

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 7 **Направления и механизмы повышения эффективно-
сти внедрения и использования новых медицинских
технологий в российских медицинских учреждениях**

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

Шिशалова 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 направлениями и механизмами повышения эффективности внедрения и использования новых медицинских технологий в российских медицинских учреждениях
- 2. Учебные вопросы**
1. Процедуры оценки новых медицинских технологий в процессе планирования закупок медицинского оборудования.
 2. Роль ЛПУ в процессе внедрения новых медицинских технологий.
 3. Развитие инновационной инфраструктуры.

3. Теоретическая часть

Региональные программы модернизации здравоохранения, содержанием программ должна стать реальная реструктуризация региональных систем оказания медицинской помощи, включая перераспределение и концентрацию специализированного коечного фонда, формирование широкой сети межрайонных центров специализированной помощи и другие меры, направленные на повышение эффективности использования ресурсного потенциала здравоохранения, в том числе эффективности внедрения новых технологий и использования нового оборудования.

Такие программы должны выступать предметом софинансирования федеральным центром. Необходимо обеспечить реальную конкурентность процедуры поддержки данных программ из средств федерального бюджета.

Во избежание дублирования расходов, осуществляемых бюджетами разного уровня, вытеснения региональных расходов федеральными расходами, неоправданного давления на бюджеты регионов в целях перераспределения ресурсов в соответствии с представлениями центра необходимо прописать процедуры согласования ключевых направлений расходования средств на внедрение новых технологий в рамках федеральных и региональных программ, позволяющие более четко разграничить сферы ответственности федерального центра и регионов. В частности, целесообразно обеспечить возможность корректировки федеральных программ при изменении содержания и формата региональных, и наоборот. Опыт согласования региональных программ модернизации здравоохранения с Министерством здравоохранения и социального развития показывает, что данный процесс протекает достаточно сложно, часто в авральном режиме, практически отсутствуют механизмы автоматической корректировки программ, многие изменения нуждаются в «ручной» настройке.

Таким образом, важно обеспечить стандартные процедуры согласования приоритетов и направлений расходов, например, закрепить возможность регулярного пересмотра направлений расходов многолетних программ (один раз в год), зафиксировать порядок экстренных изменений, очертить круг лиц, ответственных за такую работу на региональном и федеральном уровне.

Изменение роли лечебно-профилактических учреждений в процессе внедрения новых медицинских технологий

Главную роль в процессе внедрения новых медицинских технологий играют федеральные и региональные органы управления здравоохранением. Медицинские учреждения стоят в начале процесса, инициируя заявки на приобретение нового медицинского оборудования за счет бюджетных средств, и в самом конце этого процесса, получая оборудование в свое пользование. Но **окончательное решение о выборе закупаемого оборудования и его поставщиков** принимает распорядитель бюджетных средств. Такое распределение ролей создает условия для принятия неэффективных с клинико-экономической точки зрения решений вследствие как рен-тоориентированного поведения, так и неадекватного учета особенностей ресурсного потенциала и деятельности конкретных ЛПУ.

Меры по повышению эффективности внедрения новых медицинских технологий, предложенные выше, могут быть реализованы и при сохранении такого распределения ролей. Но нужно отдавать себе отчет в том, что сложившаяся конфигурация позиций субъектов внедрения но-

вых медицинских технологий будет воспроизводить условия для принятия неэффективных решений и реализации рентоориентированного поведения чиновников, принимающих решения, и врачей, получающих в свое безраздельное пользование медицинское оборудование, делающее их относительными монополистами в предоставлении соответствующих видов медицинских услуг. Изменения в процедурах принятия решения о выборе новых технологий для внедрения и выборе их поставщиков способны оказать сдерживающее влияние на такое поведение, но не затрагивают причин, его порождающих.

Для радикального сокращения возможностей принесения в жертву требований эффективности иным интересам необходимы изменения позиций органов управления здравоохранением и ЛПУ при внедрении новых медицинских технологий.

Необходимо делегирование полномочий по закупке медицинского оборудования самим ЛПУ. Функцией органов управления будет утверждение программ развития конкретных ЛПУ. В такой конфигурации программы развития ЛПУ, процедуры их разработки, утверждения и контроля за выполнением, а также изменение общих условий хозяйствования медицинских учреждений, приближение их к экономическим условиям деятельности частных клиник (последовательный переход на одноканальное финансирование их деятельности из государственных источников в соответствии с достигаемыми результатами их работы, усиление экономической ответственности за эти результаты) становятся основными механизмами переключения интересов ЛПУ при внедрении медицинских технологий на клинично-экономическую эффективность и сужения для них самих возможностей рентоориентированного поведения.

Программы развития будут включать обоснования выбора тех технологий, которые будут внедряться в ЛПУ, с позиций развития всей деятельности данного ЛПУ и оценки его места в системе оказания медицинской помощи на соответствующей территории. Такие обоснования должны будут базироваться в том числе и на оценках ОМТ, которые рассматривались выше. Органы управления, в свою очередь, оценивают обоснованность разработанных программ развития, утверждают размеры их финансирования и затем контролируют их выполнение, т. е. ответственность действий ЛПУ утвержденным программам развития. **Решения о выборе конкретного вида оборудования для внедрения новой технологии**, предусмотренной программой развития, и о выборе его поставщика будут принимать сами ЛПУ.

Степень контроля за деятельностью автономных и бюджетных учреждений (и в части приобретения нового оборудования, внедрения новых технологий) должна быть различной в зависимости от источников финансового обеспечения. При использовании средств, полученных ЛПУ от оказания платных медицинских услуг контроль со стороны органа управления здравоохранением, выступающего от имени учредителя, должен быть минимальным. В соответствии с действующим законодательством, автономные и бюджетные учреждения вправе самостоятельно определять направления использования средств, полученных от приносящей доходы деятельности. Поэтому контроль за использованием доходов от приносящей доходы деятельности, направляемых на приобретение оборудования, должен быть ограничен контролем за соблюдением требований законодательства (необходимость согласования с наблюдательным советом или учредителем крупной сделки; сделки, в которой имеется заинтересованность; за соблюдением требований, обеспечивающих безопасность применения оборудования, и т. д.).

Использование возможностей государственно-частного партнерства при внедрении новых медицинских технологий

Анализ зарубежного опыта государственно-частного партнерства показал, что партнерство государственного и частного секторов может быть организовано в разных секторах системы здравоохранения, в том числе связанных с работой медицинских учреждений. В России примеры ГЧП в здравоохранении пока редки. И прежде всего потому, что в законодательстве и в практике управления сохраняются ограничения участия частных организаций в системе оказания медицинской помощи. Например, перспективной формой такого участия является концессия, но законом предусмотрен лишь один вариант концессии – с обязательным строительством нового объекта. Не предусмотрена возможность концессионного соглашения на управление лечебным учреждением.

Необходимо сказать и о том, что до недавнего времени ни со стороны государства, ни со стороны бизнеса не было четкого понимания необходимости сотрудничества в форме ГЧП. Тем не менее уже сегодня бизнес проявляет интерес к различным формам данного сотрудничества – от участия в государственном заказе на выполнение услуг в интересах действующих медицинских организаций и пациентов до строительства и управления вновь создаваемыми объектами. Государство при грамотной организации ГЧП может оптимизировать ресурсы, направляемые на финансирование деятельности медицинских учреждений и способствовать внедрению новых технологий благодаря участию бизнеса. Для обеспечения эффективного развития ГЧП в здравоохранении целесообразно:

- официально, в соответствующем документе (концепции, программе) зафиксировать основные направления развития ГЧП в здравоохранении;
- разработать и законодательно утвердить порядок передачи части мощностей медицинских учреждений в долгосрочную аренду, концессию частным управляющим компаниям;
- разработать типовые концессионные соглашения для сотрудничества частного и государственного секторов на уровне медицинских организаций;
- привлекать ресурсы частного сектора при размещении госзаказа на медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную;
- использовать ресурсы частного сектора при обучении работников государственных ЛПУ;
- задействовать ресурсы частного сектора для строительства и оперативного управления новыми лечебными учреждениями;
- использовать опыт уже существующих успешных ГЧП в здравоохранении для пропаганды и тиражирования.

Развитие инновационной инфраструктуры

Как показывает зарубежный опыт, решающее значение для распространения инноваций в любой сфере (не только медицинской) имеют связи и обмен информацией между участниками инновационной деятельности. Анализ интервью, проведенных с руководителями частных и государственных медицинских учреждений, показал, что сегодня российским медицинским работникам не хватает площадок для профессионального общения. Во-первых, у большинства работников государственных ЛПУ недостаточно средств и времени для участия в конференциях, семинарах и других мероприятиях, особенно если речь идет о мероприятиях международного уровня. Во-вторых, большинство врачей оторвано от научной деятельности. В-третьих, у большинства врачей нет доступа к международным медицинским журналам, а зачастую нет возможности прочесть их на иностранном языке, если бы такой доступ был. Эти и другие причины приводят к тому, что большинство врачей не имеют представления о новых медицинских технологиях, новых подходах к лечению и даже к взаимодействию с пациентами и их родственниками.

Поэтому чрезвычайно актуальной задачей государственной политики в сфере здравоохранения является содействие развитию сетей, способствующих общению медицинских работников, пациентов, компаний-производителей, и т. д. Для этого, в частности, предлагается:

- создавать фонды, предоставляющие на конкурсной основе гранты для реализации совместных проектов, объединяющие участников из медицинского сообщества, научных организаций, пациентов и производителей;
- стимулировать участие врачей в национальных и международных конференциях с докладами о научной деятельности посредством предоставления трэвел-грантов. Особенно важно это для молодых врачей, у которых доступ к соответствующим финансовым ресурсам учреждений, в которых они работают, ограничен. Кроме того, необходимо поддерживать и научные стажировки в ведущих российских и международных медицинских учреждениях;
- стимулировать межрегиональный обмен опытом посредством поддержки практики приглашения врачей из одного региона в другие для консультаций и передачи опыта;
- финансировать членство в международных медицинских организациях, доступ к международным журналам и международным базам данных по медицине. Предусмотреть возмож-

ность оказания помощи в переводе медицинской справочной литературы, а также отдельных статей и монографий по запросу коллектива врачей;

- финансировать создание площадок для общения, обмена ресурсами между врачами, пациентами, производителями, в том числе в Интернете.

4. Практическая часть - нет.

5. Вопросы для собеседования

1. Развитие региональных программ модернизации здравоохранения
2. Изменение роли лечебно-профилактических учреждений в процессе внедрения новых медицинских технологий
3. окончательное решение о выборе закупаемого оборудования и его поставщиков
4. Меры по повышению эффективности внедрения новых медицинских технологий
5. Решения о выборе конкретного вида оборудования для внедрения новой технологии
6. Законы которые предоставляют автономным и бюджетным учреждениям широкую хозяйственную самостоятельность и устанавливают экономическую ответственность за результаты их деятельности,
7. .Использование возможностей государственно-частного партнерства при внедрении новых медицинских технологий
8. Развитие инновационной инфраструктуры

6. Тестовые задания

1. Спрос на медицинскую услугу:
 - а) Внешнее проявление потребности
 - б) Осознанная необходимость в оказании медицинской услуги
 - в) Потребность, подкрепленная покупательской способностью +
2. Экономика здравоохранения относится к наукам:
 - а) Прикладным
 - б) Гуманитарно-прикладным +
 - в) Гуманитарным
3. Накладные расходы:
 - а) Косвенные расходы, возникающие в связи с параклинической деятельностью
 - б) Стоимость ресурсов, непосредственно потребляемых в процессе оказания медицинских услуг
 - в) Затраты непосредственно в процессе оказания медицинских услуг не потребляемые, а обставленные расходами по содержанию медицинского учреждения в целом +
4. Здравоохранение – это система мероприятий:
 - а) Экономических и медицинских
 - б) Социально-экономических и медицинских +
 - в) Социально-экономических
5. Цена медицинской услуги:
 - а) Сумма денег, которую пациент готов заплатить, и за которую врач готов оказать медицинскую услугу +
 - б) Отражение затрат на оказание услуг
 - в) Денежное выражение стоимости
6. К основному персоналу медицинского учреждения относятся:
 - а) Сотрудники параклинических подразделений
 - б) Медицинские регистраторы
 - в) Врачебный персонал, оказывающий медицинские услуги +
7. Какие макроэкономические явления оказывают влияние на изменение потребностей населения в медицинских услугах:
 - а) Инфляция
 - б) Безработица

в) Оба варианта верны +

г) Нет верного ответа

8. Здравоохранение как отрасль национального хозяйства представляет предмет анализа на:

а) Микроуровне

б) Мидиуровне +

в) Макроуровне