений ориентируются на оборудование, которое в значительной степени предполагается использовать для оказания платных медицинских услуг.

Кроме того, РОУЗ заинтересованы в приобретении максимально дешевого оборудования (обычно не принимая в расчет возможную стоимость расходных материалов, затрат на техническое обслуживание и т. д.). Сами же учреждения заинтересованы в оборудовании, требующем меньше затрат на расходные материалы и обслуживание, даже если оно стоит дороже. Особенно ярко это проявляется при централизованных закупках, когда цена оборудования учреждения вообще не интересует.

Степень прозрачности процедур рассмотрения заявок

Процедуры рассмотрения заявок и принятия решений могут быть достаточно прозрачными для руководителей ЛПУ (заявителей). В Санкт-Петербурге, например, вопросами рассмотрения заявок и принятия решений по поводу приобретения оборудования за счет централизованных статей занимается Медико-техническая комиссия, возглавляемая первым заместителем Комитета по здравоохранению. В нее входят представители Комитета по здравоохранению, главные внештатные специалисты, представители организационно-методических отделов (например, по лучевой диагностике – при рассмотрении заявок по рентгенологической технике), СПб ГУП «Медтехника», учреждений здравоохранения. Руководители учреждений приглашаются на заседания Медико-технической комиссии и рабочих групп и имеют возможность приводить аргументы и отстаивать свою позицию. Обсуждение вопросов обычно идет на уровне реальной аргументации, а не жесткого административного давления со стороны органа управления здравоохранением. Однако реально повлиять на решение вопроса руководители учреждений (чьи позиции не поддерживаются) обычно не могут – представители Комитета по здравоохранению имеют возможность проводить свою политику, тем более, что ее поддерживают руководители тех учреждений, для которых решено приобрести оборудование, а также представители организационно-методических отделов, главные внештатные специалисты. Поэтому при наличии прозрачности процедуры и элементов демократизма решение обычно все же принимается в соответствии с мнением представителей Комитета по здравоохранению.

Если оборудование приобретается в рамках планов мероприятий или целевых программ, вопросы приобретения оборудования для конкретных учреждений рассматривает рабочая груп-

па, в которую входят представители Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, главные внештатные специалисты, представители организационно-методических отделов, руководители и специалисты ведущих учреждений по данному направлению. Это наиболее демократичный вариант решения проблемы, поскольку известны суммы, выделяемые для развития определенной службы (например, фтизиатрической), круг учреждений, для которых предполагается приобретение оборудования. Приоритеты вырабатываются совместно (что, конечно, не исключает лоббирования интересов конкретных учреждений со стороны их руководителей).

Еще одна немаловажная причина завышенных цен – сложность контроля за целесообразностью покупок. Непрофессионалам сложно понять, насколько продвинутый уровень медицинской техники достаточен для тех или иных видов диагностики и лечения, какие дополнительные опции необходимы, а какие являются избыточными. Это приводит к приобретению более дорогого оборудования, часть опций которого впоследствии не используется. Проконтролировать использование отдельных опций оборудования крайне затруднительно. Все это способствует приобретению оборудования по завышенным ценам.

4. Практическая часть - нет.

5. Вопросы для собеседования

1. Приоритеты, которыми, как правило, руководствуются медико-технические комиссии
2. Роль финансовых органов
3. Факторы, не позволяющие полностью реализовывать формальные, порой достаточно хорошо проработанные алгоритмы
4. Степень прозрачности процедур рассмотрения заявок
5. Коррупциогенность принятия решений о закупках медицинского оборудования

6. Тестовые задания

1. К случаям размещения заказа у единственного поставщика (исполнителя, подрядчика) не относится:

- а) осуществление закупки товара, работы или услуги на сумму, не превышающую ста тысяч рублей;
- б) осуществление закупки товара, работы или услуги государственной или муниципальной образовательной организацией на сумму, не превышающую четырехсот тысяч рублей;
- в) осуществление закупки товара, работы или услуги, которые относятся к сфере деятельности субъектов естественных монополий;
- г) осуществление закупки товара, работы или услуги для нужд федеральных органов государственной власти.

Согласно ст. 93 ФЗ о контрактной системе.

2. Государственный оборонный заказ и мероприятия по его выполнению утверждает:

- а) Президент РФ;
- б) Федеральное Собрание РФ;
- в) Правительство РФ;
- г) Министерство обороны РФ.

Ст. 5 ФЗ «О государственном оборонном заказе», **Правительство Российской Федерации утверждает государственный оборонный заказ и мероприятия по его выполнению** в месячный срок после подписания Президентом Российской Федерации федерального закона о федеральном бюджете на очередной финансовый год и плановый период.

3. Правительство Российской Федерации, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации гарантируют товаропроизводителям (поставщикам) продукции растениеводства, поставляющим ее для государственных нужд, авансовую оплату в размере не менее:

- а) 10 %.
- б) 20 %.
- в) 30 %.
- г) 50 %.

п. 4 ст. 6 ФЗ "О закупках и поставках сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия для государственных нужд" Правительство Российской Федерации, органы исполнитель-

ной власти субъектов Российской Федерации гарантируют товаропроизводителям (поставщикам) продукции растениеводства, поставляющим ее для государственных нужд, авансовую оплату в размере **не менее 50 процентов** от стоимости объема поставок, определенных государственным контрактом, в том числе 25 процентов после заключения государственного контракта и 25 процентов после завершения сева, а по продукции животноводства - выплату дотаций из соответствующего бюджета, обеспечивающих рентабельность ее производства.

4. Не вправе отказаться от заключения государственных контрактов (договоров) на поставку материальных ценностей в государственный резерв:

- а) поставщики, занимающие доминирующее положение на товарном рынке;
- б) товаропроизводители (поставщики) сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия;
- в) предприятия, в объеме производства которых государственный оборонный заказ превышает 70 процентов;
- г) организации, осуществляющие ответственное хранение материальных ценностей государственного резерва.

п. 4 ст. 9 ФЗ "О государственном материальном резерве" поставщики, занимающие доминирующее положение на товарном рынке, а также предприятия, в объеме производства **которых государственный оборонный заказ превышает 70 процентов, не вправе отказаться** от заключения государственных контрактов (договоров) на поставку материальных ценностей в государственный резерв.

5. Закон о контрактной системе не применяется к отношениям, связанным с:

- а) оказанием услуг международными финансовыми организациями, созданными в соответствии с международными договорами, участником которых является Российская Федерация;
- б) закупкой товаров, работ, услуг для обеспечения обороны страны и безопасности государства;
- в) закупкой товаров, работ, услуг для обеспечения безопасности лиц, подлежащих государственной защите;
- г) закупкой товаров, работ, услуг участковыми избирательными комиссиями, территориальными избирательными комиссиями.

Ст. 1 ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд»

6. По общему правилу размер обеспечения заявки не может превышать:

- а) 2% начальной (максимальной) цены контракта (цены лота);
- б) 5%;
- в) 10%;
- г) 30%.

Ст. 44 ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», размер обеспечения заявки на участие в конкурсе или аукционе должен составлять:

- 1) от одной второй процента до одного процента начальной (максимальной) цены контракта, если размер начальной (максимальной) цены контракта составляет от пяти миллионов рублей до двадцати миллионов рублей;
- 2) от одной второй процента **до пяти процентов начальной (максимальной) цены контракта**, если начальная (максимальная) цена контракта составляет более двадцати миллионов рублей.

7. По общему правилу размер обеспечения исполнения контракта не может превышать:

- а) 2% начальной (максимальной) цены контракта (цены лота);
- б) 5%;
- в) 10%;
- г) 30%.

п. 6 ст. 96 ФЗ о контрактной системе размер обеспечения исполнения контракта должен составлять **от пяти до тридцати процентов начальной (максимальной) цены** контракта, указанной в извещении об осуществлении закупки.