

# НЕИЗБЕЖНОСТЬ РЕФОРМЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Абел АГАНБЕГЯН,**

*академик РАН, заведующий кафедрой экономической теории и политики*

**Юрий ВАРШАВСКИЙ,**

*доктор медицинских наук, профессор*

**Виктор КИТАЕВ,**

*кандидат медицинских наук, доцент*

**Владимир ЖУКОВСКИЙ,**

*доктор медицинских наук, профессор,*

**Владимир ЕРШОВ,**

*заслуженный врач РФ*

*Лаборатория экономики и менеджмента здравоохранения  
кафедры экономической теории и политики АНХ при правительстве РФ*

## **Введение**

Основная задача системы здравоохранения – обеспечение доступной для всех слоев населения качественной медицинской помощи, соответствующей современному положению медицинской науки. Общее состояние здоровья населения – проблема в значительной степени (но не полностью) социальная, а не строго медицинская и в данной статье не рассматривается.

Начало реализации национального проекта «Здоровье» вызвало резкое увеличение выступлений и публикаций, относящихся к теме реформирования этой отрасли народного хозяйства. На переднем плане – подкрепленная убедительными примерами обеспокоенность ситуацией, общее мнение о необходимости дополнительного финансирования, но... при почти полном отсутствии внятных системных предложений по улучшению положения в здравоохранении. В равной мере это относится к ряду экономических разработок, к сожалению, игнорирующих профессиональные особенности медицинского дела.

Адекватному пониманию сложившейся ситуации мешает ошибочное исключение здравоохранения из сферы производства материальных ценностей с присущими ему технологиче-

скими маршрутами, табелем оснащения, штатным обеспечением и прочими атрибутами, каждый из которых имеет конкретную стоимость. В результате система медицинской помощи не имеет прочной экономической основы, что предопределяет ей отстающее место в реформировании народного хозяйства.

Анализ общепринятой модели медицинского обслуживания пациентов показывает, что значительная часть усилий и прямых расходов здравоохранения связана с многократным дублированием низкоэффективных диагностических исследований и проведением длительной, дорогостоящей и зачастую неадекватной терапии из-за отсутствия достоверной информации об истинном характере болезни. Рост непрямых затрат обусловлен продолжительной нетрудоспособностью пациентов и вынужденной необходимостью в последующем компенсировать дефекты предшествующего лечебно-диагностического процесса.

К сожалению, в портфеле научных исследований отсутствует направление, связанное с медико-экономическим обоснованием используемых в здравоохранении медицинских технологий. Продолжают существовать со-

зданные в другие времена и при других медико-социальных условиях организационные надстройки, которые живут собственными внутренними интересами и требуют традиционно подтверждаемых расходов. Далекі от желаемого и применяемые технологии, структура и нормативы штатов и средств, разграничение полномочий в иерархии учреждений, преобладание в их деятельности, не говоря уже об учете и отчетности, призванных служить инструментом оценки эффективности медицинской помощи.

Даже в тех случаях, когда имеет место реальное планирование, оно неизбежно привязывается к сложившемуся укладу и, кроме того, ограничивается только внутриведомственным фрагментом проблемы. Общая линия помощи пациенту, проходящая через несколько сфер бюджетных ассигнований, как правило, разорвана. Нередко значительные расходы по департаменту соцобеспечения компенсируют низкую результативность собственно медицинской помощи, но это не беспокоит органы здравоохранения, поскольку для них социальное обеспечение относится к заботам и финансированию другой отрасли.

Очевидно, что указанные факторы во всей их полноте не осознаны обществом и государственными структурами, от которых зависит принятие решений, поскольку до сих пор отсутствуют реалистические разработки соответствующих мер по радикальному изменению ситуации.

В этих обстоятельствах было бы заблуждением отождествлять национальный проект в сфере здравоохранения с реформой отрасли. Об этом, в частности, свидетельствует то, что при обсуждении, внедрении национального проекта и контроле за его исполнением первые лица государства не пользуются термином «реформа здравоохранения». Сделан лишь первый шаг по преодолению бедности отрасли и нивелированию серьезных деформаций в организации медицинской помощи, хотя необходимость этого шага не может вызывать сомнений.

На наш взгляд, мотивация проекта исходила из таких положений. Учитывалось, что медицинская отрасль стала в значительной степени технозависимой и фондоемкой. Но основные инвестиции в ее материально-технический фундамент были сделаны еще на рубеже 1970–1980 гг. на пике советского «нефтерубля», что объясняет массовый к настоящему времени износ и моральное старение имею-

щегося оборудования. Несмотря на значительные объемы выделенных средств, акции по техническому перевооружению носили в последующем скорее косметический характер и существенно не повлияли на изменение ситуации в целом.

В наибольшей степени пострадала первичная сеть – система амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения, так что их эффективность стала предельно низкой. Даже при наличии достаточной оснащенности и обеспеченности кадрами возможность реализации лечебно-диагностического оборудования оказалась весьма скромной (коэффициент его использования при работе преимущественно по односменному графику – 40–50%). Еще хуже обстоит дело с номенклатурой и качеством исследований. В связи с этим огромное число пациентов, недостаточно обследованных в поликлиниках, направляются в учреждения более высокого ранга (причем не менее 40% больных попадают не туда, куда нужно!).

В результате любой главный врач крупной больницы подтвердит, что не менее 70% организованного потока пациентов подвергаются «переделке» или обследуются в его учреждении с нулевого цикла. Это означает, что на головные больницы ложится основная часть лечебно-диагностической работы, хотя на них приходится не более 40–50% регламентированных штатов и средств производства прикрепленного региона. В этих достаточно трудных условиях немалая часть заболевших, практически минуя обследование в поликлинике, сразу отправляются на больничную койку как в резервный отстойник – там спешить некуда! Последнее – одна из весомых причин того, что лечебная активность стационара порой не превышает 40%. Такая сложившаяся закономерность привела к порочной взаимосвязанной триаде: низкая загруженность амбулаторной диагностики – длительные сроки постановки диагноза – общая нехватка коечного фонда.

К сожалению, большинство указанных закономерностей трудно обосновать имеющимися данными медицинской статистики. Официальные документы учета и отчетности знакомят лишь с общими, «валовыми» выкладками о кадровом составе, парке аппаратуры и выполненных исследованиях. Что же касается качественной стороны – точности и скорости распознавания заболеваний, вклада служб в различные этапы лечебно-диагностического

процесса и пр., эта информация регламентированными документами отчетности не предусмотрена.

Вполне понятна нацеленность национальной программы прежде всего на укрепление материально-технической основы первичного звена здравоохранения. Это относится и к объему поставок, и к номенклатуре выбранного оборудования. Однако такие шаги, несмотря на всю их масштабность, равно как и повышение зарплаты кадрового состава амбулаторных медицинских учреждений, пока далеки от необходимых системных решений.

А они должны затрагивать сами основы конструкции системы здравоохранения и в первую очередь предусматривать реформирование нормативно-правового регулирования охраны здоровья населения Российской Федерации.

### ***Понятие «качество медицинской помощи»***

Стратегическая цель развития здравоохранения и краеугольный камень системы охраны здоровья – доступность и качество медицинской помощи. Эта задача обозначена в решении коллегии Минздравсоцразвития РФ от 26 ноября 2004 г. (протокол № 1) «О мерах по модернизации системы здравоохранения в РФ». При этом подчеркивается, что «без соблюдения данного условия государственные гарантии медицинской помощи носят декларативный характер». Однако при ознакомлении с многочисленной литературой по этому поводу создается впечатление, что «качество медицинской помощи» — это то, о чем все говорят, толком не понимая смысла этого термина.

Действующее российское законодательство не содержит определения понятия «качество медицинской помощи» (деятельности). В научном обороте оно определяется по-разному, чаще всего как результативность медицинских технологий и степень их соответствия современному уровню медицинской науки и практики, установленным стандартам, а также потребностям пациента.

### ***Основные компоненты***

#### ***управления качеством медицинской помощи***

Ее основные механизмы:

- объективная и регламентированная оценка профессиональных возможностей кадрового состава здравоохранения;
- стандартизация основных элементов медицинской деятельности;

- лицензирование лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и процедуры их допуска к осуществлению заявленных ими медицинских видов деятельности.

В настоящее время правовая база оценки квалификации специалистов-исполнителей медицинских технологий состоит из двух элементов: сертификации и аттестации.

Сертификация – важнейший элемент допуска работника к ответственной медицинской деятельности. В большинстве стран медицинская практика разрешается только тем специалистам, которые имеют законченное профессиональное образование, соответствующее государственному образовательному стандарту, государственный документ, подтверждающий это образование (диплом об окончании медицинского учебного заведения), сертификат специалиста и государственную лицензию, дающую право медицинскому работнику выполнять конкретные медицинские технологии.

Под сертификатом специалиста подразумевают специальное разрешение на осуществление самостоятельной профессиональной деятельности по полученной в системе последиplomного образования специальности.

Квалификационные характеристики специалистов (совокупность теоретических знаний и практических навыков, дающая право на осуществление самостоятельной профессиональной деятельности), составляющие основу сертификации, были утверждены Минздравом СССР для врачей (приказ МЗ СССР от 21 июля 1988 г. «Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов») и Минздравом РФ для среднего медицинского персонала (приказ МЗ РФ от 19 августа 1997 г. «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала»). К этому добавились приказ Минздравмедпрома РФ от 19 декабря 1994 г. № 286 «Об утверждении Положения о порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности» и приказ Минздравмедпрома РФ от 17 ноября 1995 г. № 318 «О Положении о квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста», которые обосновывали четкую схему кадровых изменений в сфере здравоохранения на перспективу.

Порядок аттестации на присвоение квалификационных категорий регулируется приказом МЗ РФ от 9 августа 2001 г. № 314 «О по-

рядке получения квалификационных категорий».

В последние годы система оценки квалификации медицинских кадров «потеряла» часть своей юридической базы и, кроме того, достаточно далека от современных требований.

В 2000 г. приказы от 19 декабря 1994 г. № 286 и от 17 ноября 1995 г. № 318 были отменены приказами № 4 и № 327 Минздрава РФ от 11 января 2000 г. и 30 августа 2000 г. в связи с письмом Министерства юстиции РФ от 5 ноября 1999 г. № 9168-ЮЧ в целях упорядочения ведомственных нормативно-правовых актов. Отмена этих приказов, регулировавших технологию сертификации, создала правовой вакуум в данном вопросе.

Порядок сертификации в настоящее время не регулируется каким-либо нормативным актом, однако эта процедура осуществляется достаточно широко, причем на платной основе.

Не соответствует требованиям времени и существующая система аттестации сотрудников здравоохранения, ориентированная скорее на косвенные признаки профессионализма, которые далеко не всегда могут служить надежными критериями профессиональных возможностей (стаж работы по специальности, занимаемая должность, наличие ученой степени или звания), нежели на владение конкретными знаниями и практическими навыками.

Поскольку роль медицинских технологий в современном здравоохранении чрезвычайно важна, медицинскому персоналу следует в обязательном порядке иметь подтвержденное профессиональным органом право доступа к конкретным медицинским технологиям. Этого требуют интересы пациентов, которые, с одной стороны, нуждаются в специализированной и квалифицированной медицинской помощи, а с другой – в обеспечении их безопасности.

В государстве с рыночной экономикой профессиональные возможности специалиста должны определяться не только указанными формальными квалификационными категориями, но и объемом технологий, к которым он допущен, тем более что требования к знаниям и умениям сотрудника далеко не одинаковы в многоуровневой системе лечебно-диагностического процесса.

Благодаря появлению подобных сведений в сертификате легализуется большое количество весьма ценных технологий междисциплинарного характера, которые в настоящее время не укладываются в «прокрустово ложе» их

обязательной принадлежности к той или иной медицинской специальности. Кроме того, исчезает неприятный для пациента этический момент, связанный с тем, что его обслуживает специалист не высшей, а некой не понятной ему первой или (что еще хуже) второй категории. В новых условиях обследование или лечение должен осуществлять лицензированный по строгим меркам специалист в рамках тех технологий, к которым он допущен.

Однако в соответствии с федеральным законом от 8 августа 2002 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» лицензированию в здравоохранении подлежат только юридические лица и индивидуальные предприниматели (п. 1 ст. 1).

Таким образом, в соответствии с буквой закона основная масса медицинских работников не подлежит лицензированию, поскольку они не относятся к индивидуальным предпринимателям, а являются наемными работниками государственных, акционерных или частных медицинских учреждений.

В этой связи представляется оправданным следующий концептуальный подход к квалификационной оценке медицинских работников:

- Базовый элемент квалификационной оценки специалиста – владение медицинскими технологиями в рамках утвержденных стандартов, составляющих важнейший организационный компонент современного здравоохранения.

- Схема управления качеством медицинской деятельности специалиста – это совокупность процессов сертификации, аттестации и непрерывного образования.

- Сертификат специалиста – документ, который должен подтверждать соответствие подготовки специалиста государственным образовательным стандартам и готовность его к самостоятельной профессиональной деятельности. Сертификат выдается комиссиями профессиональных ассоциаций, которые несут юридическую ответственность за принятое решение.

- Аттестационное приложение к сертификату специалиста – подтверждение его права выполнять лечебно-диагностические процедуры в соответствии с утвержденным списком медицинских технологий и стандартами (протоколами). В основу аттестации специалиста кладется степень владения им конкретными медицинскими технологиями. Аттестация рассматривается как правовой допуск специали-

ста к выполнению этих технологий, а не как простой результат профессиональной деятельности в течение определенного времени (стажа).

Если сведения о владении специалистом конкретными медицинскими технологиями находят свое отражение в сертификате в виде указанного обязательного аттестационного приложения, возникают четкие критерии его персональных профессиональных возможностей, реальная база для оплаты труда работника, появляются мотивация к освоению им более сложных технологий и объективная основа для определения степени ответственности при возникновении профессиональных конфликтов.

- Право на аттестацию дает исполнение специалистом нормативов непрерывного образования.

- Свидетельство о непрерывном образовании выдается для учета и подтверждения выполнения специалистом нормативов непрерывного образования и является обязательным документом при подтверждении права специалиста выполнять свои профессиональные обязанности.

- Ведущая роль в процессе сертификации и аттестации медицинских работников отводится профессиональным медицинским ассоциациям, которые создают соответствующие комиссии, аккредитуемые органами здравоохранения и имеющие юридически утвержденный регламент.

### **Медицинские технологии и стандарты**

Основу деятельности здравоохранения составляют применяемые в нем медицинские технологии, каждая из которых, пройдя научную апробацию и процедуру разрешения на использование, требует специфических методических рекомендаций, подготовки соответствующего персонала, материально-технического обеспечения, санитарных правил и т. д. Совокупность технологий, реализуемых в рамках профильных служб, можно рассматривать как своеобразную индустрию оказания медицинских услуг, подчиненную концепции (доктрине) здравоохранения. Для правильного понимания медицинской технологии необходимо учитывать ее двухкомпонентный характер – сочетание подготовленных специалистов и соответствующих рабочих мест. Право на применение в практической деятель-

ности медицинских технологий предусматривает утверждение на национальном уровне их список, «привязанных» к номенклатуре специальностей в здравоохранении. Отсюда следует требование до работы над конкретными технологиями создать список по крайней мере наиболее часто используемых технологий.

Пока реестрами медицинских технологий располагают лишь службы лабораторной и лучевой диагностики. В последнем случае их два – федеральный (приказ Министерства здравоохранения от 14 сентября 2001 г. № 360) и московский (приказ департамента здравоохранения Москвы от 4 декабря 2001 г. № 534).

Столичная инициатива была вынужденной, поскольку федеральный список не содержал и половины технологий, применяемых в практических медицинских учреждениях. Данное обстоятельство имеет не только профессиональное, но и юридическое, и экономическое значение. То, чего нет в перечне, нельзя делать и оплачивать, хотя это существует в тарифном соглашении с Московским фондом медицинского страхования, – типичный пример конфедерализма, обусловленный профессиональной слабостью вышестоящего уровня. Кроме того, приказ по Москве об утверждении обсуждаемого реестра в отличие от федерального содержал поручение о ежегодной ревизии документа и подготовке предложений по его пересмотру, что отвечает здравому смыслу.

Разработка медицинских технологий в соответствии с перечнями должна основываться на их жесткой подчиненности единым нормам и требованиям к лечебно-диагностическому процессу, которые базируются на установленных наукой и практикой результатах и тем самым гарантируют определенную стабильность качества продукта или услуги. Такой регулирующий механизм – стандартизация (в практике большинства стран — протоколирование). Стандарты (протоколы) содержат необходимые технологии и алгоритмы их использования применительно к конкретным клиническим ситуациям.

В существующей модели нормативно-правового регулирования здравоохранения определение «лечебно-диагностический стандарт» отсутствует. Под стандартом понимается минимальный для каждого региона объем медицинских вмешательств (процедур, набора лекарственных средств), подлежащих оплате страховыми медицинскими организациями.

При этом полностью игнорируется исход заболевания как критерий качества оказываемой медицинской услуги, что не позволяет оценить экономическую эффективность лечебно-диагностического процесса. Краткость изложения, обезличенность, исключение из процесса подготовки стандарта профессиональных медицинских сообществ, выраженное давление со стороны коммерческих структур (производителей рекомендуемых лекарственных препаратов и медицинского оборудования) – все это приводит к тому, что с помощью существующих стандартов контролируются главным образом расходы и в то же время никак не учитывается благо пациентов, мнение которых о качестве услуги вообще не принимается в расчет. Современное здравоохранение к рубежу нового – XXI века оказалось в принципиально иной социальной среде по сравнению с началом прошлого столетия:

- Изменилась социальная обстановка, трансформировалась иерархия угроз здоровью населения (на первые места выдвинулись новые проблемы, которые предстоит решать какими-то иными, чем ранее способами).
- Медицинская помощь стала доступной несравненно большей части населения и при этом весьма затребованной и поэтому превратилась в услугу массовую.
- Вследствие этого сама медицинская специальность стала массовой. В здравоохранении только в России работают почти 2 млн человек.
- Диагностические и лечебные технологии пережили и продолжают переживать подлинную революцию. Каждый год рождает и приносит в медицинскую практику десятки новых способов распознавания и лечения заболеваний, что коренным образом меняет подходы к ним.

Возникает естественный вопрос: как в этих условиях обеспечить населению массовую, но находящуюся на современном научном уровне медицинскую помощь силами усредненно-квалифицированных специалистов (массовость персонала естественно исключает его поголовную талантливость).

Один из способов решения этой проблемы (но отнюдь не единственный) – внедрение в медицинскую практику диагностических и лечебных стандартов (протоколов, рекомендаций).

Следует иметь в виду, что стандарт не должен догматически предписывать обязательные

действия врача. Он должен быть обучающим и наставляющим документом, основанным всюду, где это возможно, на материалах доказательной медицины. Необходимо разработку критериев лечебно-диагностических стандартов поручить профессиональным организациям.

При наличии соответствующего для данной клинической ситуации стандарта врач имеет полное право отклониться от него, но в обязательном порядке обосновав свое действие и взяв ответственность на себя. В то же время жесткое следование шаблону при неумении учесть индивидуальную ситуацию также рассматривается как недостаток профессионализма.

В России идет нерегулируемый процесс создания произвольных стандартов (рекомендаций), основанных на текущей практике и мнениях экспертов. Свои программы «стандартизации» сочиняют представители как федерального, так и региональных министерств здравоохранения, однако достаточно полного федерального свода лечебно-диагностических критериев до настоящего времени нет.

Кроме того, в России так и не была сформирована нормативная процедура их создания. Без утвержденного регламента возникновения текста стандартов, его последующего обсуждения, редактирования, рецензирования существует серьезная опасность появления свода критериев низкого качества, способных лишь навредить медицинской практике и усугубить финансовые проблемы здравоохранения. Для создания лечебно-диагностических стандартов необходима центральная координирующая организация. К сожалению, в России ее выбор был сделан не на основании коллегиального признания авторитета, а по административному решению.

Поскольку глубина и результативность решения диагностических, лечебных и прочих задач на разных уровнях здравоохранения различны, необходимо два вида (уровня) стандартов: максимальные и минимальные. Первые содержат набор технологий, отвечающих современным разработкам, и их создание относится к творчеству ведущих научно-профессиональных коллективов. Минимальные критерии очерчены границами утвержденных гарантий медицинской помощи и формируются в территориальных (региональных) органах здравоохранения. Они достаточно конъюнктурны, поскольку выступают компромиссом

между максимальными стандартами и возможностями регионального или ведомственного бюджета.

**Лицензирование  
лечебно-профилактических  
медицинских учреждений (ЛПУ)**

Оно должно осуществляться в соответствии с «Положением о лицензировании медицинской деятельности», утвержденным постановлением правительства РФ от 22 января 2007 г. Создается мощная государственная инфраструктура федерального масштаба, которой делегировано право на экспертизу, но при отсутствии доказательной базы процедуры. В результате выдача лицензии (как и отказ в ее предоставлении) будет носить субъективный характер, что чревато серьезными отрицательными последствиями – от неадекватного регулирования качества медицинской помощи до возможности неформальных отношений с лицензиатом. Остается лишь надеяться, что новый документ предусматривает появление последующих актов, ликвидирующих его «белые пятна».

В «Положении о лицензировании медицинской деятельности» не предусмотрен такой важнейший критерий соответствия, как наличие у ЛПУ возможности следования утвержденным стандартам (протоколам) и медицинским технологиям в лицензируемой области. А оно гарантирует обоснованность основных диагностических и лечебных действий и служит контрольной базой проверки качества медицинской помощи и оценки легальности избранной врачом лечебно-диагностической тактики.

Таким образом, существующий регламент лицензирования ЛПУ не носит объективного характера и не может быть механизмом регулирования качества медицинской помощи населению, поэтому с позиции концепции, ставящей во главу угла медицинские технологии, целесообразны такие дополнения в действующие правила лицензирования:

- В лицензионной заявке должен быть указан перечень диагностических и лечебных стандартов в основных направлениях деятельности подразделений ЛПУ, на проведение которых оно претендует.

- В заключении лицензионной комиссии обязательно указание степени готовности ЛПУ к реализации заявленных видов лечебно-диагностической деятельности (оснащенность в

соответствии с действующими табелями и стандартами для медицинских технологий, наличие сертифицированных и аттестованных адекватно технологиям кадров и др.).

- В состав лицензионной комиссии в обязательном порядке должны быть введены медицинские специалисты по рекомендации профессиональных ассоциаций.

К механизмам управления качеством в здравоохранении, судя по официальным документам, относится также аккредитация. В большинстве государств это официальное признание компетентности физического или юридического лица в определенной сфере профессиональной деятельности, вплоть до делегирования права на ее выполнение.

Аккредитация трактуется как официальное признание компетентности физического или юридического лица выполнить работу в определенной области, отражая и технический аспект управления качеством медицинской помощи – соответствие оснащения и оборудования объекта тем требованиям к ним, которые позволяют эффективно применять медицинские технологии в интересах населения.

Обязательность проведения аккредитации нормативно закреплена в ст. 21 закона РФ от 28 июня 1991 г. №1499-1 в редакции от 23 декабря 2003 г. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Но правоустанавливающие документы в этом разделе системы управления качеством предусмотрены только для клиничко-диагностических лабораторий, затрагивая лишь технический компонент аккредитации, и его действие распространяется только на сферу лабораторной диагностики. А вышеупомянутой практики делегирования части управленческих функций, как правило, научно-профессиональным сообществам в российской действительности нет.

Само толкование понятия «аккредитация» позволяет усомниться в отнесении ее к основным механизмам управления качеством, поскольку речь идет лишь о передаче той или иной функции с сохранением контроля со стороны вышестоящей инстанции, тактический прием в системе организации, как правило, обеспечивающий более высокий профессионализм в решении повседневных проблем.

Включение аккредитации в перечень основных механизмов управления качеством медицинской помощи в РФ, вероятно, обусловлено тем, что под этой процедурой понимается тех-

нический аспект управления – соответствие оснащения и оборудования рабочего места требованиям, которые позволяют эффективно применять медицинские технологии в интересах населения.

**Профессиональные объединения – обязательные участники управления здравоохранением**

Множество существующих проблем можно решить только при жестком профессиональном вмешательстве. Многие десятилетия управление здравоохранением было полностью в руках так называемых органов здравоохранения. Возможности медицинского персонала, специалистов ограничивались лишь врачебным искусством, педагогическим процессом или научными изысканиями, но без права принятия серьезных организационных решений. В этих условиях и сформировался поныне существующий институт профильных научных обществ, сосредоточенных на задачах научно-педагогического взаимодействия участников. Вопросы конструирования служб, их нормативной базы, порядка подготовки и аттестации кадров оставались за пределами отведенного им «игрового поля» и относились к прерогативе «аппарата». Медики привыкли к тому, что их организуют, аттестуют, им покупают оборудование и т. д. Не пора ли задуматься о делегировании части управленческих полномочий профессиональным структурам с сохранением контроля со стороны ведомства через аккредитацию и лицензирование, как это сделано в большинстве стран мира?

Безусловно, если речь идет о распределении бюджетных ассигнований, последняя и решающая подпись – прерогатива государст-

венного чиновника, но обоснование этих затрат – за профессионалами. Другое дело, что вследствие отлучения профессионалов от управления большинство из них не умеют этого делать. Придется постигать тайны организационной работы. В противном случае мы станем свидетелями окончательного возобладания бюрократического администрирования над врачеванием.

Здесь не может быть двух мнений: впереди – медицинская технология, и только потом – организационная надстройка.

Из сказанного следует, что нужны новые формы профессионального взаимодействия. Наши научные общества должны выйти за рамки чисто академических интересов и активно заниматься насущными вопросами повседневной профессиональной жизни, главный из которых – медико-экономическое обоснование индустрии здравоохранения.

**Заключение**

Существующая система контроля медицинской деятельности не в состоянии регулировать качество предоставляемых населению услуг, что исключает возможность эффективного управления столь важной индустрией. По мнению общественности, профессиональный уровень административных органов в сфере здравоохранения неуклонно снижается. Очевидна необходимость подготовки множества правовых актов, которые приведут здравоохранение в соответствие как с социальными запросами, так и с состоянием современной науки. Без этого шага невозможно достижение обозначенной стратегической цели развития отрасли и ее включения в систему рыночных отношений. ■