

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 6	Внедрение и использование новых медицинских технологий в государственных, муниципальных и частных медицинских учреждениях

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



Шишалова 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 внедрением и использованием новых медицинских технологий в государственных, муниципальных и частных медицинских учреждениях

Учебные вопросы

1. Модели принятия решений в медицинских учреждениях о внедрении и использовании новых медицинских технологий.
2. Процесс принятия решений о внедрении и использовании новых медицинских технологий.
3. Социально-экономические факторы, влияющие на внедрение новых медицинских технологий в ЛПУ.
4. Интегральные характеристики процесса внедрения и использования новых медицинских технологий в ЛПУ.

Внедрение новых медицинских технологий в частных медицинских организациях

Метод исследования

Государственные, муниципальные и частные медицинские организации нашей страны, несмотря на все различия, действуют в одинаковых социально-экономических условиях, конкурируют за одних и тех же пациентов и врачей, имеют дело с одними и теми же видами заболеваний и т. д. Вместе с тем подходы к выбору новых технологий, покупке медицинской техники, внедрению тех или иных методов лечения в практику могут существенно различаться. Чтобы проанализировать особенности внедрения новых технологий в частном секторе, оценить взаимное влияние частного и государственного секторов медицины, в мае 2010 г. были проведены глубинные интервью с руководителями пяти частных клиник Санкт-Петербурга.

Санкт-Петербург был выбран по нескольким причинам. Во-первых, в 2009 г. он был пилотным регионом в нашем исследовании государственных ЛПУ и РОУЗ. Для целей исследования принципиально было сохранить преемственность и обеспечить сопоставимость результатов анализа практики принятия решений о внедрении новых медицинских технологий государственными и частными ЛПУ¹⁸, работающими в одном регионе. Во-вторых, в городе наблюдается достаточно высокий уровень конкуренции между частными клиниками, что позволило проанализировать инновационное поведение клиник разного типа – имеющих разную специализацию, размер, организационную структуру и т. д. Так же как и в случае с государственными ЛПУ, руководителям и собственникам частных клиник задавались вопросы об источниках информации о новых технологиях, организационно-экономических механизмах внедрения новых технологий, участниках процесса принятия решений, проблемах, возникающих при внедрении и применении новых технологий.

Особенности частной медицины в России

Следует отметить, что российские частные клиники имеют ряд особенностей в области внедрения новых технологий по сравнению с

зарубежными медицинскими учреждениями. Во-первых, поскольку большинство российских частных клиник еще достаточно молодые, развивались с нуля, то существенная часть оборудования закупалась, как сказал один из руководителей, *«в какой-то степени под концепцию»*. Это означает, что на этапе становления высокую долю в объеме закупок составляла новая техника, направленная на развитие базовых направлений деятельности клиник, а также на расширение их деятельности. Все клиники развивались по-разному, кто-то остался в выбранной нише, кто-то выбрал стратегию экспансии, кто-то развивал отдельные направления, однако внедрение медицинских технологий у большинства клиник происходило в тесной связке с формированием общей стратегии развития организации.

Во-вторых, многие частные клиники в Санкт-Петербурге входят в состав холдингов или дочерних компаний крупных бизнес-структур: *«“Медем” – самая крупная клиника. За ней стоят связисты “Мегафон”, “Скандинавия”, – дочерняя компания финских инвесторов»*, – эти и другие примеры приводит руководитель одной из частных клиник, также входящих в состав одного из холдингов. Это позволяет, с одной стороны, частным клиникам быть уверенными в будущем и планировать свое развитие, а с другой стороны – получать доступ к необходимым для развития ресурсам.

В-третьих, значительная часть высокотехнологичной помощи, как отмечали руководители разных клиник, может быть оказана пациентам на государственном оборудовании на платной основе. Это, в частности, относится к компьютерной томографии, проведению ряда анализов и т. д. *«Вот у нас через дорогу есть госпиталь, там стоит томограф. Сто метров, и все вопросы закрыты»*. Таким образом, частные клиники, имея возможность переадресовать своих пациентов на отдельные виды медицинских услуг в государственные учреждения, не спешат с покупкой дорогостоящей медицинской техники. Другими словами, можно говорить об использовании новых медицинских технологий, но не о покупке высокотехнологичной медицинской техники.

В-четвертых, большая часть выручки частных клиник формируется непосредственно за счет прямой оплаты услуг пациентами. Доля доходов, поступающих от страховщиков в качестве оплаты за лечение застрахованных по добровольному медицинскому страхованию (ДМС), невелика. *«Сейчас у нас... в денежном потоке, в выручке, процентов 25–30 – это ДМС»*, – говорит руководитель одной из клиник. В другой частной больнице доля пациентов, поступающих по ДМС, еще ниже: *«По ДМСу тоже есть интересная практика... у нас вырос процент, когда начался кризис, несмотря ни на что, мы расширили эту деятельность с 17 до 23 %»*.

Поскольку пациенты здесь платят сами, то частные клиники не имеют возможности обеспечить значительный поток пациентов на дорогостоящие операции и вынуждены работать лишь на определенных направлениях медицинской помощи. Вот как комментирует эту ситуацию один из респондентов: *«...в связи с существованием такой экономической модели*

частным клиникам недоступен очень большой пласт высокотехнологичной хирургии, диагностики. Все то, за что пациент не может заплатить сам».

Источники средств для приобретения новых технологий в частных клиниках

Собственные средства – наиболее распространенный способ финансирования новых технологий. Его используют все частные клиники, но в разных масштабах. *«Иногда мы делаем закупки из своих средств, из заработанных. Вот, например, в этом месяце мы решили обновить кое-что в лаборатории, и стоматологи убедили, что им нужен там еще один аппарат. Этот аппарат, в пределах 100 тыс. руб., мы сразу купили. Это не те деньги, чтобы ходить и выбивать. Для лаборатории надо 500 тыс. В принципе мы могли бы и 500 тыс. найти, но решили, что нам выгоднее заплатить в рассрочку, потому что без процентов».* Часто собственные средства используются для закупки относительно недорогих видов медицинского оборудования.

Средства родственных структур, входящих в холдинг. Руководители частных клиник, входящих в состав холдингов, часто прибегают к помощи других структур, также входящих в их холдинг, для того чтобы получить средства на финансирование покупки нового оборудования. Такую практику поощряют собственники холдинга. Важно, что при этом необходимые для клиник средства поступают не в виде спонсорской помощи, а на вполне рыночных условиях – от больниц требуют обоснования, экономические расчеты, доказывающие целесообразность покупки оборудования и т. д. Основное преимущество таких отношений состоит в том, что при получении средств от родственных структур имеет место существенная экономия транзакционных издержек.

Заемные средства используют не все клиники. Те клиники, которые обращаются в кредитные учреждения, делают это с неохотой и берут кредиты на определенные цели, преимущественно связанные с расширением деятельности: *«Кредиты мы привлекаем, но в основном для расширения, для выкупа площадей, недвижимости».* Покупка оборудования за счет заемных средств мало распространена. Это связано с высокими процентами по кредитам, длительным сроком окупаемости дорогостоящего оборудования (примерно три года, но бывает и дольше), с высокими транзакционными издержками поиска кредитного учреждения, заключения и ведения сделок. Именно поэтому крупные производители медицинской техники (такие как LG, Siemens и т. д.) иногда предлагают клиникам помощь в получении кредитов. Кроме того, в отдельных случаях продавцы/поставщики оборудования соглашаются на продажу в рассрочку, без каких-либо процентов, что можно рассматривать как вид кредитования.

Иностранный капитал использовался преимущественно на этапе становления. Некоторые из клиник, участвовавших в исследовании, были созданы на средства, поступившие от зарубежных инвесторов, соответственно и проекты, в том числе инвестиционные, осуществлялись на средства иностранных инвесторов.

Средства международных организаций. Одна из частных клиник использовала заем Всемирного банка для развития своей деятельности.

Такие возможности, как *спонсорская помощь, лизинг*, не используются.

Таким образом, можно сказать, что частные клиники изначально были ограничены в выборе сферы деятельности. По сложным, дорогостоящим направлениям оказания медицинской помощи закупки оборудования и внедрения новых технологий практически не происходило, за исключением таких областей, как стоматология и косметическая медицина.

Субъекты инновационной деятельности

Основными субъектами процесса внедрения новых медицинских технологий в частных медицинских организациях являются:

- собственники и их представители;
- менеджеры – руководители медицинских учреждений;
- заведующие отделениями медицинских учреждений, а также различные специалисты.

Можно провести аналогии между основными участниками процесса принятия решения о внедрении новых технологий в частных и государственных ЛПУ (табл. 1). Несмотря на некоторое сходство, роли отдельных участников процесса принятия решения в частных и государственных ЛПУ сильно различаются.

Таблица 1. Участники процесса принятия решения о внедрении новых технологий

В государственных ЛПУ	В частных медицинских учреждениях
РОУЗ/МОУЗ (региональные/ муниципальные органы управления здравоохранением)	Собственники/представители собственников
Руководители медицинских учреждений (главные врачи)	Руководители медицинских организаций (менеджеры)
Заведующие отделениями медицинских учреждений	Заведующие отделениями медицинских организаций
Врачи	Врачи и прочие специалисты, включая технический персонал

Рассмотрим роль данных субъектов в принятии решений о внедрении новых технологий.

В частных клиниках аналогом РОУЗ/МОУЗ выступают собственники. Как правило, они не вникают в детали, их интересуют конечные результаты того или иного решения, связанного с закупкой технологий. Возможны различные варианты участия собственника в принятии решений о закупке нового оборудования и внедрении новых технологий, зависящие от типа медицинской организации, ее размера и т. д.

Для частных медицинских организаций, функционирующих в форме открытого акционерного общества (ОАО), роль собственников сводится к тому, чтобы принять или отклонить предлагаемые руководством клиники решения, а контроль осуществляют представители акционеров. Собрание

акционеров утверждает бюджет клиники, при этом рассматривая вопросы, связанные с закупкой медицинского оборудования: *«Бюджет утверждает собрание акционеров, многие выясняют, зачем мы хотим потратить такие деньги, во что мы собираемся инвестировать, какие привлечь ресурсы, на чем собираемся зарабатывать. Очень большое внимание уделяется именно программам обновления оборудования»*.

Участие в принятии решений может происходить не напрямую, а через представителя собственника. При этом, как подчеркивают руководители частных ЛПУ, представители собственника осуществляют только рамочный контроль, не вмешиваясь в процесс управления. Собственников или их представителей интересует конечный результат. Вот как описывает такие взаимоотношения один из руководителей клиники: *«У нас очень вменяемый человек, который работает от холдинга с нами... Его можно убедить. Он слушает. Он не со всем согласен. Однозначно. Но это человек, которого можно убедить и можно получить ресурсы на какие-то вещи. Он не вникает (в детали)... никогда не спрашивает, “представь мне, пожалуйста, конкретно, как получился результат”. Нет. Только конечный результат его интересует. Это очень важно»*.

В отличие от руководителей государственных медицинских учреждений (главных врачей), которые заинтересованы в избыточном приобретении оборудования и ограничены в свободном выборе технологий, менеджеры частных клиник располагают достаточно большой степенью свободы в подготовке и принятии решений при рамочном контроле со стороны собственника. Можно утверждать, что в отличие от государственных ЛПУ в большинстве частных клиник ведущая роль если не в принятии всех решений, то, по крайней мере, в их подготовке и проработке лежит на менеджерах – управляющих медицинской организацией. В некоторых клиниках у менеджеров имеется определенная доля акций клиники, т. е. они совмещают роли собственника и менеджера. В одной частной клинике топ-менеджер совмещал роль директора и главного врача.

Так же как и в случае с руководителями государственных ЛПУ, в частных клиниках внедрение новых технологий и покупка оборудования чаще всего обусловлены необходимостью замены выбывшего оборудования, улучшения качества традиционных видов диагностики и лечения, оказания новых, дополнительных услуг, развития того или иного отделения, направления, которое, по мнению руководства, имеет приоритет.

Чаще всего менеджеры, даже если первое полученное ими образование – медицинское, не совмещают управленческую работу с врачебной практикой. Из всех опрошенных руководителей только в одной из клиник топ-менеджер иногда выполнял и работу врача. Но он сам признавал такую ситуацию неправильной.

По мнению руководителей частных клиник, необходимо разделять функции врача и менеджера, в том числе и при принятии решений о покупке новой медицинской техники. Вот как это аргументирует директор одной частной клиники: *«Я считаю, что надо вводить такую должность, как*

директор больницы... Потому что лечебники – они либо лечебники, либо хозяйственники, извините, завхозы. Что он там принимает? Главный врач как раз игрушек и накупает. Вот когда большой колхоз, так и получается, что у них УЗИ-аппараты одной фирмы, компьютерные томографы другой. Как потом обслуживать это и делать текущий ремонт? Я не знаю... Я считаю, что больницей должен управлять не главный врач, а директор с экономическим образованием. Главный врач должен отвечать за качество лечебного процесса. А директор за все остальные вещи ». Многие руководители с ним соглашались, также полагая, что необходимо и в государственных клиниках разделять функции главного врача и управляющего.

На уровне самой клиники участие в подготовке решения о закупке того или иного вида нового оборудования могут принимать руководители отделений и врачи-специалисты. Руководители частных клиник признаются, что поскольку не могут разбираться во всех областях медицины, вынуждены полагаться на мнение заведующих отделений. Однако если в государственных ЛПУ главные врачи стремятся развивать те отделения, в которых работают инициативные руководители, то в частных клиниках в большей степени ориентируются на стратегические задачи организации.

Так же как в государственных ЛПУ, руководители отделений и врачи-специалисты в частных клиниках в первую очередь думают о своем подразделении/направлении. Тем не менее некоторые руководители частных клиник отмечали, что отношение врачей к закупаемому оборудованию у них разительно отличается от того, что происходит в государственных клиниках. Врачи, работающие в частной компании, проявляют понимание, становятся более адекватными в вопросах покупки техники, начинают оценивать целесообразность покупки с позиции клинического и экономического эффекта: *«врачи, поварившись в этом соусе, тоже начинают считать деньги предприятия, что является положительным моментом. Можно, образно говоря, купить “игрушку” за 100 руб., а лучше давайте купим за 50, это как раз то, что нужно ... Они как бы взвешивают целесообразность, разумность и достаточность приобретения, и необходимость того или иного оборудования... они не экономят на оборудовании. Это, наверное, скорее корпоративная культура »*, – рассказывает один из руководителей клиники. Врачи понимают, что оборудование приобретается из заработанных ими же средств. В этом существенное отличие от врачей, работающих в государственных ЛПУ, которые знают, что приобретение нового оборудования никак не связано с их заработками. Стоит также отметить, что и отношение к оборудованию в частных клиниках более бережное.

Технический персонал как участник процесса принятия решений о внедрении новых технологий упоминался только руководителями частных клиник. К их мнению прислушиваются, когда принимается решение о выборе в пользу оборудования той или иной марки. Их роль состоит в том, чтобы определить условия эксплуатации, соотнести технические характеристики имеющейся инфраструктуры с планируемыми к внедрению технологиями.