

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 4** **Практика принятия решений о внедрении и использо-  
вании новых медицинских технологий в россий-  
ском здравоохранении**

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

Шишалова 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 о внедрении и использовании новых медицинских технологий в российском здравоохранении
- 2. Учебные вопросы**
1. Внедрение и использование новых медицинских технологий как предмет государственного регулирования.
  2. Финансирование внедрения и использования новых медицинских технологий в государственных и муниципальных ЛПУ.
  3. Источники и способы финансирования закупок нового медицинского оборудования.

### **3. Теоретическая часть**

Практика принятия решений о внедрении новых медицинских технологий в российском здравоохранении

После анализа теоретических моделей, объясняющих процесс принятия решений о внедрении новых технологий в медицинских организациях, и анализа зарубежного опыта поддержки этой деятельности перейдем к рассмотрению сегодняшней практики осуществления технологических нововведений в российском здравоохранении. Ниже представлены результаты исследования особенностей принятия решений о внедрении новых технологий в медицинских организациях государственного и частного секторов здравоохранения.

#### **Внедрение новых медицинских технологий как предмет государственного регулирования**

Термин «новая медицинская технология» впервые получил официальное определение в приказе Росздравнадзора от 20.08.2004 № 26-Пр/04 «Об утверждении порядка проведения государственной регистрации медицинских технологий». До этого использовались термины «новые и усовершенствованные методы лечения», которые вводились в медицинскую практику в виде методических рекомендаций и методических указаний, разрабатываемых федеральными научно-исследовательскими учреждениями страны в рамках отраслевых и федеральных целевых программ Министерства здравоохранения РФ. С 2004 г. новые медицинские технологии вводятся в медицинскую практику посредством государственной регистрации.

К новым медицинским технологиям относятся впервые предлагаемые к использованию на территории Российской Федерации или усовершенствованные совокупности методов (приемов, способов) лечения, диагностики, профилактики, реабилитации (далее – методы) и средств, с помощью которых данные методы применяются, а в некоторых случаях и способ получения средства, используемого в данной технологии.

Методы и средства, применяемые в новых медицинских технологиях, могут включать использование лекарственных средств и изделий медицинского назначения при условии, что они зарегистрированы в установленном порядке в Российской Федерации и используются в строгом соответствии с утвержденными при регистрации инструкциями по медицинскому применению.

В России систематическую работу по планированию и рассмотрению результатов научно-исследовательской работы подведомственных учреждений осуществляло Управление научно-исследовательских медицинских учреждений Минздрава России с 1995 г. Ежегодно поступало до 1500 проектов, и только 100–150 из них допускались до утверждения [Пилипенко, Ушакова, 2008]. Утвержденные методики вносились в Государственный реестр новых медицинских технологий, который ведется с 1995 г. В 2004 г. функция выдачи разрешений к применению новых медицинских технологий была передана Росздравнадзору.

Согласно действующему законодательству<sup>11</sup>, все новые медицинские технологии могут быть использованы в медицинской практике только после проведения экспериментальной и клинической апробации, утверждения в установленном порядке и внесения в Государственный реестр новых медицинских технологий. При принятии решения о государственной регистрации учитываются результаты контроля эффективности и безопасности медицинских технологий, проводимого Росздравнадзором во взаимодействии с ФГУ «Научный центр экспертизы средств

медицинского применения» и иными научными центрами, экспертными комитетами, советами, комиссиями и экспертами, уполномоченными этой федеральной службой.

Результаты научных исследований, предназначенные для практического использования, делятся на новые медицинские технологии, впервые предлагаемые к использованию (в прошлом именовавшиеся методическими указаниями или рекомендациями) и усовершенствованные медицинские технологии (в прошлом пособия для врачей). На медицинские технологии, разрешенные к применению Росздравнадзором, выдают регистрационные удостоверения, и они вносятся в Государственный реестр новых медицинских технологий.

По данным на 30 декабря 2011 г. в перечне медицинских технологий, разрешенных к медицинской практике, насчитывалось 2409 новых медицинских технологий, внесенных, за редким исключением, отечественными организациями. Ежегодно регистрируется в среднем примерно 300 новых технологий. Лидируют технологии в сфере травматологии и ортопедии, сердечно-сосудистой хирургии, онкологии, офтальмологии. Часто появление новой технологии связано с разработкой нового изделия медицинского назначения (прибора, инструмента, оборудования) или расходных материалов, лекарственных средств.

Помимо Государственного реестра новых медицинских технологий, ежегодно Министерство здравоохранения России утверждает перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). В приказах Министерства здравоохранения России указываются не только перечни видов ВМП, но и перечни медицинских учреждений (как федеральных, так и субъектов Федерации), оказывающих эту помощь в рамках государственного задания.

Представив краткую характеристику содержания официального понятия «новые медицинские технологии» и государственного регулирования их внедрения в медицинскую практику, мы должны подчеркнуть, что предметом дальнейшего исследования будет практика внедрения новых технологий в деятельность медицинских организаций, рассматриваемая более широко. Понятие «новые технологии» используется нами в более широком смысле, чем представленные выше определения. Предметом рассмотрения выступают технологии, являющиеся новыми для конкретных ЛПУ, даже если на момент внедрения они уже активно использовались в других российских медицинских учреждениях.

Исследование сфокусировано на приобретении нового медицинского оборудования для медицинских учреждений, обеспечивающего технологическое обновление их деятельности. Таким образом, далеко не всегда речь будет идти непосредственно об инновационных и высокотехнологичных методах лечения. Разделяя понятия «новая медицинская технология для ЛПУ» и «инновационная медицинская технология», мы в данном случае изучаем проблемы, возникающие при внедрении в ЛПУ ранее не использованных технологий, будь то самые передовые методы лечения или уже зарекомендовавшие себя технологии. Конечно, данный подход имеет свои ограничения, в частности в возможностях прямого сопоставления полученных нами выводов с результатами зарубежных исследований, посвященных внедрению инноваций в здравоохранение. Однако он позволяет рассмотреть процессы технологического обновления деятельности массовых российских медицинских учреждений.

### **Национальный проект «Здоровье» как инструмент внедрения новых медицинских технологий**

Безусловно, выделение средств для регионов из федерального бюджета принято рассматривать как положительный момент для здравоохранения. В последние годы основным инструментом такого финансирования является Приоритетный национальный проект «Здоровье», реализуемый с 2006 г. Размер его финансирования из федерального бюджета составлял в среднем в год 10 % общего объема государственного финансирования здравоохранения.

При этом региональные и муниципальные органы власти вынуждены были также вкладывать финансовые средства в реализацию Проекта. Значительных средств потребовали дополнительные организационные и другие меры, прямо не предусмотренные нормативными актами, регулирующими реализацию Приоритетного национального проекта, но необходимые или желаемые (затраты на обеспечение так называемой холодной цепочки для вакцин, на расходные

материалы; на подготовку помещений для установки оборудования; на регистрацию и страхование новых автомобилей и т. д.).

В рамках Проекта проведено оснащение новым диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических учреждений страны, ЛПУ, оказывающих медицинскую помощь больным онкологическими заболеваниями, созданы и оснащены региональные сосудистые центры, новые федеральные центры высоких медицинских технологий. Однако планирование поставок нового оборудования, проведение закупок, его последующее использование характеризовалось многочисленными примерами неэффективного использования государственных средств. Приведем в качестве подтверждения выдержку из доклада Счетной палаты:

«Коллегия Счетной палаты РФ рассмотрела результаты проверки эффективности использования средств федерального бюджета на закупку медоборудования. В ходе проверки установлено, что в нарушение действующего законодательства победителями конкурсов признавались поставщики, не представившие нотариально заверенных копий лицензий на техническое обслуживание медицинской техники, а также не проходившие предварительный отбор. Госконтракты на поставку диагностического оборудования заключались со значительным – до 200 % – увеличением объемов закупаемой продукции по сравнению с объемами, размещенными на конкурсной основе. Из 54 заключенных госконтрактов только в шести объемы поставок соответствовали конкурсным предложениям поставщиков. Дополнительно в пределах выделенных средств без проведения конкурса закуплена 2321 единица оборудования на сумму свыше 3,4 млрд руб., или 31,6 % объема, размещенного на конкурсной основе... Вместе с тем эндоскопическое оборудование не имеет в комплектации основных принадлежностей – микровидеокамер, видеомониторов. Большинство ультразвуковых аппаратов относятся к разряду первичной диагностики патологии в брюшной полости. Ряд моделей технически устарели. Общим недостатком рентгеновских аппаратов является отсутствие проявочных автоматов» [Счетная палата..., 2006].

На имеющиеся проблемы указывается и в других публикациях. По словам Г. Бооса, сказанным им в период пребывания на посту губернатора Калининградской области, оснащение медицинских учреждений диагностическим оборудованием в рамках Национального проекта «Здоровье» начало превращаться в очковтирательство [Совет при Президенте Российской Федерации..., 2006]. В некоторых муниципалитетах Калининградской области при поступлении новых флюорографов приходилось демонтировать более мощные рентгеновские аппараты, которые выполняли больший объем услуг и вполне устраивали лечебные учреждения. А в некоторых медицинских учреждениях, куда оборудование поступало досрочно, еще не успевали отремонтировать соответствующие помещения. Тем не менее в целом с положительной стороны можно оценить тот факт, что в основном заявки составлялись на основе потребности конкретных учреждений (без навязывания сверху). Однако вопрос об обоснованности заявок остается открытым. Имеются свидетельства о приобретении оборудования чрезмерной мощности или производительности, которая большей частью не востребована. Яркий пример приводится в одной из газетных публикаций: «ну за чем, скажите, в небольшом городке биохимический анализатор за 80 тыс. долл. США, который в час делает 120 анализов содержания глюкозы в крови? Там и людей-то столько не наберется» [Аргументы и факты, 2006].

Много проблем связано с необходимостью достаточно крупных затрат для подготовки помещений для поставляемого оборудования, особенно рентгенологического. Затраты на эти цели могут составлять 500 и более тыс. руб. в расчете на один рентгенологический аппарат. Не везде сразу и в полном объеме могли найти такие средства. Ситуация осложняется необходимостью проведения конкурсов на выполнение ремонтных работ, что затягивает сроки начала ремонта и установки техники.

Еще одной причиной того, что поставленное в рамках Национального проекта оборудование не всегда используется, является отсутствие квалифицированных кадров, готовых работать на новом оборудовании.

Аналогичная ситуация во многом повторилась при разработке региональных программ модернизации здравоохранения на 2011–2012 гг. – средства из федерального бюджета выделя-

лись только на закупку оборудования, и из-за недостатка средств на расходные материалы, техническое послегарантийное обслуживание и т. д. оно простаивает [Филиппов, 2012].

Теоретически выделение средств регионам из федерального бюджета на поставки оборудования можно было бы рассматривать как своего рода стимул для выделения из региональных бюджетов сравнительно небольших средств для обслуживания оборудования и т. д. Однако, во-первых, многие регионы выделяют средства на эти цели только после начала массовых проверок эффективности использования оборудования. А во-вторых, нередко снимая средства с самого здравоохранения (с других статей). Поэтому эти меры не обеспечивают оптимизации использования ресурсов в здравоохранении.

Тем не менее неправильно было бы делать вывод о нецелесообразности поставок нового оборудования в рамках федеральных программ. Правильнее было бы говорить о недостаточной проработанности подобных федеральных программ, в результате чего выделяемые средства используются не всегда эффективно.

#### **4. Практическая часть - нет.**

#### **5. Вопросы для собеседования**

1. Каковы интересы медицинских организаций в отношении новых технологий?
2. Какие источники информации о новых технологиях используются, и в какой степени?
3. Как организован процесс принятия решений о внедрении новых технологий, и кто играет ключевую роль при принятии решений?
4. Каковы основные проблемы, возникающие при внедрении и использовании нового медицинского оборудования?
5. Каковы основные различия этих характеристик для медицинских организаций разной формы собственности?
6. Что же именно понимается под новыми медицинскими технологиями.

#### **6. Тестовые задания**

1. Доходность коммерческой деятельности учреждения здравоохранения:
  - а) Соотношение балансовой прибыли и себестоимости +
  - б) Соотношение прибыли и себестоимости
  - в) Фондооснащенность учреждения
2. К косвенным расходам (затратам) при оказании медицинских услуг относят:
  - а) Оплата труда основного персонала
  - б) Затраты на текущие хозяйственные цели +
  - в) Материальные затраты, потребляемые в процессе оказания медицинской услуги
3. Организация платных услуг в медицинских учреждениях должна включать все, за исключением:
  - а) Оповещения населения о перечне, стоимости и видах платных услуг
  - б) Расчета стоимости медицинской услуги
  - в) Направления полученных денег на приобретение оборудования +
4. Распространение медицинских услуг в здравоохранении осуществляется путем:
  - а) Прямого маркетинга +
  - б) Многоканального маркетинга
  - в) Косвенного маркетинга
5. Расчет годового бюджета рабочего времени должности основывается:
  - а) На затратах труда медицинского персонала
  - б) На численности обслуживаемого населения
  - в) На законодательстве о режиме труда и отдыха +
6. Позиционирование медицинской услуги на рынке в первую очередь зависит от:
  - а) Формы собственности ЛПУ
  - б) Профиля ЛПУ +
  - в) Месторасположения ЛПУ

7. Для автономных учреждений план финансово-хозяйственной деятельности утверждает:
- а) Орган, выполняющий функции учредителя
  - б) Общее собрание коллектива
  - в) Учредитель +
8. По какому признаку необходимо формировать группу потребителей рынка медицинских услуг для коммерческой деятельности ЛПУ:
- а) Социографическому +
  - б) Поведенческому
  - в) Географическому
9. К заемным средствам лечебного учреждения относятся:
- а) Средства целевого финансирования
  - б) Ассигнования из бюджета
  - в) Кредиты и ссуды +
10. В каких случаях оказание платных услуг принесет прибыль:
- а) Цена превышает валовые издержки
  - б) Валовый доход превышает валовые издержки +
  - в) Цена услуги превышает валовый средний доход
11. К «целевым» налогам относятся отчисления:
- а) В дорожный фонд, Пенсионный фонд, на ОМС +
  - б) В дорожный фонд, пенсионный фонд, налог на землю
  - в) На ОМС, налог на добавленную стоимость, налог на имущество
12. Медицинский маркетинг – это система:
- а) Организации хозяйственной деятельности ЛПУ
  - б) Организации и управления хозяйственной деятельностью ЛПУ, направленная на максимальное удовлетворение потребностей населения в медицинских услугах +
  - в) Организации и управления хозяйственной деятельностью ЛПУ
13. Что понимается под убытками:
- а) Реальный ущерб и упущенная выгода +
  - б) Компенсация за моральный ущерб
  - в) Штраф, пеня
14. Под основной заработной платой понимается:
- а) Выплаты за работу в ночное время
  - б) Оплата очередных отпусков
  - в) Зарплата, установленная в соответствии с договором (контрактом) +
15. Экономическая эффективность здравоохранения выражается в:
- а) Оцененном вкладе в рост производительности труда +
  - б) Увеличении продолжительности жизни
  - в) Улучшении состояния пациента