

### Уважаемые коллеги!

*В завершающий период формирования этого номера журнала в Москве в мае прошел VIII съезд рентгенологов и радиологов России, до того объявленный на сентябрь 2001 г. в Челябинске.*

*Съезд оставил довольно двойственное впечатление. Доклады на съезде показали, что радиологи России проводят много исследований на современном технологическом уровне, располагают интересными научно-практическими данными, с которыми можно ознакомиться в изданных к съезду материалах.*

*Однако на съезде так и не были обсуждены все более обостряющиеся проблемы развития отечественной медицинской радиологии, хотя к этому предрасполагало широкое представительство специалистов из всех регионов России. Возможно, именно этим и был обусловлен интенсивный отток участников на последних этапах работы съезда. Мы полагаем, что в современных условиях большие общероссийские форумы должны быть подлинным механизмом решения назревших профессиональных задач.*

*Съезд завершался при катастрофическом отсутствии кворума, и как теперь относиться к проекту решения, если при голосовании участвовало в три с лишним раза (!) меньше делегатов, чем положено по уставу? (Если, конечно, демократия не пустой лозунг, а норма жизни профессионального сообщества.)*

*Возможно, что воссоздание полноценной и достойной нашей страны Российской ассоциации радиологов, объединяющей всех лучевых специалистов — врачей-радиологов всех направлений, рентгенолаборантов, медицинских сестер, медицинских физиков, инженеров, разработчиков и производителей профильной техники, должно совершаться **снизу**, а не **сверху**, то есть путем добровольного объединения региональных ассоциаций. Именно такой Ассоциации, таким региональным обществам должны быть делегированы многие функции по организации и развитию медицинской радиологической службы России, которые ныне — с весьма малым эффектом — находятся в ведении зачастую некомпетентных чиновников. Без этого медицинская радиология, бурно развивающаяся на рубеже тысячелетий, будет обречена в нашей стране на дальнейшее отставание или, в лучшем случае, — на стагнацию.*

*Редакция журнала помещает в номере доклад Московского объединения медицинских радиологов, предложенный участникам съезда.*

## Организационные основы российской лучевой диагностики: необходимость перемен

*Л.Д. Линденбратен, Ю.В. Варшавский, А.В. Зубарев, В.В. Китаев*

Лучевая диагностика (диагностическая радиология) представляет собой совокупность методов изучения человеческого организма, основанных на использовании различных физических явлений и свойств рентгеновского излучения, акустических волн ультразвукового диапазона, ядерно-магнитного резонанса, позитронной эмиссии, взаимодействия органов и систем организма с радиоактивными элементами, теплового излучения и др. Прогресс в области фундаментальных исследований и внедрение их результатов в практику предопределяет углубление содержания и расширение границ лучевой диагностики в будущем.

Основу лучевой диагностики составляют ее медицинские технологии, каждая из которых, пройдя научную апробацию и процедуру разрешения на применение, требует специфических методических рекомендаций, технологического оборудования, санитарных правил, медико-технического контроля, подготовки обслуживающего персонала, экономического обоснования и т.п.

Реализация технологий лучевой диагностики осуществляется в рамках службы лучевой диагнос-

тики, включающей подразделения рентгеновской, ультразвуковой, радионуклидной, рентгеновской и магнитно-резонансной компьютерной томографии, ангиографической, рентгенохирургической и термографической диагностики. Вполне допустимо воспринимать службу лучевой диагностики как индустрию оказания медицинских услуг, конструкция которой должна быть подчинена концепции здравоохранения. Речь идет о последовательной структуризации высокотехнологичного производства (пронизывающего иерархию отрасли), включающего в себя медико-экономически обоснованные и взаимосвязанные циклы и операции с соответствующими организационными решениями, штатным и материальным оснащением, дифференцированными селективными маршрутами и унифицированной документацией.

Каково же реальное состояние нашей службы? Объективная оценка ситуации затруднена, так как большинство приводимых далее закономерностей выявлены инициативно, а не взяты из существующей медицинской статистики. Официальные документы учета и отчетности знакомят нас лишь с об-

шими, “валовыми” выкладками о кадровом составе, парке аппаратуры и выполненных исследованиях. Что же касается качественных сторон – точности и скорости распознавания заболеваний, вклада службы в диагностический процесс, то эта информация регламентированными документами отчетности не предусмотрена.

Тем не менее, очевидно, что накопленные кадровые и материально-технические ресурсы службы используются неэффективно и не оправдывают вложенных ассигнований. В существующей системе службы отсутствуют оптимальные структуры штатов и средств, принцип этапности с разграничением уровней и унификацией методов на каждом этапе, нормативы, преемственность, сортировка и регламентация каналов движения пациентов, а также учет и отчетность, позволяющие квалифицировать деятельность службы по конечному результату.

Стремление максимально приблизить средства диагностики к пациенту привело к их крайнему рассредоточиванию, при котором возможности индустриализации труда, ресурсосбережения и контроля качества технического парка резко ограничены. Это, в свою очередь, обусловило предельно низкие продуктивность и качество лучевой диагностики, особенно на уровне амбулаторного звена. Не менее 70% деятельности подразделений службы в учреждениях стационарного типа связано с дублированием поликлинических исследований или обследованием пациентов с “нулевого цикла”. В сложившемся порядке головные лечебно-профилактические учреждения несут на себе основную заботу по оказанию диагностической помощи, хотя в их составе не более 40% штатов и средств лучевой диагностики административной территории. Перенос значительной части диагностической работы на больничный этап – одна из весомых причин низкой лечебной активности стационарного звена.

Серьезная причина длительности и малой результативности диагностического процесса – разрозненность и отсутствие самоуправления этой деятельностью. Являясь сложным и самым дорогостоящим производством в здравоохранении, диагностика не вычленена как одна из важнейших функций здравоохранения. Каждое звено диагностической цепи, в том числе в службе лучевой диагностики, действует как автономная инстанция: никто из диагностов не координирует весь процесс распознавания болезней и не отвечает за его конечный итог.

Построение службы лучевой диагностики, номенклатура используемых рабочих мест, как правило, однотипны. Нет привязки медицинских технологий, а соответственно и табеля оснащения, к месту лечебно-профилактического учреждения в иерархии отрасли и обслуживаемому клиническо-

му направлению. К сожалению, это не предусматривается и процедурой лицензирования. Почти повсеместно прослеживается монотонная картина “кабинетов-близнецов” вопреки разнородности их функционального назначения. Общая конструкция службы игнорирует “разноэтажность” диагностического процесса, который предусматривает следующие этапы:

- отбор (скрининг), основанный на весьма широком, но поверхностном знании, главным образом, общей семиотики;

- постановка нозологического диагноза, связанного с объединением различных технологий чаще в пределах одной-двух дисциплин, но уже с акцентом на владение частной семиотикой;

- формулировка внутриназологического диагноза, требующая усилий многих служб и, следовательно, междисциплинарного подхода.

К основным причинам, сдерживающим развитие службы лучевой диагностики, относятся:

- отсутствие ее современной концепции, согласованной с доктриной диагностической деятельности здравоохранения;

- неоптимальное структурирование службы в лечебно-профилактических учреждениях;

- недостаточное ни по объему, ни по ориентации на современные достижения техническое обновление службы, слабость базы сервисного обслуживания;

- несовершенство системы подготовки, повышения квалификации и аттестации кадров;

- отставание нормативной базы службы от имеющихся методических возможностей и потребностей практики;

- низкая информативность учета и отчетности;

- слабость головных организационно-методических структур, призванных осуществлять анализ, прогнозирование, планирование развития, экспертизу и контроль соблюдения стандартов; низкая эффективность деятельности профильных главных специалистов;

- недопонимание руководителями отдельных направлений лучевой диагностики доказанной всем мировым опытом необходимости интеграции всех разделов, составляющих диагностическую радиологию.

Более глубокому осмыслению сложившегося мешает ошибочное исключение здравоохранения из сферы производства материальных ценностей – производства с присущими ему технологическими маршрутами, табелем оснащения, штатным обеспечением и прочими атрибутами, каждый из которых имеет конкретную стоимость. В результате система медицинской помощи, включая службу лучевой диагностики, не имеет экономической основы,

что предопределяет ее отставание в реформировании народного хозяйства.

Качественная характеристика и количественные объемы планируемых медицинских услуг, в частности по их диагностическому разделу, отвлекающему из бюджета отрасли не менее 60% ассигнований, определяются так называемыми отрицательными показателями здравоохранения (заболеваемость, заболеваемость с временной утратой трудоспособности, инвалидность и смертность) плюс нередко забываемой обрабатываемостью. На этой основе нозологические формы ранжируются с позиций социальной значимости.

Реально же обследование пациента начинается с его жалоб, складывающихся в определенный клинический синдром. Для каждого синдрома должен существовать оптимальный диагностический алгоритм, учитывающий возможности различных методов исследования с точки зрения их пользы, риска и экономики. Понятно, что любые алгоритмы нуждаются в постоянном пересмотре с учетом последних медико-технических достижений.

В конечном итоге согласованные алгоритмы “обрастают” методическими рекомендациями, штатным обеспечением, техническим оснащением, санитарными правилами, требованиями к профессиональной подготовке персонала, рекомендациями по контролю за состоянием парка аппаратуры, экономическими выкладками — т.е. всем тем, что составляет некий общий стандарт той или иной технологии.

К сожалению, в “портфеле” научных исследований отсутствует направление, связанное с медико-экономическим обоснованием используемых в здравоохранении медицинских технологий. Служба пока действует в давно устаревших ориентирах. Применяемые технологии весьма далеки от желаемого и возможного их уровня. Даже в тех случаях, когда имеет место их планирование, оно неизбежно привязывается к уже сложившемуся укладу, вдобавок, ограниченному и внутриведомственными подходами. Общая линия, пронизывающая несколько сфер бюджетных ассигнований, как правило, не просматривается. Нередко значительные расходы по линии соцобеспечения компенсируют низкую результативность укоренившихся методов диагностики, но это уже не беспокоит органы здравоохранения, поскольку является проблемой другого ведомства. По данному разделу лучевая диагностика нуждается в тщательной ревизии используемых технологий с позиций их медико-экономического обоснования, а также в активизации разработки основных ее стандартов.

Чрезвычайно важная задача — современное материальное оснащение службы лучевой диагнос-

тики, и в частности формирование отечественного производства профильной аппаратуры и оборудования.

Основные инвестиции в техническую базу лучевой диагностики были сделаны на рубеже 70–80-х гг. на пике нефтерубля, что объясняет массовый физический износ к настоящему времени имеющегося парка оборудования. Последующие акции по техническому перевооружению, несмотря на значительные объемы выделенных средств, носили в общем косметический характер и существенно не повлияли на картину службы в целом. Помимо физического износа, аппаратура устарела и морально и, что чрезвычайно важно, вошла в противоречие с современными требованиями радиационной безопасности.

Давно назревшая необходимость реорганизации службы по принципу трехуровневой концепции консультативно-диагностической помощи должна сопровождаться вытеснением из программ обследования “дозообразующих” технологий более безопасными и информативными методами, ужесточением мер по снижению дозовых нагрузок на пациентов и персонал, а также отказом от ряда рутинных методов в пользу передовых высокоинформативных технологий.

Требуется серьезная корректировка политики материально-технического оснащения службы, в основу которой по ее рентгеновскому разделу должны быть положены следующие решения:

- установка в большинстве амбулаторно-поликлинических учреждений простейших рентгенографических аппаратов;
- создание новых и укрепление существующих специализированных клинических направлений с их оснащением оборудованием целевого назначения (маммографы базового типа с устройством для прицельной биопсии, остеоденситометрическая техника, стоматологические радиовизиографы, ортопантографы и т.д.);
- активное внедрение цифровых методов регистрации, обработки, передачи и хранения медицинских диагностических изображений;
- оптимизация состава оборудования в консультативно-диагностических центрах с учетом их клинического направления, а также в стационарных лечебно-профилактических учреждениях путем создания специализированных рабочих мест;
- приоритетное оснащение крупных лечебно-профилактических учреждений больничного типа рентгеновскими аппаратами с дистанционным управлением и передвижными рентгенохирургическими установками, особенно с системами цифровой регистрации и обработки изображения; формирование на базе этого оборудования рентгенохи-

ругических кабинетов (блоков, операционных), предусматривающих совмещение диагностических и лечебных процедур;

– повышение удельного веса компьютерно-томографической техники в парке радиологического оборудования, что позволит резко увеличить информативность исследований, избавиться от большого числа рутинных рентгенологических методик, снизить или полностью ликвидировать радиационное воздействие на пациентов и персонал.

Не вызывает сомнений, что служба лучевой диагностики в своей материальной базе тесно привязана к мировому рынку медицинской техники. Однако возможности этого рынка пока используются не в самом выгодном для России направлении. Преимуществом обладают иностранные кредитные линии, причем только в виде покупки готовых изделий. Последнее лишь частично удовлетворяет существующие потребности из-за высокой стоимости продукции. Как правило, импорт не распространяется на передовые технологии – в основном преобладают разработки десятилетней и большей давности. Та же тенденция прослеживается и в создании совместных производств: под термином “русификация совместного изготовления продукции” по сути дела скрывается колониальный характер внешнеэкономической деятельности ин-партнеров. Предоставляемые кредиты, не попадающие в Россию, имеют своей целью укрепление зарубежной индустрии за счет “сбрасывания” нам уходящих технологий. В результате отечественный рынок оказывается открытым для экспансии зарубежных фирм, что не блокируется существующими инструментами лицензирования и квотирования. Мало того, навязываемый табель оснащения искусственно препятствует цивилизованной эволюции службы лучевой диагностики. Последнее наглядно демонстрирует спецификация рентгеновского оборудования в рамках кредита Мирового банка, не говоря о несоответствии некоторых изделий техническому заданию Минздрава РФ, условиям тендера и контракта.

Поставщики широко и эффективно используют низкий профессионализм лиц, участвующих в составлении контрактов. Нередко конкурсы по централизованным закупкам медицинских изделий проводятся без глубокого анализа соотношения цены и качества товара и, по сути, носят чисто формальный или предопределенный характер.

Еще совсем недавно перевооружение службы лучевой диагностики путем приобретения оборудования по низким ценам у отечественных производителей не приносило удовлетворения из-за плохого качества продукции в связи со стремлением изготовителей использовать только отечествен-

ную комплектацию. В настоящее время положение начало меняться. В России появились производители нового типа, работающие на принципах интеграции с зарубежными партнерами. Это позволило заметно снизить стоимость их аппаратуры при обеспечении достаточно высоких ее медико-технических характеристик. Наглядный тому пример – разработка и серийный выпуск семейства цифровых систем для флюорографии органов грудной клетки, рентгеновских маммографов, проявочных автоматов, а также все более расширяющиеся возможности выпуска магнитно-резонансных томографов собственного изготовления. Однако, несмотря на высокие декларации, стратегии и тактики протекционизма своему производителю пока не существует. Немаловажно еще одно обстоятельство. Как правило, зарубежные специалисты, причем не из инженерной, а из торговой сферы, до мельчайших деталей информированы о разработках и изготовлении в России конкурентной продукции, в то время как отечественные чиновники, отвечающие за этот раздел, имеют весьма поверхностные представления о вверенном им деле.

Ежегодное пополнение службы лучевой диагностики специалистами, согласно общемировым закономерностям, должно составлять 2–3% от ее кадрового состава. Конкретная численность нуждающихся в подготовке зависит от национальной модели здравоохранения. При интенсивном варианте, свойственном развитым странам, один лучевой диагност приходится на 25–30 тыс. населения, в Российской Федерации – на 6,5 тыс.

Валовые потребности кадрового воспроизводства врачебного персонала отечественной службы – 500–600 специалистов ежегодно (70% – врачи-рентгенологи, 27 и 3% – соответственно врачи, занимающиеся ультразвуковой и радионуклидной диагностикой), покрываются в основном за счет курсов специализации (5 мес для врачей-рентгенологов, 3 мес – для их коллег по ультразвуковой и радионуклидной диагностике) или овладения профессиональными навыками на рабочих местах (без обозначенного срока обучения). В ординатуру попадает не более 10% входящих в службу, что не может существенно изменить общей картины.

В результате такого укороченного варианта “специализации” молодые лучевые диагносты, тем не менее, получают формальное право на выполнение любого исследования, хотя достигнутый уровень квалификации не обеспечивает им конкурентоспособность в профессиональной среде и не защищает пациентов от возможности лечебно-диагностических ошибок. Издержки такой подготовки известны, и они частично компенсируются почти пожизненными (обязательно – один раз в пять лет)



курсами усовершенствования, большая часть содержания которых должна быть уделом первичной специализации. Одно из следствий этого порядка – вынужденное дробление лучевой диагностики на отдельные специальности, поскольку специалистами де факто становятся не в процессе специализации, а на этапах усовершенствования, посвященных узким разделам дисциплины.

Еще более неблагоприятное положение создается с кадрами среднего медицинского звена. В отличие от практики большинства стран, их подготовка относится к категории второго медицинского образования: учебный план по срокам предельно укорочен, программа не соответствует современным потребностям. В результате рентгенолаборанты по завершении обучения, как правило, не готовы к самостоятельной работе.

И наконец, пока самая безнадежная картина – подготовка инженерно-технического персонала службы, практически не имеющая ни формы, ни содержания.

Повышение профессионализма наших кадров требует поэтапных реформ в рамках дополнительного профессионального образования. Применительно к врачам на стадии переподготовки (специализации) необходимо внедрение единого государственного стандарта – клинической ординатуры, приближающейся к общепринятой в большинстве развитых стран резидентуре. По аналогии с международным опытом учебная программа клинической ординатуры обязана обеспечивать профессиональную деятельность в области рентгенологии и ультразвуковой диагностики как минимум на уровне поликлинического звена.

Специализация по интервенционной радиологии должна быть самостоятельной формой профессиональной подготовки. Это связано не только со спецификой этого раздела клинической деятельности, но и с тем, что основной приток специалистов в “интервенционалисты” происходит из других дисциплин: хирургии, урологии, пульмонологии и т.п. Здесь чрезвычайно актуальны циклы освоения основ радиационной безопасности и методов радиационной защиты для представителей специальностей, не входящих в службу лучевой диагностики, дающие им право на проведение интервенционных лечебно-диагностических манипуляций под рентгеновским контролем.

Многочисленные формы профессиональной подготовки по разделу усовершенствования должны предусматривать также и углубленное овладение знаниями и навыками по органно-системному принципу: лучевая диагностика в неврологии и нейрохирургии, пульмонологии, остеологии, гастроэнтерологии и т.п.

В соответствии с рекомендациями Европейской ассоциации радиологов необходимо внедрить хорошо разработанную в ряде стран систему добровольного непрерывного профессионального образования, предусматривающего изучение актуальных вопросов науки, техники, социально-экономических и других проблем с целью сохранения высокого уровня знаний по избранному направлению. Будучи добровольной, эта форма обучения в отечественных условиях нуждается в отработке не только познавательной мотивации, но и факторов, влияющих на аттестацию, а в случае перехода на международную систему оценки профессионализма и на реаккредитацию.

В плане подготовки среднего медицинского персонала службы реформа должна повлиять на удлинение сроков и модернизацию дополнительной профессиональной переподготовки. Есть смысл апробировать подготовку рентгенолаборантов в виде первичного среднего медицинского образования. Принципы усовершенствования, а тем более система непрерывного медицинского обучения врачей, имеют равное значение и для среднего медицинского персонала.

Не соответствует требованиям времени и существующая система аттестации сотрудников службы, ориентированная, скорее, на косвенные признаки профессионализма (стаж работы по специальности, занимаемая должность, наличие ученой степени или звания), нежели на владение конкретными знаниями и практическими навыками. При этом аттестация среднего медицинского персонала в Российской Федерации, кроме Москвы, отнесена к полномочиям некомпетентной в вопросах лучевой диагностики так называемой “сестринской” комиссии, что привело к потере контроля за ситуацией.

В государстве с рыночной экономикой профессиональные возможности специалиста должны определяться не столько формальными квалификационными категориями, сколько объемом технологий, которыми он овладел и к исполнению которых он допущен. Тем более, что требования к знаниям и умениям сотрудника далеко не одинаковы в трехуровневой системе диагностического процесса. Подобная “шкала измерений” имеет глубоко принципиальное значение. Если сведения о масштабе владения различными методами исследования находят свое отражение в сертификате, появляются четкие критерии персональных профессиональных возможностей специалиста, реальная база для расчета оплаты труда работника, его стремление освоить более сложные (и дорогостоящие!) технологии и, наконец, объективная основа для определения степени ответственности при воз-

никновении профессиональных конфликтов, число которых неуклонно возрастает.

Преодоление отставания в нормативном обеспечении достигается изданием нового приказа ведомства, регулирующего деятельность службы. Кстати, согласно указанию Минздрава РФ от 24.02.99 г. № 152-у, проект этого документа был создан и даже обсужден на совещании наших главных специалистов административных территорий в конце 1999 г. Но его дальнейшая реализация “развалилась” из-за сепаратистской позиции руководящих органов ассоциаций специалистов по ультразвуковой и радионуклидной диагностике, претендующих на самостоятельный регламент деятельности вверенных им подразделений службы.

В проекте нового приказа предусматривалось решение многих наболевших вопросов путем формирования приложений, касающихся ряда конкретных задач: концепции развития службы; перечня медицинских технологий лучевой диагностики; номенклатуры кадрового состава; типового перечня оснащения рабочих мест; информационного обеспечения службы; медико-технического и дозиметрического контроля; подготовки медицинских и инженерно-технических кадров; положения о главном внештатном специалисте по лучевой диагностике Министерства здравоохранения РФ и органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации; 6 положений о подразделениях службы и 12 квалификационных характеристик в соответствии с номенклатурой ее кадрового состава.

Не были забыты и другие “белые пятна”: явно завышенные стандарты размеров рентгеновских кабинетов, влекущие за собой непомерные затраты на основные фонды; несправедливая оплата труда рентгенолаборантов по нижней планке тарифной сетки, связанная с ошибкой при подготовке приказа министерства; отсутствие технических требований к “цифровой” аппаратуре равно как и санитарных правил по эксплуатации МР-томографов; необходимость ревизии регламента предоставления льгот и привилегий работающим в сфере ионизирующего излучения; снятие противоречий между приказами ведомства об отдельных направлениях лучевой диагностики; ставший уже историческим вопрос о старшем рентгенолаборанте и многое другое. Однако все это пока лежит без движения, а новые сотрудники Минздрава уже не знают о совсем недавних распоряжениях своих предшественников.

В последнее время широко обсуждается проблема, известная под названием “гарантии качества”. Тема, более чем близкая нашей технотехнической службе, и здесь мы имеем четкие представления о том, что надо делать. Но не решен главный

вопрос – источник финансирования контроля, обслуживания и сервиса оборудования. В практике других стран эта работа покрывается за счет 10–15% надбавки к цене приобретаемой техники. У нас же доля аналогичных отчислений не превышает 1%. Тем не менее, проблема существует уже давно, и ее значимость возрастет пропорционально увеличению техноёмкости новой и физическому износу старой аппаратуры.

В непосредственной связи с обеспечением “гарантий качества” находится проблема радиационной безопасности пациентов и персонала. Увы, но 75% надфоновой дозовой нагрузки население получает в лечебно-профилактических учреждениях. Более 100 лет медицина широко применяет источники ионизирующих излучений. Будучи увлечены нарастающими возможностями новых технологий, мы, однако, оставили без должного внимания проблему негативного влияния этих излучений на человеческий организм. Вместе с тем, накопленный опыт медицинских радиологических исследований уже давно высветил так называемый “радиационный аспект”, отражающий последствия этих процедур.

Реализация Федерального закона “О радиационной безопасности населения” в здравоохранении пока свелась к ужесточению санкций со стороны структур Госсанэпиднадзора на местах, которые в ряде случаев приобрели форму бюрократического рэкета. Таким путем задача уменьшения облучения при выполнении медицинских услуг решена быть не может. В этой работе следует выделить следующие направления:

- медицинское, связанное с выбором технологий на основе баланса между их риском и пользой, а также с соблюдением технологической дисциплины;
- техническое, включающее многие факторы, начиная от повышения чувствительности приемников излучения вплоть до постоянного совершенствования средств радиационной защиты;
- организационное, предусматривающее уменьшение дублирования исследований, связанных с применением источников ионизирующих излучений, особенно в педиатрии; издание нового приказа Минздрава, регулирующего деятельность службы лучевой диагностики;
- контрольно-надзорное, основанное на ведомственном контроле органами здравоохранения за качеством технических средств диагностической и терапевтической радиологии и надзоре со стороны структур ГСЭН за соблюдением требований радиационной гигиены в лечебно-профилактических учреждениях;
- образовательное, направленное на повышение компетентности сотрудников в вопросах радиационной безопасности.

И последнее. Формирование концепции развития нашей службы оказалось весьма трудным делом без ее согласованности с пока отсутствующими общими принципами диагностической деятельности здравоохранения. К сожалению, в этой сфере есть лишь отдельные документы локального свойства, главным образом посвященные организации диагностических центров. Уже при разработке этих документов было ясно, что необходима концентрация средств диагностики, интеграция методов, совмещение на одном рабочем месте диагностических и лечебных процедур и т.п. Вместе с тем, указанные директивные документы не посягали на общую систему оказания медицинской помощи, оставляя без изменения все сложившееся. И это не случайно, поскольку ведомство здравоохранения не располагало и не располагает доктринами развития отрасли, без которой все эти вопросы не могут быть решены. Подобная позиция вполне логична для системы административного распределения, способной поддерживать существующий порядок, но не умеющей создать новый.

Разрешение ситуации возможно только при жестком профессиональном вмешательстве. Многие десятилетия управление службами было отдано в руки так называемых органов здравоохранения. Возможности мастеров нашего дела ограничивались лишь врачебным искусством, педагогическим процессом или научными изысканиями, но без права принятия серьезных решений. В этих условиях и сформировался поныне существующий институт профильных научных обществ, сосредоточенных на задачах научно-педагогического взаимодействия участников. Вопросы конструкции служб, их нормативной базы, порядка подготовки и аттестации кадров оставались за пределами отведенного им

“игрового поля” и относились к прерогативе “аппарата”. Мы как бы привыкли к тому, что нас организуют, аттестуют, нам покупают оборудование.

Служба лучевой диагностики – в числе восьми курируемых конкретным сотрудником министерства. За последние 15 лет на этом посту сменились многие. Достаточно назвать еще одну из остальных семи служб – лабораторное дело, чтобы понять обреченность нынешнего администрирования и нашу печальную участь. А 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 государственного чиновника, но обоснование этих затрат – за профессионалами. Другое дело, что вследствие отлучения профессионалов от управления большинство из них не умеет этого делать. Что же, придется постигать тайны организационной работы; в противном случае мы станем свидетелями окончательного возобладания 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 профессиональные общества должны выйти за рамки чисто академических интересов и активно заниматься насущными вопросами повседневной профессиональной жизни, главный из которых – медико-экономические обоснования обустройства службы в индустрии здравоохранения.



## Новые книги

Должностные инструкции среднего медицинского персонала вспомогательных лечебно-диагностических служб. Сборник нормативных документов. М.: Грантъ, 2001. 80 с.

В книге содержатся положения о рентгенодиагностическом отделении, отделении ультразвуковой диагностики, отделении функциональной диагностики, а также примеры должностных инструкций для сотрудников указанных отделений.

Охрана труда персонала отделений лучевой диагностики и лучевой терапии. М.: Грантъ, 2000. 199 с.

Гусаров И.И. Радонотерапия. М.: Медицина, 2000. 200 с.

Ищенко Б.И., Бисенков Л.Н., Тюрин И.Е. Лучевая диагностика для торакальных хирургов. СПб.: ДЕАН, 2000. 346 с.

Шабалин А.В., Шабалин И.В. Клиническая ультразвуковая диагностика у детей и подростков: Атлас. Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000. 298 с.