

8. Shkarin V.V., Velichkovskij B.T., Pozdnjakova M.A. Social'nyj stress i mediko-demograficheskij krizis v Rossii. N. Novgorod: NGMA, 2006. 160 s.
9. Medik V.A. Zabolevaemost' naselenija: istorija, sovremennoe sostojanie i metodologija izuchenija. M.: Medicina, 2003. 512 s.
10. Vol'kenshtejn M.V. Biofizika. M.: Nauka, 1988. 591 s.
11. Dil'man V.M. Chetyre modeli mediciny. M.: Medicina, 1987. 288 s.
12. Antonova O.A. Nauchnoe obosnovanie mediko-jekonomicheskoy ocenki sopushtvujuwej patologii (na primere gastrojenterologii): avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2002. 24 s.
13. Artemenko M.V. Modelirovanie dinamiki zabolevaemosti ZhKT v regione // Uspehi sovremennoego estestvoznaniya. 2006. № 1. S. 99–100.
14. Vlasov V.V. Reakcija organizma na vneshnie vozdejstviya: obwie zakonomernosti razvitija i metodicheskie problemy issledovanija. Irkutsk: Izd-vo Irkut. un-ta, 1994. 344 s.

УДК 616–082:614.256:368.02

Авторское мнение

СТРАХОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

М.В. Еругина — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, заведующая кафедрой организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права, доктор медицинских наук, доцент, декан факультета повышения квалификации и профессиональной подготовки специалистов; **М.В. Власова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, доцент кафедры организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права, кандидат социологических наук; **А.И. Завьялов** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, профессор кафедры организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права, доктор медицинских наук; **Е.М. Долгова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, доцент кафедры организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права, кандидат медицинских наук; **Г.Ю. Сазанова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, доцент кафедры организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права, кандидат медицинских наук; **Н.В. Абызова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, старший преподаватель кафедры.

INSURANCE OF PROFESSIONAL RESPONSIBILITY AT MEDICAL AID RENDERING

M. V. Erugina — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Public Health Care Organization and Medical Law, Assistant Professor, Doctor of Medical Science; **M. V. Vlasova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Public Health Care Organization and Medical Law, Assistant Professor, Candidate of Sociological Science; **A. I. Zavyalov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Public Health Care Organization and Medical Law, Professor, Doctor of Medical Science; **E. M. Dolgova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Public Health Care Organization and Medical Law, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **G. U. Sazanova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Public Health Care Organization and Medical Law, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **N. V. Abyzova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Public Health Care Organization and Medical Law, Assistant.

Дата поступления — 30.09.2011 г.

Дата принятия в печать — 08.12.2011 г.

Еругина М.В., Власова М.В., Завьялов А.И., Долгова Е.М., Сазанова Г.Ю., Абызова Н.В. Страхование профессиональной ответственности при оказании медицинской помощи // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 4. С. 776–779.

Обсуждается необходимость принятия закона о страховании профессиональной ответственности в здравоохранении как основного механизма возмещения причиненного ущерба пациенту при оказании медицинской помощи.

Ключевые слова: страхование профессиональной ответственности, врачебная ошибка, юридическая ответственность в здравоохранении.

Erugina M. V., Vlasova M. V., Zavyalov A. I., Dolgova E. M., Sazanova G. U., Abyzova N. V. Insurance of professional responsibility at medical aid rendering // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 4. P. 776–779.

The article discusses the necessity of adoption of professional responsibility insurance act into the public health service. It is considered as the basic mechanism of compensation in case of damage to a patient at medical aid rendering.

Key words: professional responsibility insurance, medical error, legal responsibility in public health service.

Введение. Страхование профессиональной ответственности в любой сфере — это надежный и цивилизованный механизм возмещения ущерба, причиненного ошибочными действиями. В медицине цена ошибки не просто высока — она неизмерима, ведь от нее зависит человеческая жизнь.

В настоящий момент назрела острая необходимость принятия федерального закона о страховании профессиональной ответственности врачей. Основываясь на успешной практике многих стран, закон даст реальную возможность страхования профессиональной ответственности врача, что позволит в большей степени защитить и пациента и врача, а

также упростить процедуру урегулирования разногласий.

Договор страхования может освободить медицинское учреждение и медицинских работников от бремени серьезных внесудебных и судебных разбирательств. Страховая компания возмещает пациенту ущерб, причиненный в результате медицинской деятельности, вместо лечебного учреждения и вместо врача, защищая их от материальных расходов.

Стоит отметить и еще один важный аспект при страховании профессиональной ответственности врачей — консультационную помощь страховщика при подозрении на врачебную ошибку или на какие-то нарушения в лечебном процессе.

В последние годы в российском судопроизводстве резко возросло количество дел, связанных с врачебными ошибками. Многие из них заканчивают-

Ответственный автор — Власова Марина Владимировна.

Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Пугачевская 110, кв. 8.

Тел.: 89053246939.

E-mail: sazanovagu@yandex.ru

ся не только наказанием врачей, но и значительными выплатами в качестве материальной и моральной компенсации за причинение ущерба здоровью.

Современная правоприменительная практика показывает, что далеко не всегда диагностика или лечение в медицинском учреждении осуществляются на должном высокопрофессиональном уровне, не всегда лечебный процесс приводит к желаемому положительному результату. Причины этого могут быть самыми разными, начиная от технических ошибок персонала клиник, невнимательности медицинских работников и заканчивая ограниченными современными научными медицинскими знаниями, неблагоприятным прогнозом заболевания, особенностями организма.

Самая сложная проблема при решении правовых споров при оказании медицинской помощи — установление причинно-следственных связей между множеством событий, влияющих на пациента как субъекта правоотношений, а не только как участника лечебно-диагностического процесса. В сложившейся практике судебного и досудебного разбирательства пациенту приходится отстаивать свои права и законные интересы самостоятельно, к тому же вступивший в силу Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» не содержит четкого механизма участия страховой медицинской организации в различных процедурах защиты прав застрахованных [1].

Пример из практики. В 2000 г. в городе N женщина трудоспособного возраста, мать двоих детей, выплеснула на проезжую часть около своего дома ведро воды, при этом случайно вода попала на лобовое стекло проезжавшего легкового автомобиля. Водитель потерял от неожиданности контроль, и автомобиль сбил эту женщину, в результате чего последняя получила травму коленного сустава. В небольшой районной больнице женщина лечилась в течение нескольких месяцев, дважды подвергалась оперативному вмешательству. На следующий день после проведения последнего оперативного вмешательства на коленном суставе, проводимого под общей анестезией, было диагностировано послеоперационное осложнение — разрыв слизистой оболочки трахеи (линейный, 20 мм) — и эндоскопическим способом произведено ушивание слизистой трахеи. Через семь месяцев пациентка обратилась с жалобой на затрудненное дыхание, невозможность выполнять привычные физические нагрузки. После обследования в областной больнице был поставлен диагноз «стеноз трахеи», предложено оперативное лечение, от которого пациентка отказалась. Еще через полгода пациентка вновь обратилась за медицинской помощью. Просвет трахеи в месте стеноза составлял всего 4 мм, пациентка констатировала значительное снижение качества жизни — женщина не только не могла работать, выполнять домашние обязанности, но и нуждалась в постороннем уходе. Больная была направлена в одну из федеральных медицинских клиник для проведения пластики трахеи. Во время первого оперативного вмешательства произошла остановка сердца, проводимые реанимационные мероприятия были успешными, деятельность сердца восстановилась, но результатом явились множественные переломы ребер. Через месяц пациентка была выписана домой с трахеостомой, при этом была рекомендована повторная госпитализация в федеральную клинику для проведения следующего этапа пластики трахеи. Женщина была признана

инвалидом. До второго этапа пластики пациентка не дожила, скончавшись в результате массивного кровотечения из эрозивного сосуда в области установленной трахеостомы. В медицинских документах есть запись о том, что больная обучена производить уход за трахеостомой. В то же время есть показания свидетелей о том, что во время судебного процесса пациентка неоднократно вынимала трахеостомическую трубку, наглядно подтверждая суть жалоб и претензий к медицинским организациям.

На этом примере, сознательно упустив некоторые подробности и тонкости медицинского и юридического процесса, мы хотели еще раз продемонстрировать сложность поиска «виноватых», сложность процесса возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью пациента. Пять разных медицинских организаций, а в них множество врачей разных специальностей, средних медицинских работников принимали участие в оказании пациентке медицинской помощи.

Обсуждение. В последние годы все больше привлекают внимание законодателей, медицинской общности, граждан неурегулированные аспекты взаимодействия «врач — пациент» и «медицинская организация — пациент».

В условиях роста числа гражданских исков от пациентов, связанных с возмещением вреда, причиненного им в процессе лечения, а также увеличения сумм требуемых компенсаций необходимость повсеместной и обязательной страхования профессиональной ответственности медицинских работников практически ни у кого не вызывает сомнения. Этот важнейший институт, который может оказать положительное влияние на всю систему отечественного здравоохранения, до сих пор не получил существенного развития. Одна из причин сложившейся ситуации — недостаточность правового регулирования страхования профессиональной ответственности медицинских работников. На совещании по вопросам развития российского рынка страхования, состоявшемся 30 августа 2010, Президент РФ Д. А. Медведев указал на необходимость развития системы страхования таким образом, чтобы граждане были уверены, что получат реальное возмещение при наступлении страхового случая [2]. В соответствии с Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан пациент имеет право на возмещение вреда, причиненного его жизни или здоровью при получении медицинской помощи в медицинских организациях [3]. В целях реализации указанного права в сентябре 2010 г. в Государственную Думу РФ был внесен законопроект «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами». Основной целью законопроекта является создание эффективного, доступного для населения механизма возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи в любой медицинской организации, независимо от её организационно-правовой формы и формы собственности.

Нами предпринята попытка моделирования и прогнозирования развития ситуации в условиях действия данного закона. Согласно законопроекту «дефектом оказания медицинской помощи» считается допущенное медицинской организацией нарушение качества или безопасности оказываемой медицинской услуги, а равно иной ее недостаток, независимо от вины такой медицинской организации и ее работников. В указанной модели такой дефект присутствует. Отдельным является вопрос: виноват ли в этом

врач? Если у пациентки в рассматриваемом примере имелись анатомические особенности строения или размеров (диаметра просвета) трахеи, то вины медицинского работника нет. Если анатомических особенностей не было, то разрыв тканей трахеи свидетельствует о некачественной работе анестезиолога: неправильный подбор ларингоскопа, несоблюдение технологии интубации (экстубации). Согласно законопроект «потерпевший — пациент, жизни или здоровью которого был причинен вред при получении медицинской помощи в медицинской организации». В нашей модели потерпевший есть, так как в медицинской организации здоровью пациента был причинен вред, который и должен быть возмещен страховой организацией. Для реализации права на возмещение вреда вопрос виновности не должен касаться пациента. Закон предусматривает право страховщика предъявить регрессное требование к причинившему вред работнику медицинской организации или к причинившей вред медицинской организации в размере произведенной страховщиком страховой выплаты, если вред жизни или здоровью потерпевшего был причинен вследствие установленного судом преступного деяния указанного лица или виновного деяния указанной медицинской организации. При этом организация признается виновной, если будет установлено, что у нее имелась возможность для недопущения дефекта оказания медицинской помощи, но ею не были приняты все зависящие от нее меры по соблюдению всех необходимых норм, связанных с качеством и безопасностью такой медицинской помощи. Страховщик также вправе требовать от организации возмещения расходов, которые имели место в процессе рассмотрения страхового случая.

В настоящее время в соответствии со ст. 931 ГК РФ по договору страхования риска ответственности за причинение вреда жизни, здоровью или имуществу третьих лиц может быть застрахован риск ответственности самого страхователя или иного лица, на которое такая ответственность может быть возложена [4].

Вместе с тем согласно ст. 1068 ГК РФ вред, причиненный работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей, возмещают гражданин либо юридическое лицо, по заданию и под контролем за безопасным ведением работ которого действовал работник. Исходя из этого, юридическое лицо вправе застраховать свою гражданскую ответственность перед третьими лицами за вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей.

Объектом страхования профессиональной ответственности медицинских работников является имущественный интерес страхователя (застрахованного лица), связанный с возмещением его расходов на оплату ущерба, причиненного здоровью пациента в процессе профессиональной деятельности.

Страховым случаем по договору страхования профессиональной ответственности медицинских работников признается факт возникновения обязанности страхователя (застрахованного лица) в соответствии с действующим гражданским законодательством Российской Федерации компенсировать расходы, произведенные вследствие причинения вреда жизни и здоровью пациента при оказании услуг, связанных с профессиональной медицинской деятельностью.

В соответствии с российским гражданским законодательством медицинские и фармацевтические

работники имеют право на страхование последствий профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью пациента, если ошибка не связана с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей.

Так чем же отличается предложенная в проекте технология возмещения ущерба для пациента? Ему опять надо собирать массу документов, обращаться в комиссию, до которой он, очевидно, должен пройти аналогичный этап бумажных и устных дел в страховой медицинской организации, как застрахованный по обязательному медицинскому страхованию. Страховая медицинская организация в любом случае будет проводить экспертизу качества медицинской помощи, по результатам которой она, как защитник прав пациента, имеет право подать иск о возмещении вреда пациенту при оказании медицинской помощи. Может, страховой медицинской организации вменить в обязанность доводить дело до конца и представлять интересы пациента при страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами?

Интересен состав Комиссии по расследованию страховых случаев при оказании медицинской помощи, куда пациенты должны обращаться за реализацией права возмещения ущерба. Она на 90 % состоит из различных представителей органов исполнительной власти, и всего один голос в ней принадлежит представителю потерпевшего. Возникает вопрос: насколько независимо Комиссия будет принимать решение? Достаточно сложен алгоритм деятельности Комиссии, которая на общественных началах и вину будет устанавливать, и причинно-следственную связь событий, причем все это в достаточно сжатые сроки. Какова при этом роль судебно-медицинской экспертизы? Чье заключение более значимое? Появляются элементы дублирования функций, что обычно способствует затягиванию сроков решения вопросов. На наш взгляд, не совсем адекватен срок действия договора страхования профессиональной ответственности — 1 год. Например, от понимания, что допущены дефекты в работе медицинской организации, до момента установления инвалидности, как правило, проходит гораздо больше времени. Это далеко не полный перечень вопросов, неизбежно возникающих при моделировании конкретных ситуаций.

Заключение. В торгово-промышленной палате Саратова неоднократно проходили совещания представителей медицинских организаций, страховщиков, юристов, ученых, в ходе которых заинтересованные стороны вели дискуссии по проблеме практической реализации законопроекта. В итоге дискуссий сформировалось предложение обращения к практике третейских судов при рассмотрении дел о страховании профессиональной ответственности в здравоохранении. Общее мнение было единодушным: необходимо принятие закона о страховании профессиональной ответственности в здравоохранении, который будет призван обеспечить и защитить права врачей и пациентов при оказании медицинской помощи.

На текущий момент существует несколько проектов закона о профессиональной ответственности медицинских работников, но ни один из них не содержит четкого механизма защиты прав участников медицинского процесса. Данная проблема должна быть официально вынесена на обсуждение всеми заинтересованными сторонами: медицинскими и юридическими профессиональными и общественными

ми организациями, что позволит учесть все особенности взаимодействия врачей, пациентов, медицинских организаций и страховщиков.

Библиографический список

1. Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ // Рос. газ. 2010. 30 нояб.
2. Министерство здравоохранения и социального развития РФ: [сайт]. URL: www.minzdravsoc.ru (дата обращения: 01.09.2010).
3. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 (с изм. от 2 марта 1998 г., 20 дек. 1999 г., 2 дек. 2000 г., 10 янв., 27 февр., 30 июня 2003 г., 29 июня, 22 авг., 1, 29 дек. 2004 г., 7 марта, 21, 31 дек. 2005 г., 2 февр., 29 дек. 2006 г.). М., 2007.
4. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть первая от 30 ноября. 1994 г. N 51-ФЗ; Часть вторая от 26 янв. 1996 г. N 14-ФЗ; Часть третья от 26 нояб. 2001 г. N 146-ФЗ; Часть четвертая от 18 дек. 2006 г. N 230-ФЗ (с изм. от 26 янв., 20 февр., 12 авг. 1996 г., 24 окт. 1997 г., 8 июля, 17 дек. 1999 г., 16 апр., 15 мая, 26 нояб. 2001 г., 21 марта, 14, 26 нояб. 2002 г., 10 янв., 26 марта, 11 нояб., 23 дек. 2003 г., 29 июня, 29 июля, 2, 29, 30 дек. 2004 г., 21 марта, 9 мая, 2, 18, 21 июля 2005 г., 3, 10 янв., 2 февр., 3, 30 июня, 27 июля, 3 нояб., 4, 18, 29, 30 дек. 2006 г., 26 янв., 5 февр., 20 апр., 26 июня, 19, 24 июля, 2, 25 окт., 4, 29 нояб., 1, 6 дек. 2007 г., 24, 29 апр., 13 мая, 30 июня, 14, 22, 23 июля, 8 нояб., 25, 30 дек. 2008 г., 9 февр., 9 апр., 29 июня, 17 июля, 27 дек. 2009 г., 21, 24 февр., 8 мая, 27 июля 2010 г.) // Рос. газ. 1994. 1 дек.; 1996. 27 янв.; 2001. 27 нояб.; 2010. 28 июля.

27 июля 2010 г.) // Рос. газ. 1994. 1 дек.; 1996. 27 янв.; 2001. 27 нояб.; 2010. 28 июля.

Translit

1. Ob objazatel»nom medicinskom strahovanii grazhdan v Rossijskoj Federacii: Federal»nyj zakon ot 29 nojab. 2010 g. № 326-FZ // Ros. gaz. 2010. 30 nojab.
2. Ministerstvo zdravooohranenija i social»nogo razvitija RF: [sajt]. URL: www.minzdravsoc.ru (data obrawenija: 01.09.2010).
3. Osnovy zakonodatel»stva Rossijskoj Federacii ob ohrane zdorov»ja grazhdan ot 22 ijulja 1993 g. N 5487-1 (s izm. ot 2 marta 1998 g., 20 dek. 1999 g., 2 dek. 2000 g., 10 janv., 27 fevr., 30 ijunja 2003 g., 29 ijunja, 22 avg., 1, 29 dek. 2004 g., 7 marta, 21, 31 dek. 2005 g., 2 fevr., 29 dek. 2006 g.). M., 2007.
4. Grazhdanskij kodeks Rossijskoj Federacii. Chast» pervaja ot 30 nojab. 1994 g. N 51-FZ; Chast» vtoraja ot 26 janv. 1996 g. N 14-FZ; Chast» tret»ja ot 26 nojab. 2001 g. N 146-FZ; Chast» chetvertaja ot 18 dek. 2006 g. N 230-FZ (s izm. ot 26 janv., 20 fevr., 12 avg. 1996 g., 24 okt. 1997 g., 8 ijulja, 17 dek. 1999 g., 16 apr., 15 maja, 26 nojab. 2001 g., 21 marta, 14, 26 nojab. 2002 g., 10 janv., 26 marta, 11 nojab., 23 dek. 2003 g., 29 ijunja, 29 ijulja, 2, 29, 30 dek. 2004 g., 21 marta, 9 maja, 2, 18, 21 ijulja 2005 g., 3, 10 janv., 2 fevr., 3, 30 ijunja, 27 ijulja, 3 nojab., 4, 18, 29, 30 dek. 2006 g., 26 janv., 5 fevr., 20 apr., 26 ijulja, 19, 24 ijulja, 2, 25 okt., 4, 29 nojab., 1, 6 dek. 2007 g., 24, 29 apr., 13 maja, 30 ijunja, 14, 22, 23 ijulja, 8 nojab., 25, 30 dek. 2008 g., 9 fevr., 9 apr., 29 ijunja, 17 ijulja, 27 dek. 2009 g., 21, 24 fevr., 8 maja, 27 ijulja 2010 g.) // Ros. gaz. 1994. 1 dek.; 1996. 27 janv.; 2001. 27 nojab.; 2010. 28 ijulja.

УДК 615.478+614.2

Оригинальная статья

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МЕГАПОЛИСА

А. В. Шулаев — ГБОУ ВПО Казанский ГМУ Минздравсоцразвития России, проректор по клинической работе, заместитель начальника МУ «Управление здравоохранения Исполнительного комитета» г. Казани, доцент, кандидат медицинских наук; **М. Р. Мазитов** — МУ «Управление здравоохранения Исполнительного комитета» г. Казани, главный специалист; **М. Р. Гатауллин** — МУ «Управление здравоохранения Исполнительного комитета» г. Казани, заместитель начальника.

CLINICAL AND ECONOMIC EFFICACY OF MEDICAL EQUIPMENT AT MUNICIPAL HEALTH CARE INSTITUTIONS IN MEGAPOLIS

A. V. Shulaev — Kazan State Medical University, Vice Rector, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **M. R. Mazitov** — Kazan Public Health Service, Head Specialist; **M. R. Gataullin** — Kazan Public Health Service, Deputy Director.

Дата поступления — 22.06.2011 г.

Дата принятия в печать — 08.12.2011 г.

Шулаев А. В., Мазитов М. Р., Гатауллин М. Р. Клинико-экономическая эффективность использования медицинского оборудования в муниципальных учреждениях здравоохранения мегаполиса // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 4. С. 779–783.

Актуальность. В условиях страховой медицины началось техническое перевооружение лечебно-профилактических учреждений медицинской техникой. Учитывая высокую стоимость медицинской аппаратуры, особенно импортной, возникла необходимость экономического анализа ее использования. **Целью исследования** явилось проведение клинико-экономического анализа эффективности использования медицинского оборудования муниципальными учреждениями здравоохранения мегаполиса. **Материалы и методы.** Годовые отчеты по использованию медтехники, анонимное анкетирование. В ходе исследования выявлены следующие **результаты.** Более 48,65% медицинского оборудования, находящегося на балансе лечебных учреждений города, эксплуатируется 6–10 лет и подлежит списанию. Ввиду недостаточного финансирования только 49,13% всей медицинской техники проходит техническое обслуживание. Отсутствие необходимого оборудования снижает удовлетворенность опрашиваемых объемом бесплатной медицинской помощи. **Заключение.** Потребность учреждений здравоохранения в медицинской технике за последние годы удовлетворяется на 30–40%, в результате в стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях эксплуатируется до 80% технически изношенной и морально устаревшей техники, при этом рациональное перераспределение имеющегося медицинского оборудования позволяет быстрее оказывать диагностическую помощь населению мегаполиса.

Ключевые слова: клинико-экономический анализ, медицинское оборудование, городское здравоохранение.

Shulaev A. V., Mazitov M. R., Gataullin M. R. Clinical and economic efficacy of medical equipment at municipal health care institutions in megapolis // *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2011. Vol. 7, № 4. P. 779–783.

Introduction of health insurance system provided modernization of medical facilities and equipment. High costs on medical equipment especially imported require economic analysis of its use. **The aim of the study** was to conduct clinical and economic analysis of efficacy of medical equipment use by municipal health care agencies in megapolis. **Materials and methods:** Annual reports on medical devices and anonymous questionnaires were included into the re-