

Некоторые проблемы реформы здравоохранения с позиций лучевой диагностики

Ю.В. Варшавский, В.В. Китаев, В.В. Ершов

Научно-практический центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения
г. Москвы

Основная задача системы здравоохранения — доступность для всех слоев населения качественной медицинской помощи, соответствующей современному состоянию медицинской науки. Проблема общего состояния здоровья населения в значительной (но не полностью) степени социальная, а не строго медицинская проблема. Она не рассматривается в данной статье.

Объявление и начало реализации приоритетного Национального проекта в сфере здравоохранения вызвали резкое увеличение числа выступлений и публикаций, относящихся к теме реформирования этой отрасли народного хозяйства. На переднем плане — подкрепленная убедительными примерами обеспеченность ситуацией, общее мнение о необходимости дополнительного финансирования, но... почти при 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.

Глубокому осмыслению сложившегося положения мешает ошибочное исключение здравоохранения из сферы производства материальных ценностей с присущими ему технологическими 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 обслуживания пациентов убедительно 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 созданные в другие времена и при других медико-социальных условиях организационные надстройки, которые живут собственными внутренними интересами и требуют традиционно подтверждаемых расходов. Далек от желаемого и применяемые технологии, структура и нормативы штатов и средств, разграничение полномочий в иерархии учреждений, преемственность их деятельности, не говоря об учете и отчетности, призванных быть инструментом в оценке 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 относится к заботам и финансированию уже другой отрасли.

Очевидно, что указанные факторы во всей их полноте не осознаны обществом и государственными структурами (от которых зависит принятие решения), поскольку до сих пор не просматривается реалистических разработок 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 тот факт, что при обсуждении, внедрении и контроле за исполнением Национального проекта первые лица государства не используют термин “реформа системы здравоохранения”. Сделан лишь первый шаг по ликвидации ее бедности и нивелированию серьезных деформаций в организации медицинской помощи, но необходимость и своевременность этого шага не может вызывать никаких сомнений.

На наш взгляд, мотивация проекта исходила из следующих положений. Учитывалось, что медицинская отрасль стала максимально технoзависимой и фондоемкой. Но основные инвестиции в ее материально-технический фундамент были сделаны еще на рубеже 70–80 годов прошлого века, на пике советского “нефтерубля”, что объясняет массовый к настоящему времени износ и моральное старение имеющихся средств. Последующие акции по техническому перевооружению, несмотря на значительные объемы выделенных средств, носили в общем косметический характер и существенно не повлияли на изменение ситуации в целом.

В наибольшей степени пострадала так называемая первичная сеть – система амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения, так что эффективность амбулаторного звена стала предельно низкой. Даже при соблюдении необходимой оснащенности и обеспеченности кадрами возможности реализации лечебно-диагностического оборудования оказались весьма скромными (коэффициент его использования при преимущественной работе по односменному графику составляет 40–50%). Еще хуже обстоит дело с номенклатурой и качеством исследований. В связи с этим огромное количество обследованных в поликлиниках направляется в квали-

фицированные учреждения более высокого ранга, причем не менее 40% пациентов адресуются неправильно(!).

В результате любой главный врач крупной больницы подтвердит, что не менее 70% организованного потока подвергается “переделке” или обследуется 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 таких достаточно трудных условиях немалая часть заболевших, практически минуя обследование в поликлинике, сразу отправляется 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 триаде: низкая загруженность амбулаторной диагностики – длительные сроки постановки диагноза – общая нехватка коечного фонда.

Вполне понятно стремление национальной программы прежде всего укрепить материально-техническую основу первичного звена здравоохранения. Это относится и к объему поставок, и к номенклатуре выбранного оборудования. Однако такой шаг, несмотря на всю его масштабность, равно как и повышение зарплаты кадрового состава амбулаторных медицинских учреждений, пока далек от понятия системных решений.

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

Все вышеуказанные проблемы можно отнести ко всей системе здравоохранения, но они полностью приложимы и к службе лучевой диагностики, которая является наиболее технoзависимой и требует в настоящее время высочайшей квалификации от специалистов, работающих на ее передовых рубежах.

Наряду с доступностью медицинской помощи стратегической целью развития здравоохранения является ее качество. Эта цель 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”. Краеугольный камень системы охраны здоровья населения — качество медицинской помощи. Однако при ознакомлении с многочисленной литературой по этому поводу создается впечатление, что “качество” медицинской помощи это **то, о чем все говорят, но никто толком не знает, что это такое**. Легального определения термина “качество медицинской помощи” действующее российское законодательство не содержит. В научном обороте качество медицинской помощи (деятельности) 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.

К основным механизмам управления этим качеством можно отнести:

- 1) объективную и регламентированную оценку профессиональных возможностей кадрового состава здравоохранения;
- 2) стандартизацию основных элементов медицинской деятельности;
- 3) лицензирование 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 является важнейшим элементом 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 на конкретные медицинские технологии.

К настоящему времени сертификация легального определения не имеет, несмотря на то обстоятельство, что этот процесс получил широкое распространение в системе последипломного образования.

Под сертификатом специалиста подразумевают специальное разрешение на осуществление самостоятельной профессиональной деятельности по полученной в системе последипломного образования специальности. Квалификационные характеристики специалистов, то есть совокупность теоретических знаний и практических навыков, дающая это право, утверждены Министерством здравоохранения СССР для врачей¹ и Министерством здравоохранения РФ для среднего медицинского персонала².

Порядок сертификации в настоящее время не регулируется каким-либо нормативным актом.

Порядок **аттестации** на присвоение квалификационных категорий регулируется Приказом МЗ РФ от 9 августа 2001 г. № 314 “О порядке получения квалификационных категорий”. Основным критерий их присвоения — медицинский стаж, который является лишь косвенным и не всегда надежным критерием профессиональных возможностей специалиста.

Кроме того, существующая система деления специалистов на категории (вторая, первая, высшая) малоэтична и нарушает доверительные отношения между медицинским работником и пациентом.

Приказ Минздравминпрома РФ от 19.12.94 г. № 286 “Об утверждении Положения о порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности” и Приказ Минздравмедпрома РФ от 17.11.95 г. № 318 “О Положении о квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста” обосновывали четкую схему кадровых изменений в сфере здравоохранения на перспективу.

Однако в 2000 г. вышеназванные документы были отменены приказами №№ 4 и 327 Минздрава РФ от 11.01.2000 г. и 30.08.2000 г. в связи с письмом Министерства юстиции РФ от 5.11.99 г. № 9168-ЮЧ в целях упорядочения ведомственных нормативно-правовых актов. Отмена этих приказов, регулировавших технологию сертификации, создала правовой вакуум в данном вопросе.

В государстве с рыночной экономикой профессиональные возможности специалиста

¹ Приказ МЗ СССР от 21 июля 1988 г. № 579 “Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов”.

² Приказ МЗ РФ от 19 августа 1997 г. № 249 “О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала”.

должны определяться не указанными формальными квалификационными категориями, а объемом технологий, к которым он допущен. Тем более что требования к знаниям и умениям сотрудника далеко не одинаковы в многоуровневой системе лечебно-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 ответственности при возникновении профессиональных конфликтов, число которых неуклонно возрастает.

Порядок сертификации в настоящее время не регулируется каким-либо нормативным актом.

Не соответствует требованиям времени и существующая система **аттестации** сотрудников здравоохранения, определяемая приказом МЗ РФ от 9 августа 2001 г. № 314 “О порядке получения квалификационных категорий”. Эта система ориентирована скорее на косвенные признаки профессионализма (стаж работы по специальности, занимаемая должность, наличие ученой степени или звания), нежели на владение конкретными знаниями и практическими навыками.

Исходя из роли медицинских технологий в современном здравоохранении, медицинскому персоналу следует в обязательном порядке иметь подтвержденный профессиональным органом доступ к исполнению конкретных медицинских технологий. Этого требуют интересы пациентов с точки зрения предоставления им специализированной и квалифицированной медицинской помощи и их безопасности.

Таким механизмом могло бы стать **лицензирование**, однако в соответствии с Федеральным законом от 08.08.02 г. № 128-ФЗ “О лицензировании отдельных видов деятельности” лицензированию в здравоохранении подлежат только юридические лица и индивидуальные предприниматели (п. 1 ст. 1 упомянутого Федерального закона).

Таким образом, в соответствии с буквой закона *основная масса медицинских работников не подлежит лицензированию*, поскольку они не принадлежат к индивидуальным предприни-

мателям, а являются наемными работниками государственных, акционерных или частных медицинских учреждений (вопрос о лицензировании лечебно-профилактических медицинских учреждений будет рассмотрен отдельно ниже).

В настоящее время представляется оправданным следующий концептуальный подход к квалификационной оценке медицинских работников.

— В качестве базового элемента системы квалификационной оценки специалиста положить **владение медицинскими технологиями в рамках утвержденных стандартов**, составляющих важнейший организационный компонент современного здравоохранения.

— Рассматривать схему управления качеством медицинской деятельности специалиста как **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.

Такая форма сертифицирования должна служить юридическим актом, на основании которого производится материальное стимулирование медицинского персонала.

— Вводится **аттестационное приложение к сертификату** специалиста — подтверждение права специалиста выполнять лечебно-диагностические процедуры в соответствии с утвержденным списком медицинских технологий и стандартами (протоколами). *В основу аттестации специалиста положить оценку владения им конкретными медицинскими технологиями и рассматривать аттестацию как правовой допуск специалиста к выполнению этих технологий, а не простой результат профессиональной деятельности в течение определенного периода времени (стажа)*.

— Если сведения о владении специалистом конкретными медицинскими технологиями находят свое отражение в сертификате в виде указанного обязательного приложения, появляются четкие критерии персональных профессиональных возможностей специалиста, реальная база для расчета оплаты труда работника, мотивация к освоению более сложных технологий и объективная основа для опреде-

ления степени ответственности при возникновении профессиональных конфликтов.

– *Обязательным элементом, дающим право на аттестацию, считать исполнение специалистом нормативов непрерывного образования.*

– *Свидетельство о непрерывном образовании выдается для учета и подтверждения выполнения норматива о непрерывном образовании и является обязательным документом при подтверждении права специалиста выполнять самостоятельные профессиональные обязанности.*

– *Ведущая роль в процессе сертификации и аттестации медицинских работников отводится профессиональным медицинским ассоциациям, которые создают соответствующие комиссии, аккредитуемые органами здравоохранения и работающие в юридически утвержденном регламенте.*

Основу деятельности здравоохранения составляют применяемые **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. Технологии реализуются в рамках профильных служб, совокупность которых можно рассматривать как индустрию оказания услуг, подчиненную концепции (доктрине) здравоохранения. Правильное понимание медицинской технологии должно учитывать ее неразрывный двухкомпонентный характер – сочетание подготовленных специалистов и соответствующего рабочего места.

Право на применение в практической деятельности медицинских технологий предусматривает утверждение на национальном уровне их **перечней**, обычно “привязанных” к номенклатуре специальностей в здравоохранении. Отсюда следует требование до работы над конкретными технологиями создать перечни хотя бы наиболее часто используемых технологий.

Перечнями медицинских технологий располагают лишь службы лабораторной и лучевой диагностики. В последнем случае их два – федеральный (приказ Министерства здравоохранения от 14.09.2001 г. № 360) и московский (приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 04.12.2001 г. № 534).

Столичная инициатива была вынужденной, так как Федеральный перечень 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, московский приказ об утверждении обсуждаемого перечня 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 обеспечивают установленные наукой и практикой результаты, то есть максимальную гарантию неизменности качества продукта или услуги. Таким регулирующим механизмом является **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 игнорируются исходы 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, а не благо пациентов, мнение которых о качестве услуги вообще не принимается в расчет.

Современное здравоохранение к рубежу XXI века оказалось в принципиально иной социальной среде по сравнению с началом века прошлого.

1. Изменилась социальная обстановка, *изменилась иерархия угроз здоровью населения* (на первые места выдвинулись иные проблемы, которые и предстоит решать какими-то иными, чем ранее, способами).

2. Медицинская помощь стала доступной (и затребованной) несравненно большему числу населения и поэтому превратилась в услугу *массовую*.

3. Вследствие этого сама медицинская специальность стала массовой. В здравоохранении только в России работают почти 2 млн человек.

4. 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? (В соответствии с законами социальной психологии массовость персонала принципиально исключает его поголовную талантливость.)

Одним из способов решения этой проблемы (но отнюдь не единственным) и является внедрение в медицинскую практику так называемых диагностических и лечебных стандартов (протоколов, рекомендаций).

Стандарт не служит предписанием обязательных действий врача. Он должен быть обучающим и наставляющим документом, основанным всюду, где это возможно, на материалах доказательной медицины. Стандарты разрабатываются профессиональными общественными организациями

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 стандарту при неумении учесть индивидуальную ситуацию также рассматривается как недостаток профессионализма.

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

Кроме того, в России так и не было сформировано процедуры создания подобных стандартов. Без утвержденной нормативной процедуры создания текста стандартов, его последующего обсуждения, редактирования, рецензирования имеется серьезная опасность появления стандартов 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 всего лишь по административному решению.

Поскольку глубина и результативность решения диагностических, лечебных и прочих задач на разных уровнях здравоохранения различны, необходимы 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 **стандарты** очерчены границами утвержденных гарантий медицинской помощи и формируются в территориальных (региональных) органах здравоохранения. Они достаточно конъюнктурны, так как являются компромиссом между максимальными стандартами и возможностями регионального или ведомственного бюджета.

В настоящее время квалификационная оценка медицинского персонала и лечебно-профилактических учреждений, как указывалось выше, основывается на процедурах сертификации, аттестации и лицензирования. К этим важным механизмам управления качеством в здравоохранении, судя по официальным документам, относится также **аккредитация**. В большинстве государств мира аккредитация представляет собой официальное признание компетентности физического или юридического лица в определенной сфере

профессиональной деятельности, вплоть до делегирования права на ее выполнение.

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

Включение аккредитации в число основных механизмов управления качеством медицинской помощи в РФ, вероятно, обусловлено тем, что под этой процедурой понимается технический аспект управления — соответствие оснащения и оборудования рабочего места требованиям, которые позволяют эффективно осуществлять медицинские технологии в интересах населения.

Лицензирование лечебно-профилактических медицинских учреждений (ЛПУ) осуществляется в соответствии с **“Положением о лицензировании медицинской деятельности”** (утв. Постановлением Правительства РФ от 4 июля 2002 г. № 499) (с изменениями от 3 октября 2002 г., 1 февраля 2005 г.).

В “Положении...” достаточно систематически прописаны требования к лицензиату и технология оформления лицензии.

Следующий элемент системы управления качеством — **аккредитация**, которая представляет собой официальное признание органом по аккредитации компетентности физического или юридического лица выполнить работы в определенной области. Аккредитация отражает и технический аспект управления качеством медицинской помощи — соответствие оснащения и оборудования объекта тем требованиям к ним, которые позволяют эффективно осуществлять 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”.

Правоустанавливающие документы в этом разделе системы управления качеством рассмотрены в настоящее время только для клинико-диагностических лабораторий.

Лицензия представляет собой специальное разрешение на осуществление конкретного вида деятельности — в данном случае меди-

цинской, при обязательном соблюдении лицензионных требований и условий, выданное лицензирующим органом юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю.

Лицензирование как элемент управления качеством медицинской деятельности имеет наиболее развитую как законодательную, так и нормативно-правовую базу, действующую уже в течение длительного времени.

Однако в “Положении о лицензировании медицинской деятельности” не предусмотрен такой важнейший критерий соответствия, как наличие у ЛПУ *возможности* следовать утвержденным **стандартам (протоколам) и медицинским технологиям** в лицензируемой области.

Следование стандартам (протоколам) в основных диагностических и лечебных действиях гарантирует обоснованность этих действий и служит контрольной базой проверки качества медицинской помощи и оценки легальности избранной врачом лечебно-диагностической тактики.

Таким образом, существующий регламент лицензирования лечебно-профилактических учреждений 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 следующие дополнения в действующие правила лицензирования.

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

2. В заключение лицензионной комиссии указывается степень готовности ЛПУ к реализации заявленных видов лечебно-диагностической деятельности (оснащенность в соответствии с действующими табелями и стандартами для медицинских технологий, наличие сертифицированных и адекватно технологиям аттестованных кадров и др.).

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

Большое число существующих проблем можно решить только при жестком профессиональном вмешательстве. Многие десятилетия управление здравоохранением в полном объеме было отдано в руки так называемых ор-

ганов здравоохранения. Возможности медицинского персонала, мастеров своего дела, 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 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 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 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 бюрократического администрирования над врачеванием. Здесь не может быть двух мнений: впереди – медицинская технология, и только потом – организационная надстройка.

Очевидно, 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 обустройства индустрии здравоохранения.

Решительно необходима подготовка системы правовых актов, которые должны стать руководящим инструментом в формировании системы здравоохранения в Российской Федерации, отвечающей социальным запросам и состоянию современной медицинской науки.

Объявляется подписка на книгу Издательского дома Видар-М

Лучевая диагностика дивертикулов чашечно-лоханочных систем почек

В.М. Буйлов

В монографии рассматриваются вопросы классификации, терминологии, статистики, этиологии и патогенеза, а также клинической, лучевой и дифференциальной диагностики и лечения дивертикулов чашечек и лоханок почек. Большинство иллюстраций – собственные наблюдения ультразвуковой и рентгеновской диагностики дивертикулов чашечек и лоханок почек. Приводятся рекомендации по алгоритмам диагностики и лечения. В Приложении представлен перевод с английского языка последней версии (январь, 2006 г.) Рекомендаций European Society of Urogenital Radiology (ESUR) – Европейского общества урогенитальной радиологии по безопасному применению контрастных средств.

Данная монография предназначена для специалистов по лучевой диагностике, урологов, студентов медицинских вузов.

Выход в свет – 2 квартал 2007 г.

Цена подписки – 350 руб.