

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

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом ДПО

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ 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 использовании новых медицинских технологий в российском здравоохранении
---------------	--

Лекционный материал 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
Декан факультета гуманитарного и
медико-биологического
образования



Шिशалова Т.Н.



Федько Н.А.

Лекционный материал по дисциплине «Основы медицинских технологий в организации здравоохранения» размещен в ЭИОС университета в авторской редакции

Цель Ознакомить обучающихся с практикой принятия решений о внедрении и использовании новых медицинских технологий в российском здравоохранении

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.

Финансирование внедрения новых технологий в государственных и муниципальных ЛПУ

. Источники и способы финансирования закупок нового медицинского оборудования
К источникам финансирования внедрения новых технологий в государственных и муниципальных ЛПУ относятся:

- средства бюджета Российской Федерации (для федеральных учреждений, а также для учреждений другого уровня в рамках федеральных программ, за счет субсидий и т. д.);
- средства бюджетов субъектов Российской Федерации (для учреждений, подведомственных субъектам Российской Федерации; для муниципальных учреждений – в рамках специальных программ);
- средства бюджетов муниципальных образований (для учреждений муниципального уровня);
- поступления от приносящей доходы деятельности самих государственных и муниципальных учреждений (оказание платных медицинских услуг и т. п.).

При финансировании учреждений более низкого уровня из бюджета более высокого уровня обычно используется такая форма, как субсидии, поскольку прямое выделение средств учреждениям здравоохранения из бюджетов более высокого уровня не предполагается действующим бюджетным законодательством.

Традиционно применяются следующие способы бюджетного финансирования внедрения новых медицинских технологий в ЛПУ:

- выделение централизованных средств по целевым статьям для главного распорядителя средств (централизованные закупки);
- выделение средств конкретным учреждениям на закупку медицинского оборудования в рамках текущего финансирования учреждений;
- финансирование целевых программ, планов мероприятий и т. д. (как целевые поставки оборудования в рамках, например, Приоритетного национального проекта «Здоровье», так и возможность закупать самостоятельно за счет, скажем, средств, полученных по родовым сертификатам).

Но при формировании бюджетов всех уровней затраты на приобретение нового оборудования (наряду со средствами на капитальный ремонт и другими инвестиционными статьями) являются одной из наименее гарантированных расходных статей. Это ярко проявилось на фоне кризиса, когда максимальному урезанию подверглись именно эти статьи.

Учитывая, что медицинское оборудование обычно дорогостоящее, а также выступает удобным инструментом для коррупционных сделок, органы власти субъектов Федерации пытаются жестко контролировать использование этих средств, часто указывая в законе о региональном бюджете или в постановлениях высшего исполнительного органа управления субъекта Российской Федерации расходы на приобретение оборудования для конкретных учреждений.

Наряду с достоинствами такой подход имеет и недостатки:

- длительная процедура согласований проекта закона или постановления. Длительность процедур размещения государственного (муниципального) заказа приводит к тому, что реально оборудование поставляется только к концу года (учреждения здравоохранения могли бы начать предоставлять населению услуги с использованием этого оборудования значительно раньше), возникают угрозы непоставки импортного оборудования из-за длительной процедуры «растаможивания», необходимости проведения повторных конкурсных процедур и т. д.;

- необходимость внесения изменений в правовые акты при наличии экономии по конкретным учреждениями или, напротив, при отсутствии предложений со стороны поставщиков оборудования по предложенным ценам.

Поэтому такое решение не самое рациональное. Есть и другие – менее жесткие подходы, позволяющие держать под контролем процесс закупок (сама целесообразность этого вызывает сомнения): иногда списки соответствующих учреждений утверждают вице-губернаторы, курирующие социальные вопросы и т. д. При этом вице-губернатор может потребовать внести изменения в решения, выработанные коллегиально (например, соответствующими рабочими группами), что отчасти обесценивает деятельность коллегиальных органов.

Более рациональным было бы давать большую свободу учреждениям для приобретения оборудования, но жестко контролировать сам процесс закупки. Например, Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга проводил такую политику, выделяя часть средств на приобретение оборудования в рамках текущих расходов учреждений.

На процесс принятия решений о том, кому и какое оборудование приобретать, влияет лоббирование (с подачи руководителей учреждений) со стороны депутатов всех уровней, вышестоящих структур и представителей федеральных властей.

Некоторые решения в части оснащения конкретных учреждений отдельными видами оборудования принимают губернаторы по итогам объездов медицинских учреждений. В целом они не вызывают претензий с точки зрения обоснованности принятых решений. Отчасти в силу того, что обычно готовятся заранее на основе анализа информации, отчасти потому, что нередко губернатор выделяет на это дополнительные средства за счет резервного фонда субъекта Российской Федерации.

Законодательство, принятое в последние годы, внесло серьезные изменения в источники и порядок финансирования приобретения оборудования.

В соответствии с Федеральным законом от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» выделение бюджетных средств по смете для приобретения оборудования стало невозможным не только для автономных, но и для бюджетных учреждений. Для выделения для них бюджетных средств с целью приобретения оборудования могут использоваться бюджетные инвестиции и так называемые субсидии на иные цели. Прежний сметный порядок сохраняется только для казенных учреждений.

Кроме того, для автономных и бюджетных учреждений стали недопустимы централизованные конкурсные процедуры и централизованные поставки оборудования (хотя сохраняется возможность проведения совместных конкурсных процедур за счет средств, выделенных автономным или бюджетным учреждениям установленным выше способом).

С принятием нового Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» структура тарифа на оплату медицинской помощи в системе ОМС может включать расходы на приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу. Соответственно недорогое медицинское оборудование может приобретаться самими медицинскими учреждениями за счет доходов, полученных в рамках обязательного медицинского страхования. Но более

дорогостоящее оборудование по-прежнему должно приобретаться для медицинских учреждений за счет средств соответствующего бюджета.

В связи с принятием Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» полномочия в сфере охраны здоровья принадлежат субъектам Российской Федерации (муниципальные образования теперь лишены этих полномочий). Соответственно муниципальные учреждения здравоохранения переходят в собственность субъектов Российской Федерации. Даже если муниципальным образованиям переданы соответствующие полномочия (обратное делегирование полномочий), средства для финансового обеспечения приобретения оборудования муниципальными учреждениями здравоохранения должны выделять субъекты Российской Федерации (в рамках межбюджетных отношений).

Влияние характеристик технологий на внедрение инноваций

Многочисленные исследования показывают, что степень и скорость распространения технологии зависят от ее особенностей. Так, уже упоминавшиеся ранее П. Лазаро и К. Фитч при анализе шести новых технологий обнаружили четкую корреляцию между среднедушевыми доходами индивидов в регионе и степенью распространения четырех из шести новых технологий. Зависимости распространения оставшихся двух технологий от доходов обнаружено не было. Поскольку анализ для всех шести технологий проводился по одним и тем же данным, авторы предположили, что на степень распространения этих двух технологий существенное влияние оказывали их собственные характеристики. Чаще всего в прикладных исследованиях отмечают следующие особенности, влияющие на степень распространения новых технологий в медицине: клинические и экономические преимущества новой технологии по отношению к действующим технологиям; риски, связанные с ее внедрением; стадия развития новой технологии, а также технологические ограничения по ее внедрению.

Клинические и экономические преимущества новой технологии, очевидно, выступают факторами, способствующим ее распространению. Речь идет как о клинической эффективности новой технологии, так и об экономической отдаче от ее внедрения. Важность данных факторов подтверждается, в частности, в уже упоминавшихся работах Андерсона, Гринберга с соавторами, Тири Наинга и др. Ван дер Ват и Преториус утверждают, что относительные преимущества технологии и риски, связанные с ее внедрением, не просто влияют на ее распространение, но являются ключевыми факторами. Стоит отметить, что, по мнению Е. Аданга и М. Венсинга, существует разрыв между краткосрочной и долгосрочной эффективностью новых технологий, поэтому при внедрении новой технологии необходимо учитывать ее эффект, экономию на масштабе и в краткосрочном, и в долгосрочном периодах.

В исследовании, посвященном внедрению телемедицины в Гонконге, отмечался фактор зрелости технологии: более зрелую (апробированную) технологию внедрили с большим успехом. Данный пример согласуется с моделью Е. Роджерса, объясняющей стадии распространения новых технологий на основании S-кривой. Таким образом, в зависимости от времени проведения исследований даже по одной и той же технологии можно получить разные результаты.

Следует также отметить, что для некоторых видов инноваций характерны существенные технологические ограничения. Они могут быть связаны со специальными требованиями к оборудованию помещения, но чаще с несоответствием действующих стандартов или несовместимостью с имеющимся оборудованием. Так, в исследовании Х. Вонга и соавторов [Wong et al., 2000] посвященном распространению телекоммуникационных технологий, отмечалось, что их внедрение было сильно затруднено из-за разных стандартов хранения данных.

Роль государства во внедрении новых медицинских технологий: зарубежный опыт

Поддержка процесса внедрения новых технологий в медицинских учреждениях может осуществляться разными способами. Применяемые механизмы поддержки зависят от политического, социального, экономического и культурного контекста. Как показывает опыт разных стран, самое сильное влияние на распространение новых технологий оказывают три вида государственного участия в процессе внедрения медицинских технологий. Во-первых, прямое участие государства в планировании и финансировании расходов на медицинские нужды. Во-вторых, регулирование практики применения оценок клинично-экономической эффективности при принятии решений о внедрении новых технологий. И в-третьих, общий инвестиционный климат и инфраструктура, создаваемая для поддержки инноваций в стране, которая позволяет использовать универсальные инструменты стимулирования новых технологий применительно к сфере здравоохранения.

Государственное планирование и финансирование расходов на медицинские нужды

Прямое участие государства в планировании и финансировании расходов на медицинские нужды – важнейший фактор, влияющий на внедрение новых технологий в медицине. Во-первых, государство может непосредственно осуществлять планирование и финансирование закупок медицинских технологий для нужд медицинских организаций. Во-вторых, оно может регулировать процесс приобретения нового оборудования, устанавливая правила для медицинских организаций различных форм собственности и разной степени автономии. В-третьих, государство может возмещать стоимость услуг при использовании той или иной технологии как в государственных, так и в частных медицинских организациях.

В разных странах *государственное участие в процессе планирования и финансирования внедрения новых медицинских технологий* осуществляется на разных уровнях. В самом общем виде можно выделить уровень общенационального (и регионального) планирования/финансирования, а также уровень управления медицинскими организациями. Это предполагает наличие широкого круга организаций и участников, вовлеченных в данные процессы, которые действуют согласованно или независимо: национальные, региональные, муниципальные органы управления здравоохранением, различные ассоциации, наблюдательные советы медицинских организаций и их менеджмент, главные врачи и персонал, все вместе формирующие сложную систему взаимоотношений, влияющую на принятие решений относительно внедрения новых технологий.

На национальном уровне планирование и финансирование внедрения новых технологий может осуществляться не только непосредственно для медицинских учреждений, находящихся в ведении государства. Зачастую государство активно участвует в планировании расходов и частных медицинских организаций. Традиционно выделяют следующие виды медицинских организаций, встречающихся в европейских странах.

1. Традиционные государственные больницы, напрямую управляемые государством. Данный тип медицинских учреждений, как правило, существует в бюджетных системах здравоохранения, финансируемых из налоговых поступлений (например, в Финляндии, Швеции, Ирландии и др.) а также в некоторых странах с системой социального медицинского страхования (Франция, Германия, Швейцария). Во втором случае – это чаще всего университетские больницы.

2. Полуавтономные государственные больницы, имеющие определенный уровень самостоятельности при принятии решений. Они встречаются в бюджетных системах здравоохранения, например в Норвегии, Эстонии, Англии, некоторых регионах Испании и Италии, а также в Израиле, Португалии и Чехии.

3. Некоммерческие частные больницы – чаще всего поддерживаемые религиозными организациями и имеющие муниципальное значение, но при этом получающие

значительную часть средств из системы социального медицинского страхования (Норвегия, Германия, Швейцария) или из бюджета (Англия, Швеция).

4. Частные, ориентированные на прибыль больницы. Это чаще всего небольшие клиники, которые в основном содержат сами врачи, преимущественно в странах с системой социального медицинского страхования (Франция, Германия, Швейцария). Они также иногда встречаются и в странах с бюджетной системой финансирования здравоохранения (Дания, Норвегия).

В наибольшей степени государственное планирование внедрения новых технологий применяется для первых двух групп медицинских организаций. Оно выступает составной частью планирования оказания медицинской помощи. В разных странах практикуются различные подходы к планированию медицинской помощи; чаще всего оно является функцией региональных органов власти, реже – местных или, наоборот, центральных. В любом случае органы управления здравоохранением разных уровней, как правило, взаимодействуют по ключевым вопросам.

Кроме того, для некоторых стран (в первую очередь для Германии и Франции) характерно активное участие в процессе планирования поставщиков медицинских услуг. Например, во Франции ответственность за планирование формально лежит на Министерстве здравоохранения и региональных агентствах (Agencies Regionales d'Hospitalisation). Однако в процессе разработки Регионального стратегического плана по охране здоровья (Schema Regionale d'Organisation Sanitaire) – важнейшего стратегического документа, в котором фиксируются приоритеты больничной помощи, дорогостоящие виды лечения, технологии, которыми должны быть обеспечены больницы и т. д., участвуют другие заинтересованные стороны. В частности, при подготовке плана учитываются резолюции региональных конференций по вопросам здравоохранения, которые собирают представителей фондов медицинского страхования, федераций больниц, профессионалов в области медицины и представителей пациентов. На региональных конференциях оценивают региональные потребности, обсуждают и определяют региональные приоритеты в оказании медицинских услуг и вырабатывают стратегию их претворения в жизнь. Благодаря конференциям формируются общие стратегические цели в области оказания медицинской помощи, определяются приоритеты, устанавливаются целевые показатели и распределяются лечебные учреждения в пределах региона.

В Германии также различные организации играют значительную роль при планировании и финансировании оказания больничной помощи. Процесс планирования (осуществляемый преимущественно на региональном уровне) часто включает длительные переговоры между руководством земли (например, региональное Министерство здравоохранения) и представителями региональных ассоциаций больниц, региональных ассоциаций фондов социального обеспечения по болезни, региональных ассоциаций врачей и представителей частных медицинских страховых компаний.

Ключевым объектом планирования в большинстве стран выступают больницы. Планирование оказания амбулаторной помощи встречается реже (Дания, Англия, Новая Зеландия и до определенной степени Финляндия). Если оно и имеет место в других странах, то чаще всего ограничивается регламентацией максимального числа врачей по специальностям.

Интересно, что в зависимости от организации системы здравоохранения государственное планирование может включать как государственные, так и частные больницы. Обычно это зависит от того, практикуется ли в стране возмещение расходов за оказанные услуги частными больницами. Например, в Канаде, Франции, Германии, Италии государственное планирование включает и частные медицинские организации. Если в этих странах частные больницы, например, планируют реорганизацию (расширение, перепрофилирование и т. д.), они должны получить разрешение от

государства. Напротив, в Дании, Англии, Финляндии и Новой Зеландии планирование касается в основном государственных учреждений здравоохранения.

Планирование работы больниц затрагивает разные направления, в том числе и инвестиции в дорогостоящее оборудование и новые медицинские технологии (такие как оборудование для магнитно-резонансной томографии). Как правило, инвестиции в технологии планируются вне рамок оперативного бюджета стационара. В большинстве стран государство участвует в финансировании больших инвестиционных проектов. Кроме того источниками финансирования могут выступать и ресурсы частного сектора, благотворительных организаций, а также гранты, предоставляемые Евросоюзом.

Следует отметить, что существуют различные подходы к использованию финансовых излишков, которые могут оставаться у государственных больниц в конце финансового года. Часто государственные больницы обязаны вернуть весь финансовый излишек, и потому не могут его потратить на покупку нового медицинского оборудования. Такая ситуация характерна, например, для государственных больниц Чехии и некоторых больниц Испании. В израильских больницах и в больницах Чехии, созданных в форме акционерных обществ, встречается практика согласования возможностей использования финансового излишка с владельцами больниц, что подразумевает возможность его использования на приобретение нового оборудования. Другой пример – часть больниц Испании имеют возможность самостоятельно распоряжаться фиксированной частью финансового излишка. Напротив, автономные трасты в Великобритании могут использовать излишки по своему усмотрению, но обязаны их потратить в течение трех лет. Частные некоммерческие больницы Дании, Норвегии и полуавтономные больницы Эстонии могут распоряжаться излишками по своему усмотрению.

Среди факторов, определяющих степень участия государства в планировании и финансировании новых технологий в больницах, важную роль играют масштабы инвестиций, сроки инвестиций и даже качество работы больниц. Кроме того, поскольку планирование осуществляется преимущественно на региональном уровне, то даже в рамках одной страны в разных регионах характер, рамки и методы планирования могут значительно различаться.

Во многих странах для долговременных и краткосрочных инвестиций применяют различные механизмы. Например, в Финляндии любые долгосрочные инвестиции (в том числе новые технологии) на период до 10 лет планируются и контролируются больничными округами, в то время как краткосрочные (и обычно меньшие по масштабу) инвестиции осуществляются на субрегиональном уровне, и здесь требуется лишь одобрение соответствующего больничного округа.

Если даже государство напрямую не финансирует покупку новых технологий, оно *регулирует условия их внедрения медицинскими организациями*. В отдельных странах требуется получение разрешения от органов управления здравоохранением на закупку оборудования, которое стоит больше определенной суммы. Например, в США на уровне некоторых штатов была организована Система сертификации дорогостоящего оборудования (*Certificate of Need – CON*). Системы сертификации были организованы с целью избежать избыточных закупок дорогостоящей медицинской техники и сократить расходы на здравоохранение. Если больница хочет получить возмещение по расходам на инвестиции в дорогостоящее оборудование, она должна обратиться в специальное агентство штата, которое занимается планированием расходов, и предоставить доказательства, подтверждающие необходимость покупки нового оборудования. По данным С. Брюса и К. Клайна, система сертификации в Пенсильвании ограничила количество литотриптеров в штате до пяти штук, а когда после 1986 г. ограничение было снято, их число за последующие 6 лет выросло более чем в 2 раза, а количество процедур, проводимых с их применением, увеличилось на 40 %. Аналогичные эффекты

наблюдались и в случаях с лабораторией сердечной катетеризации и приобретением магнитно-резонансных томографов.

Способ фиксации порогового значения может быть разным. Например, в Португалии все инвестиции (в том числе предполагающие внедрение новых технологий), превышающие 2 % стоимости уставного капитала больницы, должны быть согласованы на национальном уровне. Но чаще государство просто устанавливает пороговое значение стоимости технологии/оборудования. В Англии небольшие капитальные вложения планируют местные фонды первичной медико-санитарной помощи в рамках, установленных Министерством здравоохранения. Более значительные инвестиции, но не превышающие 25 млн фунтов стерлингов (37 млн евро), требуют одобрения Министерства здравоохранения. Министерство также непосредственно участвует в некоторых контрактах частного сектора. Еще более крупные проекты, инвестиции в которые превышают 100 млн фунтов стерлингов (148 млн евро), требуют одобрения Министерства финансов. Пример Англии интересен и тем, что процедуры планирования капиталовложений различаются не только в зависимости от размера инвестиции, но и от качества работы медицинской организации. В целом медицинские учреждения имеют право инвестировать до 10 млн фунтов стерлингов в строительство, информационные технологии и дорогостоящее оборудование без предварительного одобрения со стороны Стратегического управления здравоохранения или Министерства здравоохранения. Однако сумма, которая может быть израсходована, зависит от того, как работает организация. Например, медицинские учреждения, имеющие «отличные» или «хорошие» рейтинги по ежегодной оценке их деятельности, проводимой Комиссией по охране здоровья, могут расходовать до 10 млн фунтов стерлингов без предварительного утверждения, тогда как организации, деятельность которых оценивается «удовлетворительно» или «слабо», могут потратить лишь 1 млн фунтов стерлингов, не получая на то предварительного одобрения.

В ряде стран, например в Канаде и США, распространена практика групповых закупок, когда несколько медицинских учреждений объединяются в группу при проведении закупок. Такая практика позволяет снизить цену закупаемого оборудования благодаря большему объему закупки. Интересный пример описали С. Хилл и Б. Вольф, они анализировали распространение магнитно-резонансных томографов в штате Висконсин во время действия системы сертификации дорогостоящего оборудования. В результате три госпиталя из одного района решили объединиться и подать коллективную заявку на сертификацию одного томографа для нужд трех больниц. Это позволило снизить издержки и не допустить избыточного приобретения медицинской техники.

Процедуры сертификации, лицензирования определенных видов оборудования, требования проведения процедур технологической экспертизы, аккредитации могут влиять на скорость и масштабы проникновения инноваций. Ограничения на распространение нового оборудования (обязательные или рекомендательные), как правило, имеют цель сдерживать затраты на медицинское обслуживание, не допустить избыточных расходов на приобретение дорогого оборудования и завышения стоимости медицинских процедур, оказываемых на этом оборудовании.

Важную роль в распространении новых медицинских технологий играет *процесс закупок медицинского оборудования и технологий*. Как правило, процесс закупок оборудования для нужд государственных медицинских учреждений регламентируется общим национальным законодательством о закупках для государственных нужд. Обычно нормы данного законодательства предусматривают необходимость организации открытого конкурсного отбора поставщика, если затраты на оборудование превышают определенный лимит (например, в Канаде открытый публичный тендер организуют для оборудования стоимостью свыше 100 тыс. долл.).

Прямое контрактное взаимодействие возможно лишь в исключительных случаях, например, для обеспечения совместимости с уже имеющимся оборудованием. В то же время

практика показывает, что руководство медицинских учреждений в Канаде часто прибегает именно к прямому контрактированию, обосновывая его необходимостью стремлением стандартизировать имеющееся оборудование. Стандартизация имеющегося в лечебном учреждении оборудования действительно может минимизировать случаи ошибок персонала при использовании нового оборудования. Она также необходима, когда приобретаемое оборудование планируется использовать совместно с другими видами оборудования. Однако медицинское учреждение должно иметь четко задокументированные критерии, на основе которых принимается решение в пользу прямых закупок в противовес организации открытого публичного тендера.

Значительный интерес представляет организация закупок в Великобритании. Законодательство Великобритании в отношении порядка осуществления закупок для государственных нужд основывается на соответствующих директивах Европейского союза. Головной государственной организацией, координирующей на национальном уровне действующую систему государственных закупок в Великобритании, является Офис правительственной коммерции (*Office of Government Commerce*).

В соответствии с директивами ЕС по правилам государственных закупок Соединенное Королевство, начиная с 31 января 2006 г., включило в национальное законодательство общеевропейские правила, и вместо ранее действовавших четырех разных документов в настоящее время действуют два положения о правилах закупки товаров и услуг для нужд государственного сектора.

В соответствии с новой директивой ЕС о закупках для госсектора установлены пороговые значения стоимости закупок в национальной валюте: 93,9 тыс. фунтов стерлингов для поставок товаров и определенного вида услуг; 3,6 млн фунтов стерлингов для инженерных и иных видов работ; 136,8 тыс. фунтов стерлингов для научных исследований. Информация о контрактах, стоимость которых превышает установленные пороговые значения, в обязательном порядке публикуется в специальном приложении к Официальному журналу ЕС (*Supplement to the Official Journal of the European Union – OJEU*).

Достаточным числом компаний для обеспечения необходимой конкуренции считается участие в тендере пяти компаний. Процедуры закупок могут быть четырех видов: открытая процедура (*open procedure*), ограниченная процедура (*restricted procedure*), диалоговая процедура (*competitive dialogue procedure*) и переговорная процедура (*negotiated procedure*).

Открытые процедуры проводятся в один этап и подразумевают свободное участие всех заинтересованных в тендере, их число никак не ограничивается. Квалификацию участников до проведения тендера не проверяют. Открытые процедуры используются для закупки простых, стандартных благ, которые легко специфицировать и оценить, например газ, электричество и т. д. Также открытые процедуры могут заключаться для оказания консалтинговых и финансовых услуг, небольших ремонтно-строительных работ и т. п.

Ограниченные процедуры проводятся в два этапа и подразумевают, что к тендеру допускаются только участники по ряду заранее установленных требований к их уровню квалификации, техническому оснащению, опыту, финансовому состоянию и т. д. Число участников тендера не может быть меньше пяти, и обычно не превышает 20. Ограниченные процедуры рекомендуется использовать для проектов с высоким уровнем риска, и (или) когда необходимо гарантировать определенный уровень соответствия участников критериям проекта, и (или) когда издержки проведения тендера очень высоки, и (или) когда имеется большое число потенциальных участников тендера.

Диалоговая процедура была разработана для обеспечения большей гибкости при заключении сложных, комплексных государственных контрактов, таких как государственно-частные партнерства. Агентства, заинтересованные в контракте, обязаны рекламировать будущий тендер и привлекать к диалогу потенциальных участников (соответствующих определенным квалификационным требованиям, как и в случае

ограниченных процедур) с тем, чтобы определить условия контракта и требования к его выполнению. После этого условия контракта специфицируются соответствующим государственным органом таким образом, чтобы не было дискриминации. К участию в тендере приглашается не менее трех кандидатов. Участник, предложивший самые выгодные в экономическом плане условия, выигрывает тендер. Диалоговые процедуры часто используются при аутсорсинге непрофильных для государственных агентств функций, например связанных с управлением финансами государственных агентств и ведомств, или обеспечением каких-либо сопутствующих видов деятельности.

Переговорные процедуры бывают двух типов.

1. Рекламирование и обсуждение условий контракта. Агентство, заинтересованное в тендере, обязательно рекламирует будущий контракт. Такая процедура обычно требует отбора не менее трех формальных участников будущего тендера (по аналогии с диалоговой процедурой), с которыми обсуждаются финальные условия контракта. Данная процедура обычно используется, когда:

- особенности контракта не позволяют заранее определить окончательную цену его выполнения;
- невозможно специфицировать требования к товарам или услугам с такой точностью, которая бы позволила заявителям соотнести их с ценой контракта;
- когда открытые, ограниченные и диалоговые процедуры не были успешными.

Переговорные процедуры первого типа применяются для комплексных контрактов. Например, контракт для обеспечения новой цифровой навигационной системы. Если проанализировать рынок, окажется, что существует множество инновационных технологий и продуктов, позволяющих различными способами реализовать данный контракт. В этом случае требуется разработка таких требований к контракту и условиям его выполнения, которые бы позволили участвовать разным технологиям, но одновременно гарантировали бы возможность выбора более эффективного решения.

2. Обсуждение условий контракта с одним или несколькими участниками без предварительной рекламы. Эта процедура в корне отличается от всех других, поскольку нарушает принципы открытости, прозрачности и конкуренции. Она может быть использована в следующих случаях:

- экстренная необходимость;
- техническая, художественная эксклюзивность или наличие прав собственности у одного поставщика (провайдера);
- если открытые или ограниченные процедуры не привлекли ни одного заявителя к участию в тендере;
- заканчиваются текущие контракты, требующие продолжения на определенных условиях;
- для покупки активов поставщиков на крайне выгодных условиях, например, когда поставщик/получатель/ликвидатор банкротства закрывают бизнес.

Для покупки медицинских технологий могут применяться все перечисленные процедуры, в зависимости от особенностей контракта.

Какие-либо особые налоговые режимы для коммерческих операций по реализации товаров и услуг в рамках государственных закупок в Великобритании не применяются.

Основные критерии, установленные в законодательстве ЕС, которые применяются при определении наиболее приемлемого поставщика товаров, работ или услуг, следующие:

- более низкая цена;
- в случае, когда контракт подлежит заключению наиболее экономически подходящим участником конкурса, применяют критерии, связанные с предметом контракта, такие как: качество, цена, технические показатели, эстетические и функциональные характеристики, экологические характеристики, показатели эксплуатационных издержек, технико-экономическое обоснование, послепродажное и

техническое обслуживание, сроки поставки товаров, сроки выполнения заказа. Участники конкурса должны предоставить информацию по всем критериям, предусмотренным в условиях контракта⁵.

Другим механизмом, влияющим на распространение новых технологий в медицинских учреждениях, является *система возмещения (компенсации затрат) поставщикам услуг и пациентам*.

Порядок компенсаций определяет экономическую заинтересованность медицинских организаций в приобретении новых технологий. Косвенно эти механизмы влияют и на решения пациентов использовать новые медицинские технологии.

Считается, что компенсационные схемы меняют параметры рыночного равновесия, искажая не только поведение потребителей (поскольку стимулируют их отдавать предпочтение тем медицинским услугам, стоимость которых компенсируется государством), но и медицинских организаций. Имеется множество примеров, свидетельствующих, что механизмы возмещения затрат на медицинскую помощь могут значительно влиять на параметры распространения инноваций.

Одна из ранних работ на эту тему – исследование А. Ромео и соавторов [Romeo et al., 1984], посвященное анализу так называемой системы предварительной оплаты в США и ее влиянию на решение больниц относительно внедрения новых технологий. Ее суть состояла в нормировании затрат по каждому заболеванию или группе заболеваний и использовании фиксированных тарифов. Цель введения данной системы – изменение стимулов больниц в пользу выбора экономически оправданных методов лечения.

Авторы анализировали распространение пяти новых технологий в шести штатах, три из которых использовали систему предварительной оплаты, а три – систему ретроспективной оплаты (по тарифам, назначаемым самими больницами). В результате были получены следующие выводы: система предварительной оплаты стимулировала внедрение технологий, позволяющих экономить на издержках, и, напротив, замедляла распространение высокозатратных технологий. Позднее Е. Хальм и А. Джелинс обнаружили, что существенное влияние на внедрение новых технологий в рамках системы предварительной оплаты имели различия в реальной стоимости новой медицинской технологии/процедуры и ставки, по которой она могла возмещаться при отнесении к той или иной диагностической группе. Например, коронарная ангиопластика изначально была отнесена к хирургической диагностической группе, которая обеспечивала более высокий уровень оплаты, чем реальная стоимость процедуры. Это привело к ее быстрому распространению, тогда как кохлеарная имплантация, по мнению авторов, была недооценена, что затормозило ее распространение [Halm, Gelijns, 1991]. Таким образом, не столько сама система оплаты, сколько ее «настройка» оказывает влияние на распространение инноваций. Похожий эффект описывает и Н. Икегами [Ikegami, 1988]: быстрое распространение в Японии почечного диализа было связано с относительно щедрым возмещением расходов на эту услугу.

В 2000 г. появилось еще одно исследование, в котором анализировались влияние системы предварительной оплаты в США на внедрение новых затратных технологий лечения почечных заболеваний и стратегии адаптации больниц к росту затрат. В частности, рассматривалось, переориентируются ли больницы на привлечение медицинского персонала более низкой квалификации (стратегия снижения качества обслуживания), или придерживаются стратегии ухудшения качества лечения за счет сокращения количества медицинского персонала на одного пациента и (или) перехода на применение многоразовых мембран взамен одноразовых. Основным выводом исследования: система предварительной оплаты не препятствует внедрению новых технологий лечения почечных заболеваний. Однако система по-разному мотивирует коммерческие и некоммерческие больницы: в долгосрочном периоде коммерческие больницы были склонны экономить на качестве лечения, чтобы компенсировать рост расходов из-за

внедрения новой технологии, тогда как некоммерческие больницы предпочитали экономить на обслуживании.

В уже упоминавшемся межстрановом исследовании Е. Слейда и Дж. Андерсона также было выявлено влияние механизмов компенсации на распространение инноваций: в странах, практикующих возмещение затрат на основе целевых грантов, анализируемые новые технологии получили более широкое распространение, чем в странах, применяющих оплату за конкретные услуги.