

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 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 возможность 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.

Заключение

Анализ зарубежного опыта и российской практики внедрения новых технологий в медицинских организациях позволяет сделать следующие выводы.

1. Процессы внедрения новых технологий в медицинских организациях в странах с развитой рыночной экономикой характеризуются использованием разных критериев и процедур принятия таких инвестиционных решений. Для их описания в зарубежной литературе предложены разные модели, которые составляют три большие группы. Первая группа — модели принятия финансово-экономических решений — предполагают, что основным критерием при оценке новых технологий является экономическая эффективность соответствующих инвестиций. Вторая группа — модели принятия стратегически-институциональных решений — опирается на предпосылку о том, что основным критерием при оценке технологий выступает их способность повысить престиж медицинской организации для укрепления конкурентного положения, достижения технологического превосходства и получения на этой основе материальных выгод в последующем. Третья группа — модели принятия медико-технологических решений — предполагает, что основным критерием оценки технологий больницами является клиническая эффективность.

Результаты эмпирических исследований зарубежных практик показывают, что ни одну из трех групп моделей нельзя считать всеобъемлющей; факторы, лежащие в основе каждой из них, могут оказаться доминирующими в зависимости от обстоятельств. Модели принятия финансово-экономических решений чаще всего применяются при замене или закупке дополнительного объема медицинского оборудования, уже используемого в лечебных и диагностических отделениях больницы. Модели принятия решений на основе критерия повышения престижа медицинской организации и получения от этого выгод в дальнейшем применяются при оценке технологий, оказывающих значительное воздействие на перспективы развития клиники.



чаях, когда медицинская организация сталкивается с необходимостью выбора между количеством и качеством услуг (между объемом предоставляемых услуг и интенсивностью лечения) при заданных финансовых ограничениях, поведение клиник описывается с помощью моделей принятия медико-технологических решений: в первую очередь, принимаются во внимание клинические эффекты сравниваемых технологий.

2. Распространение новых медицинских технологий определяют факторы, действующие на макро- и мезоуровнях (располагаемые доходы граждан, особенности политики возмещения затрат, уровень конкуренции, поведенческие детерминанты и др.), а также на микроуровне (характеристики больниц, технологий, устойчивость сетевых связей). Данные эмпирических исследований показали, что на распространение новых технологий чаще всего положительно влияют: высокий уровень доходов граждан, стимулирующие механизмы компенсации расходов на медицинскую помощь и новое оборудование, высокий уровень конкуренции между поставщиками услуг, размер медицинской организации, вовлеченность персонала в процесс принятия решений, аффилированность клиники с образовательными и научными учреждениями.

3. В странах с развитой рыночной экономикой государство активно участвует в процессе внедрения новых технологий в здравоохранение. При этом в сфере государственного внимания находятся как государственные, так и частные медицинские организации. Для последних роль государства не сводится только к регулированию. Частные медицинские организации во многих странах получают от государства финансовые средства на внедрение новых технологий.

4. В практике развитых стран планированию процесса внедрения новых технологий отводится важное место. Можно выделить три основных механизма государственного участия в планировании внедрения новых технологий в медицинских учреждениях.

- Центральные и региональные органы власти непосредственно осуществляют планирование и финансирование закупок медицинского оборудования (и соответственно технологий) для нужд медицинских учреждений, находящихся в их ведении.

- Государство регулирует процесс приобретения нового оборудования, устанавливая правила для медицинских организаций различной формы собственности и разной степени автономии.

- Государство возмещает стоимость оказания услуг при использовании той или иной технологии как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях.

В последние годы происходит движение в сторону децентрализации государственного регулирования процесса планирования и финансирования внедрения новых технологий.

5. Все более важным фактором, влияющим на распространение инноваций в западных странах, становится количественная оценка эффективности новых медицинских технологий. Ее роль зависит от качества исследований затратной эффективности альтернативных технологий, их своевременности, а также организации процесса принятия решений на разных уровнях.

6. Помимо административного регулирования и прямого финансирования внедрения новых медицинских технологий государства в странах с развитой рыночной экономикой используют различные инструменты стимулирования и косвенной поддержки такого внедрения. Во многих странах используются универсальные инструменты поддержки внедрения новых технологий, распространяемые на все сектора экономики, включая здравоохранение. Это меры налогового стимулирования, содействие созданию государственно-частных партнерств, поддержка специальных инфраструктурных организаций, оказывающих содействие инновациям и т.д. Универсальные меры поддержки инновационной деятельности в большей степени оказываются востребованными частными медицинскими организациями, поскольку они имеют большую автономию в принятии решений.

7. Процесс внедрения новых медицинских технологий не всегда организован наилучшим образом даже в странах с развитой рыночной экономикой. Как результат, возможны потери в эффективности, связанные с избыточным, или наоборот, недостаточным приобретением новых технологий, выбором не самого лучшего (в терминах экономических и клинических показателей) медицинского оборудования, слабым использованием возможностей приобретенных технологий и т.д.



Перечисленные проблемы имеют место в странах с разным уровнем экономического развития, однако в России проблемы эффективности внедрения новых медицинских технологий стоят особенно остро.

8. В нашей стране внедрение новых технологий в медицинские учреждения обычно инициируют сами учреждения, но главными субъектами принятия соответствующих решений выступают федеральные и региональные органы власти, осуществляющие закупки медицинского оборудования для ЛПУ. Имеются не очень большие различия между регионами в степени такой централизации и в предоставляемых возможностях ЛПУ принимать самостоятельные решения о покупке нового оборудования, в том числе за счет средств, заработанных ими от оказания платных услуг.

9. Критерии выбора медицинских технологий различны для органов управления здравоохранением и для медицинских учреждений.

Декларируемые при принятии решений о закупках оборудования приоритеты региональных органов управления здравоохранением отражают в основном установку на клиническую эффективность (в широком ее понимании — применительно к системе медицинских учреждений региона в целом).

Вместе с тем централизация на региональном уровне закупок медицинского оборудования для ЛПУ создает предпосылки для появления у лиц, принимающих такие решения, интереса к рентоориентированному поведению, при котором критерии оценки заявок ЛПУ и выбора закупаемого оборудования деформируются. Основным интересом при этом становится размер «отката» при покупке того или иного оборудования.

10. Для описания поведения государственных ЛПУ в России при выборе нового медицинского оборудования, приобретаемого за счет бюджетных средств, возможно использование двух типов моделей, выявленных в деятельности медицинских организаций в странах Запада — модели принятия стратегически-институциональных решений и модели принятия финансово-экономических решений.

При выборе технологий и формировании заявок на новое оборудование на уровне учреждений доминирует интерес повышения престижа ЛПУ и получения от этого выгод в последующем. Но в отличие

от западных клиник, интересы российских ЛПУ и их врачей фокусируются на возможностях последующего роста доходов не от всей деятельности, а лишь ее части — от оказания платных медицинских услуг населению, а также на получении неформальной оплаты от пациентов. В заявках от ЛПУ просматривается стремление приобрести дорогостоящее оборудование, которое улучшает имидж учреждения и которое предполагается использовать в значительной степени для оказания платных медицинских услуг.

В случаях, когда ЛПУ самостоятельно покупает новое оборудование за счет своих доходов от платных медицинских услуг, их поведение чаще соответствует моделям принятия финансово-экономических решений. Но при этом, в отличие от западных клиник, рассматривается узкий круг экономических эффектов (расширение услуг, привлечение дополнительных пациентов, объем платных услуг) и не учитываются такие показатели, как отдача от использования оборудования, срок окупаемости, ценовой потенциал, объем рынка.

11. Наблюдаются значимые различия в организации процесса принятия решений о внедрении новых технологий частными и государственными медицинскими организациями. Вопреки ожиданиям, менеджеры частных клиник, в отличие от главных врачей государственных медицинских учреждений, располагают большей степенью свободы в подготовке и принятии решений о выборе технологий для внедрения при рамочном экономическом контроле со стороны собственника.

В отличие от государственных ЛПУ, частные клиники ориентируются в большей степени на клиническую эффективность, качество предоставления медицинских услуг (с целью завоевания доверия пациентов), чем на финансово-экономические показатели или престиж. Однако при этом экономические факторы и влияние на престиж учитываются, но и в меньшей степени. Понимание экономического интереса в частных клиниках соответствует общемировой практике, и включает комплексные оценки всех издержек и выгод, связанных с внедрением новой технологии.

12. К важным проблемам, связанным с процессом внедрения новых технологий в российских медицинских учреждениях относятся.



- Низкая клинико-экономическая эффективность закупок нового медицинского оборудования для ЛПУ. Поскольку техническое перевооружение медицинских учреждений осуществляется преимущественно за счет централизованных поставок оборудования, руководители медицинских учреждений заинтересованы в избыточном получении оборудования и стремятся запастись новым оборудованием впрок. В свою очередь, и органы управления здравоохранением, принимающие решения о закупках, часто неадекватно учитывают размеры потребности в оказании соответствующих услуг и возможности ЛПУ эффективно использовать поставляемое им оборудование. В итоге повторяются ситуации, когда приобретается оборудование чрезмерной мощности или производительности, которое оказывается невостребованным в полном объеме.

- Несогласованность планирования внедрения медицинских технологий и финансирования оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Решения об оснащении ЛПУ оборудованием для оказания высокотехнологичной медицинской помощи принимаются зачастую без увязки с планированием размеров текущего бюджетного финансирования оказания такой помощи.

- Отсутствие инструментов комплексной оценки финансово-экономической эффективности закупаемого для нужд государственных ЛПУ оборудования.

- Низкий уровень информированности врачей, работающих в государственных ЛПУ, о новых технологиях в сравнении с их западными коллегами и с российскими врачами, работающими в частных клиниках.

- Очень малая доля врачей — специалистов, владеющих современными методиками лечения, применяемыми в развитых странах и ставших там уже «рядовыми». По экспертной оценке, эта доля составляет менее 1% врачебного корпуса.

- Неэффективность процедур организации закупок оборудования, выраженная в неоптимальных сроках, избыточно сложных процедурах отчетности, наличии монопольных структур, осуществляющих закупки и т.д.

- Высокий уровень коррупции при закупках медицинской техники и оборудования (стоимость закупаемого в государственных ЛПУ

оборудования в 2–3 раза превышает стоимость аналогичного оборудования в частных компаниях).

- Проблемы с использованием уже имеющегося оборудования: простой из-за отсутствия расходных материалов, средств на ремонт, квалифицированных врачей, и т.д. Оценка эффективности использования приобретенного оборудования проводится фрагментарно.

- Низкий уровень использования потенциала государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения.

13. Но главная проблема организации внедрения новых технологий в российские ЛПУ заключается в том, что существующие позиции и соответственно интересы основных участников принятия решений о внедрении новых технологий (органов управления здравоохранением, руководителей ЛПУ, врачей) не обеспечивают и не могут обеспечить стабильную ориентацию процесса нововведений на повышение их клинико-экономической эффективности.

Органы управления здравоохранением, монополизировавшие функцию закупок нового оборудования за счет бюджетных средств, демонстрируют заинтересованность в росте клинической эффективности и при этом неформально заинтересованы в извлечении ренты из своего положения. Постановка вопроса об оценке клинико-экономической эффективности этим интересам не отвечает. Возможные альтернативы не сравниваются с точки зрения соотношения цены оборудования с достигаемыми клиническими результатами.

Руководители ЛПУ и работающие в них врачи заинтересованы в получении от государства оборудования ради повышения престижа ЛПУ и последующей монетизации этого престижа в форме легальных и неформальных платежей со стороны пациентов. При этом цена оборудования также не соотносится с клиническими эффектами.

Таким образом, сложившаяся система принятия решений о внедрении новых медицинских технологий работает на воспроизводство затратного характера этого процесса. Затратного для государства и для населения. Данная система не в состоянии ответить вызовам, которые ставят перед здравоохранением процессы ускорения технологических изменений в медицине, удорожания новых технологий и лечения болезней стареющего населения.



Эти вызовы требуют повышения эффективности использования растущего потока ресурсов в отрасль. А сегодняшняя система закупок нового оборудования в лучшем случае обеспечит прирост клинической эффективности, но не клинико-экономической и будет работать на рост затрат государства, несоизмеримый с ростом клинической эффективности.

Для ответа на эти вызовы необходимо развитие страховых методов финансирования здравоохранения, поскольку нестраховые методы финансирования (оплата населением в кассу и в руки врачам по факту оказания услуг) увеличивает бремя таких расходов для семейных бюджетов. Однако персонал ЛПУ заинтересован в росте прямых платежей пациентов и в состоянии, используя внедрение новых технологий и ситуацию информационной асимметрии между ними и пациентами, увеличивать такие платежи в масштабах, несоизмеримых с ростом клинической эффективности внедряемых технологий.

Затратная организация процесса нововведений делает отечественное здравоохранение все более дорогим для государства и для населения.

14. В качестве основных направлений совершенствования процесса внедрения новых медицинских технологий в российских медицинских организациях предлагается.

- Для радикального сокращения возможностей принесения в жертву требований эффективности иным интересам необходимы изменения в самой конфигурации позиций органов управления здравоохранением и ЛПУ в процессе внедрения новых медицинских технологий. Необходимо делегировать полномочия по закупке медицинского оборудования самим ЛПУ. Функцией же органов управления должно стать утверждение программ развития конкретных ЛПУ.

- Необходимо изменить общие условия хозяйствования медицинских учреждений, приблизив 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). Изменение условий хозяйствования, утверждение программ развития и контроль за их

реализацией должны стать основными механизмами переключения интересов ЛПУ при внедрении медицинских технологий на клинико-экономическую эффективность и сужения уже для них самих возможностей рентоориентированного поведения.

- Устранить избыточное государственное регулирование внедрения и использования новых технологий (ограничение и упрощение форм отчетности, пересмотр санитарных норм и правил, приведение их в соответствие с уровнем современных медицинских технологий и др.). Чтобы избежать появления неконтролируемых зон, необходимо изменить принципы организации контроля за качеством медицинской помощи и внедрением новых технологий, предусмотрев передачу значительной части государственного контроля общественным организациям (ассоциациям медицинских работников и пациентов).

- Внедрение процедур оценки медицинских технологий в процесс планирования закупки медицинского оборудования.

- Совершенствовать процедуры закупки нового медицинского оборудования, включая создание реестров медицинской техники, утверждение стандартов лечения и увязанных с ними стандартов безопасности медицинским оборудованием, повысить прозрачность всех этапов принятия решений о закупках нового оборудования и др., что позволит более четко определять параметры требуемого учреждениям оборудования, планировать соответствующие закупки и сократит возможности коррупционных сделок с поставщиками.

- Совершенствовать процесс внедрения новых технологий в рамках федеральных проектов и программ и региональных программ модернизации здравоохранения, которые должны быть продолжены в новом формате и рассчитаны на более длительный срок — до 2020 г.

- Развивать практику государственно-частного партнерства в здравоохранении, включая создание условий для участия частных организаций в системе оказания медицинской помощи, передачу части мощностей медицинских учреждений в долгосрочную аренду, концессию частным управляющим компаниям и др.

