

*И. Е. Рыбальченко,
И. С. Фигурин*

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

*Работа представлена кафедрой экономики и управления социальной сферой
Санкт-Петербургского государственного университета экономики и финансов.
Научный руководитель – доктор экономических наук, профессор Н. Н. Иванов*

В статье обсуждаются критерии, по которым должны выделяться высокотехнологичные виды медицинских услуг. Показано наличие двух концептуальных подходов к определению термина «медицинская помощь высоких технологий».

The article deals with some criteria, according to which high-tech types of medical service should be defined. The author shows the two conceptual methods in defining the term «high-tech medical aid».

Современный период развития медицинских технологий характеризуется все большим распространением так называемых высокотехнологичных видов медицинской помощи населению. Параллельно им начинает распространяться также категория «дорогостоящих видов медицинской помощи», т. е. медицинских технологий, стоимость реализации которых превышает определенный пороговый уровень. В 2006 г. произошло существенное увеличение объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи в России – до 10 млрд руб., практически половина этих средств выделена в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». В результате вдвое увеличилось число людей, которые такую помощь получили. В 2007 г. расходы федерального бюджета по данному направлению должны возрасти до 17,5 млрд руб., и такого рода услуги получат более чем 170 тыс. россиян¹. Таким образом, средняя стоимость рассматриваемых услуг составит 103 тыс. руб. на 1 чел.

Высокотехнологичные медицинские услуги могут в значительной степени расширить возможности и эффективность здравоохранения, но, разумеется, только при условии обеспечения доступности для населения такого рода достижений медицинских технологий. Первые шаги государственного регулирования в этом направлении сделаны в 1999 году, когда появился совместный приказ Минздрава РФ и РАМН о введении для регионов системы федеральных квот на оказание дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных медицинских учреждениях. Был определен перечень видов указанной помощи и учреждений, которые ее предоставляют.

Значимость проблемы обусловила создание в соответствии с Указом президента РФ от 30 июня 2006 г. № 658 Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи, подведомственного Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 22 сентября 2006 г. № 585 Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом:

- в сфере разработки и реализации современных медицинских технологий, новых методов диагностики;
- организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Основными функциями агентства являются:

- а) организация разработки и реализации современных медицинских технологий;
- б) издание индивидуальных правовых актов, а также ведение баз данных в сфере разработки и реализации современных медицинских технологий, новых методов диагностики и организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- в) оказание государственных услуг в сфере здравоохранения при предоставлении высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе в рамках деятельности по выполнению государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи;
- г) организация подготовки в ординатуре, аспирантуре и докторантуре медицинских работников для сферы разработки и реализации современных высоких медицинских технологий и оказания высокотехнологичной медицинской помощи².

Определение потребности в высокотехнологичных (дорогостоящих) видах медицинской помощи на том или ином уровне, выделение соответствующих квот и организация работы по их реализации являются одними из самых актуальных проблем организации российского здравоохранения на современном этапе. Их решение в значительной степени связано с тем, как мы определяем термин «высокотехнологичная медицинская помощь», где проходит грань между ней и «обычными» видами меди-

цинских услуг. Иными словами, говорить о высокотехнологичной медицинской помощи, по нашему мнению, имеет смысл только тогда, когда проведена более или менее четкая граница между медициной высоких технологий и другими, прежде всего, массовыми видами медицинских услуг. Однако практически полная неисследованность данного вопроса позволяет говорить только о предварительных результатах его рассмотрения.

Специальный анализ обнаруживает несколько различных подходов к определению того, что следует понимать под высокотехнологичной медицинской помощью. Наиболее простой из них характерен для нормативных документов и его условно можно назвать «перечневым» подходом. В этом случае круг высокотехнологичных видов медицинских услуг задается простым перечислением их перечня без фиксирования каких-либо критериев и без того или иного определения соответствующей категории. Так, в целях реализации мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, повышения качества и доступности медицинской помощи населению Российской Федерации приказом Минздравсоцразвития России от 29 марта 2006 г. № 220 «Об оказании высокотехнологичных видов медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в специализированных медицинских учреждениях...» утвержден перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счет средств федерального бюджета в специализированных медицинских учреждениях, а также определено плановое количество больных для государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (квоты) на 2007 год. Так, Минздравсоцразвития выделило для жителей Санкт-Петербурга в 2004 г. 10,4 тыс. квот, в 2005 г. – 11,7 тыс. и в 2006 г. – 8,3 тыс.³

В качестве других примеров «перечневого» подхода приведем еще два нормативно-правовых акта уже на уровне субъектов Федерации:

1) Распоряжение Комитета по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга от 24 апреля 2002 г. № 147-р «О порядке направления пациентов на высокотехнологичные (дорогостоящие) виды лечения в федеральные медицинские учреждения Санкт-Петербурга».

2) Приказ Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 20 июня 2005 г. № 152 «Об организации оказания высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи, финансируемых из областного бюджета и оказываемых в ЛПУ областного подчинения».

Анализ нормативно-правовых актов показывает, что конкретные перечни высокотехнологичных услуг в той или иной мере варьируются от одного медицинского учреждения к другому, в зависимости от имеющегося оборудования, лицензии на медицинскую деятельность и т. д., например, в распоряжении Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга от 17 августа 2006 г. № 344-р «Об утверждении перечня оказываемых ЦМСЧ № 122 видов высокотехнологичной медицинской помощи, необходимых в рамках выполнения территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2006 год» перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи насчитывает 4 позиции по разделу сердечно-сосудистой хирургии. Для сравнения, распоряжением Комитета по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга от 24 апреля 2002 г. № 147-р «О порядке направления пациентов на высокотехнологичные (дорогостоящие) виды лечения в федеральные медицинские учреждения Санкт-Петербурга» в разделе «сердечно-сосудистая хирургия» установлено 14 позиций.

Достоинством рассмотренного нами «перечневого» подхода является то, что он в настоящее время является единственной *практически работающей* позицией. Однако в имеющихся на сегодня документах

никак не объясняется, на основе каких, собственно, принципов составлены соответствующие перечни высокотехнологичных медицинских услуг. Понятно, что в практическом плане вполне можно составить необходимый список на основе экспертных оценок специалистов-медиков и организаторов здравоохранения, но в плане научной парадигмы невозможно обойти молчанием вопрос о том, *на каком объективном основании* тот или иной вид медицинских услуг включен в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи?

Стремление ответить на указанный вопрос лежит в основе второго направления – условно назовем его «критериальным» подходом – для которого характерна установка на то, чтобы отграничить рассматриваемое явление путем формулировки более или менее полного перечня *критериев*, с помощью которых идентифицируются высокотехнологичные медицинские услуги.

Так, например, ст. 37.1 действующей редакции Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (далее – Закон № 5487-1) устанавливает, что специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

Таким образом, высокотехнологичная медицинская помощь (видовое понятие) с позиции Закона № 5487-1 не является самостоятельным направлением и выступает всего лишь как частный случай специализированной медицинской помощи (родовое понятие), что наглядно демонстрируется на рис.1.

Достоинством рассматриваемой позиции является то, что в цитированном определении совершенно не связываются между собой высокая технологичность и высокая стоимость медицинской услуги (см. ниже). Однако при этом следует отме-



Рис. 1. Диаграмма Венна для определения специализированных и высокотехнологичных видов медицинских услуг (позиция Закона № 5487-1)

тить и недостатки формулировки, принятой в законе № 5487-1: дело в том, что практически любая медицинская помощь, направленная на лечение того или иного конкретного заболевания, требует, как правило, *специальных* методов диагностики и лечения (не существует диагностика и лечение «вообще»). Следовательно, критерий *специализированности* является чересчур общим и никак не выделяет высокотехнологичную медицинскую помощь из всех прочих видов медицинских услуг, в том числе самых простейших. Из ст.37.1 Закона №5487-1 не видно, как, собственно, следует выделять высокотехнологичную медпомощь в числе всех других специализированных услуг.

Еще одним примером «критериального» подхода к содержанию категории «высокотехнологичная медицинская помощь» являются наработки органов управления здравоохранением. Так, в одном из наиболее обширных документов по данному вопросу – Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Российской академии медицинских наук от 6 апреля 2005 г. № 259/19 «Об организации оказания дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях, подведомственных Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию, Федеральному меди-

ко-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук» (приложение б) – предпринята попытка дать целый ряд остро необходимых для практики дефиниций. В документе, в частности, устанавливается, что:

- *дорогостоящие (высокотехнологичные) виды медицинской помощи* – высокоспециализированные стационарные лечебные и диагностические медицинские услуги, выполняемые с использованием сложных и (или) уникальных медицинских технологий, основанных на современных достижениях науки и техники, обладающие значительной ресурсоемкостью;

- *объем дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи* – количество квот по всем видам дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи;

- *единица объема дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи (квота)* – медицинская помощь, предусмотренная Перечнем видов дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи и являющаяся составной частью медицинской технологии либо имеющая самостоятельное законченное лечебное и (или) диагностическое значение;

- *больной, пролеченный с применением дорогостоящих (высокотехнологичных) видов медицинской помощи* – пациент, выбывший из стационара специализированного медицинского учреждения после достижения конечного результата госпитализации, в течение которой ему оказана одна или несколько квот дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи.

Таким образом, в соответствии с рассматриваемым документом, *высокотехнологичные* виды медицинской помощи представлены как однопорядковое явление с *дорогостоящими* медицинскими услугами, при этом те и другие позиционируются на основе следующей совокупности признаков:

- услуга осуществляется в стационаре;
- услуга выполняется с использованием либо сложных, либо уникальных меди-

цинских технологий (либо тех и других), обеспечиваемых современными научно-техническими разработками;

- обладает значительной ресурсоемкостью.

Еще более яркие примеры «критериального» подхода можно обнаружить в единичных научных публикациях, имеющих по рассматриваемой нами теме. Авторы последних подчеркивают, что в качестве критериев отграничения дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи должны фигурировать следующие пять позиций⁴:

1. Стоимость.
2. Новизна.
3. Сложность.
4. Эффективность.
5. Доступность.

Ввиду важности вопроса покажем содержание каждого из предлагаемых критериев более подробно.

Критерий стоимости. Для отнесения той или иной медицинской услуги к категории дорогостоящих, очевидно, следует установить тот ценовой лимит, превышение которого позволит говорить о «дороговизне» медицинской помощи по данной позиции. Однако *единый* стоимостный порог, например в 103 тыс. руб., невозможно установить для всех имеющихся на практике видов медицинской помощи, ценовые мерки которых совершенно различны и не сопоставимы между собой, например, для травматологии и кардиохирургии. С другой стороны, по меркам регионального (и, тем более, муниципального) уровня даже суммы, значительно меньшие, например, 50 тыс. руб., рассматриваются уже как достаточно высокие, особенно на фоне низких жизненных стандартов в ряде регионов страны. В силу этого на местах становится неясным, какую помощь необходимо финансировать из средств ОМС, а какую отнести к дорогостоящей и финансировать из бюджета? Ориентация на установленный федеральный перечень дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помо-

ши не всегда помогает. Например, компьютерной томографии в указанном перечне нет, так как нет необходимости придавать данному исследованию какой-то особый статус в учреждениях федерального подчинения, обычно насыщенных сложными и дорогими технологиями. В то же время в региональных и крупных муниципальных клиниках, имеющих подобную технику, тариф по ОМС часто не покрывает затраты на выполняемые исследования, что приводит к оказанию данных услуг на платной основе. Иными словами, медицинские услуги, стоимость которых не покрывается тарифом по ОМС и которые не включены в федеральный перечень дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи, имеют весьма ограниченную доступность, которая нарастает по мере продвижения «в глубинку» и с падением платежеспособности населения. Д. В. Пивень и А. С. Купцевич справедливо подчеркивают, что отсутствие в региональном и муниципальном здравоохранении стоимостных критериев отнесения той или медицинской помощи к дорогостоящей приводит к ее фактическому переводу в разряд платных услуг⁵.

Критерий новизны. Рассматриваемый критерий «работает», если установлен промежуток времени, в рамках которого данная технология будет считаться новой, кроме того, для его использования необходимо будет выбрать начальную точку отсчета – время разработки той или иной технологии или время ее внедрения в практическое здравоохранение. При этом важно знать, что считать временем внедрения:

а) начало использования данной новой технологии в ведущих федеральных медицинских учреждениях или в крупных клиниках региона;

б) широкое ее распространение, в том числе и в муниципальном здравоохранении.

Например, стентирование коронарных артерий достаточно давно применяется в мировой практике при лечении больных с ишемической болезнью сердца. В то же вре-

мя в регионах России данная технология в большинстве случаев не имеет широкого распространения и считается новой, при этом основной проблемой, препятствующей активному использованию стентирования, является не косность отечественных специалистов, а недостаточное ресурсное обеспечение отрасли.

Критерий сложности. Согласно этому критерию, дорогостоящая и высокотехнологичная медицинская помощь должна включать наиболее сложные технологии, например, с этой позиции сформирован и соответствующий федеральный перечень. Однако отнесение той или иной технологии к классу «сложных» достаточно относительно, так как зависит от многих факторов: а) технической оснащенности; б) состояния кадровых ресурсов; в) обеспеченности медикаментами; г) общего уровня социально-экономического развития территории и т. п. Иными словами, степень сложности конкретных медицинских технологий также представляется разной для медицинских учреждений федерального, регионального и муниципального уровня.

Критерий эффективности. Дорогостоящая и высокотехнологичная помощь в России зачастую рассматривается как альтернатива традиционным ее видам по причине ее большей эффективности: получения более высоких результатов, уменьшения частоты осложнений, сокращения сроков лечения и т. п. Так, в хирургической практике, например в кардиохирургии, все более широко используются малоинвазивные методы лечения. С данной позиции к высокотехнологичной медицинской помощи необходимо относить и ту помощь, которая обеспечивает наибольшую медицинскую и экономическую эффективность. При этом на уровне региональной клиники данная технология может использоваться достаточно давно и относиться к обычным способам лечения или диагностики. Следовательно, эффективность как критерий указанной помощи в федеральных, региональных и муниципальных медицинских учреж-

дениях, прежде всего, зависит от того, насколько широко там используются современные технологии.

Критерий доступности. От состояния доступности во многом зависят рассмотренные выше критерии: чем ниже доступность той или иной медицинской технологии, тем более новой она представляется, тем большую стоимость она имеет, тем более выраженной представляется ее эффективность. Как только та или иная медицинская помощь становится малодоступной, она автоматически может быть отнесена к дорогостоящей и высокотехнологичной.

Д. В. Пивень и А. С. Купцевич приходят к выводу, что стоимость, новизна, сложность и эффективность в условиях дефицита ресурсов являются *относительными критериями*, а ограниченная доступность – *абсолютным*. Доступность является не только медицинским, но и социальным критерием, характеризующим, в том числе, и деятельность органов власти всех уровней в сфере здравоохранения⁶.

Проведенный нами анализ имеющихся подходов позволяет теперь более взвешенно подойти к вопросу об определении категории «высокотехнологичная медицинская услуга».

Сразу же отметим, что крайне трудно согласиться с тем, что ограниченная доступность услуги является *абсолютным* критерием для определения категории дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи. Несколько десятков миллионов человек в России проживают в сельских поселениях, где нет даже фельдшерских пунктов и практически нет доступа вообще ни к какой медицинской помощи, следовательно, по критерию доступности придется считать высокотехнологичной помощью лечение обычной гематомы в такого рода случаях. Более того, в такой стране, как Россия, всегда найдутся достаточно обширные контингенты людей, которым по той или иной причине (транспортная проблема, уровень доходов и т. п.) абсолютно недоступен целый ряд медицинских

услуг, поэтому применение критерия доступности в рамках рассматриваемой проблемы теряет всякий смысл за отсутствием самой проблемы. В качестве подтверждения высказанных соображений следует привести результаты одного из опросов Всероссийского центра изучения общественного мнения (2007 г.): 33 процента опрошенных россиян были вынуждены отказаться от необходимого им лечения ввиду недостатка средств⁷. По логике рассматриваемого критерия, все виды медицинской помощи, от которых была вынуждена отказаться одна треть граждан России, следует автоматически заносить в разряд высокотехнологичных услуг.

Еще одной особенностью перечисленных выше «критериальных» подходов является то, что в них постоянно происходит смешивание (за исключением Закона № 5487-1) разнопорядковых и разнокачественных признаков – высокой стоимости и высокой технологичности. Разумеется, нельзя отрицать, что между указанными признаками имеется тесная корреляционная связь: чем технологичнее помощь, тем, как правило, она дороже, и наоборот. Тем не менее, и в научном и в прикладном аспектах определения высокотехнологичной медицинской помощи, по нашему мнению, следует четко разделять, о чем все-таки идет речь:

- о стоимости (экономический признак); или
- о технологическом уровне услуги (технический признак).

Критерий стоимости говорит нам только о цене услуги и мало что сообщает о ее технологическом уровне, и, наоборот, критерий технологичности говорит о технологических особенностях данного вида услуг, но от него нельзя требовать информации о стоимости той или иной медицинской услуги (кроме того, что эта стоимость, по всей вероятности, высока). Только разделяя указанные признаки, мы сможем добиться однозначности в понимании вопроса:

- в первом случае медики и специалисты по экономике здравоохранения будут

говорить о дорогостоящей медицинской помощи;

- во втором – медики и разработчики медицинской техники и технологии будут говорить о медицинской помощи высоких технологий, разумеется, не забывая о ее высокой стоимости.

В плане обсуждаемого вопроса нельзя также не обратить внимание на то, что и в названии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи, и в утвержденных правительственным постановлением его функций (см. выше) говорится только о высокотехнологичной медицинской помощи, которая не смешивается с дорогостоящими видами медицинских услуг.

При таком разделении не будет возникать путаница и двусмысленность ни в теории, ни на практике. В рамках предлагае-

мой позиции ничто не мешает реализовать следующую процедуру:

Шаг 1: на основе тех или иных технологических критериев определяем технологический уровень данного вида услуг и, при необходимости, относим их к группе высоких технологий.

Шаг 2: для группы высокотехнологичных услуг определяем их стоимость. При этом система критериев для *дорогостоящей* помощи будет показывать те ценовые лимиты, превышение которых приводит к отнесению данной услуги к категории дорогостоящих медицинских услуг.

Рассмотренный алгоритм действий для наглядности показан на рис. 2.

Ценовые критерии-лимиты, несомненно, должны дифференцироваться по видам медицинской помощи (кардиология,



Рис. 2. Процедура классификации медицинских услуг по технологическим и ценовым критериям

онкология, гематология и т. д.), ввиду их качественной несопоставимости. По нашему мнению, нет смысла устанавливать рассматриваемые критерии в качестве единых показателей для всей Российской Федерации, ввиду существенных различий субъек-

тов РФ по демографическим, социально-экономическим, природно-климатическим и т. п. условиям. Можно предложить модель для системы стоимостных критериев дорогостоящей медицинской помощи в виде весьма емкой таблицы.

Виды медицинской помощи	Субъекты Федерации		
	А	Б	...
1	K_{1a}	$K_{1б}$...
2
3

Примечание. В клетках таблицы проставляются минимальные величины стоимости дорогостоящих медицинских услуг по данному виду в данном субъекте Федерации. Если стоимость услуг равна или превышает указанные в таблице лимиты, то данную услугу следует относить к группе дорогостоящих медицинских услуг.

Следует также выдвинуть предложение о том, что органы управления здравоохранением каждого субъекта Федерации должны самостоятельно определять стоимостные лимиты дорогостоящей помощи по каждому ее виду, исходя из потребностей в ней населения и ресурсных возможностей ее оказания.

Переходя далее к рассмотрению критериев технологичности, следует сразу же обратить внимание на их состав, признаваемый в рамках имеющихся позиций:

- сложность, уникальность, ресурсоемкость медицинских технологий (Закон № 5487-1);

- сложность и (или) уникальность, использование в условиях стационара, новизна (=основаны на современных достиже-

ях науки и техники), значительная ресурсоемкость (Приказ Минздравсоцразвития РФ и РАМН № 259/19);

- новизна, сложность, эффективность данной технологии (Д. В. Пивень и А. С. Купцевич)⁸.

Сразу же следует отметить, что, исходя из приведенной выше аргументации, не следует отождествлять высокую ресурсоемкость и высокую стоимость медицинской услуги, хотя они, разумеется, тесно коррелируют между собой. По нашему мнению, ресурсоемкость в данном контексте является комплексной категорией, основными компонентами которой выступают: оборудование, расходные материалы, технологические процессы и кадры (см. рис. 3):



Рис. 3. Основной состав категории «ресурсоемкость медицинской услуги»

При формировании совокупности технологических признаков, квалифицирующих данную медицинскую услугу, на наш взгляд, следует основываться на их логической необходимости, когда «выпадение» любого из них приводит к тому, что услуга перестает быть высокотехнологичной. С этой точки зрения в число критериев высокотехнологичных медицинских услуг следует включать:

- а) сложность технологического процесса;
- б) новизна, т. е. применение современных научно-технических разработок;
- в) эффективность;
- г) ресурсоемкость (в смысле, указанном нами выше).

Представленный список, на наш взгляд, представляют собой *единую* совокупность технологических признаков, *одновременное* наличие которых позволяет включить данную услугу в состав категории *высокотехнологичной* медицинской помощи.

Таким образом, по результатам нашего рассмотрения могут быть предложены следующие определения:

- К дорогостоящим медицинским услугам относятся те виды медицинской помощи, стоимость которых превышает лимит, установленный для данного вида услуг в данном субъекте Федерации на данный период времени.
- К высокотехнологичным медицинским услугам относится высокоэффективная

медицинская помощь, основанная на современных, сложных и ресурсоемких медицинских технологиях.

Следует обратить внимание на одно важное обстоятельство: если критерий стоимости по своему содержанию относится к критериям регионального уровня, то критерии высокой технологичности целесообразнее соотносить с федеральным уровнем управления здравоохранением. Составленные на основании этих критериев перечни видов высокотехнологичных медицинских услуг могут и должны быть обязательными для всей системы здравоохранения РФ.

В нашем рассмотрении нельзя также не упомянуть о двух важнейших требованиях, которые должны предъявляться к процедурам предоставления высокотехнологичной помощи:

- во-первых, органичной их частью должно стать информирование населения о порядке направления больных в учреждения здравоохранения на предмет предоставления услуг высокого уровня технологии;
- во-вторых, должна быть разработана и внедрена адекватная система оценки и подтверждения качества предоставляе-

мой высокотехнологичной медицинской помощи⁹.

Таким образом, проведенный нами анализ показал, что экономико-организационные аспекты высокотехнологичной медицинской помощи находятся только в самой начальной стадии научных разработок. В научных публикациях еще не было более или менее развернутого обсуждения экономических и организационных аспектов оказания медицинских услуг высоких технологий, а отдельные высказанные в литературе позиции являются остродискуссионными. С нашей точки зрения, наиболее актуальным является дальнейшее обсуждение вопроса о содержании категории «высокотехнологичные медицинские услуги», а также разработка стандартных процедур, на основе которых могут быть построены критерии, формирующие состав как дорогостоящей, так и высокотехнологичной медицинской помощи. Важным обстоятельством является то, что указанные критерии работают с разных уровней системы управления здравоохранением. Решение всех указанных вопросов будет способствовать дальнейшему развитию российского здравоохранения.

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ www.zdorovie.perm.ru, 15.05.2007.

² Предельная численность работников центрального аппарата агентства установлена в количестве 120 единиц (без персонала по охране и обслуживанию зданий). См.: Постановление Правительства РФ от 22 сентября 2006 г. № 585. См. также: Постановление Правительства РФ от 30 октября 2006 г. № 635 «Об утверждении Положения о Федеральном агентстве по высокотехнологичной медицинской помощи».

³ Экономика и жизнь. 2007. № 2. С. 38.

⁴ Пивень Д. В., Купцевич А. С. О критериях дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи // Экономика здравоохранения. 2005. № 5–6. С. 57–60; Управление здравоохранением на современном этапе: проблемы, их причины и возможные решения. М., 2006. С. 95–104.

⁵ Пивень Д. В., Купцевич А. С. Указ. соч. С. 58.

⁶ Там же. С. 58.

⁷ Российская газета. 2007. 6 июня.

⁸ Пивень Д. В., Купцевич А. С. Указ. соч. С. 58.

⁹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Российской академии медицинских наук от 6 апреля 2005 г. № 259/19.