

## Актуальные проблемы отечественной радиологии – пути решения

Л.Д. Линденбратен, Ю.В. Варшавский

НПЦ медицинской радиологии Департамента здравоохранения г. Москвы

**Медицинская радиология** – область медицины, разрабатывающая теорию и практику применения излучений в медицинских целях. Она включает в себя три основных дисциплины: **лучевая диагностика (диагностическая радиология), лучевая терапия и радиационная медицина**. Лучевая диагностика – наука о применении излучений для исследования строения и функции нормальных и патологически измененных органов и систем. Вместе с тем лучевая диагностика является областью клинической медицины, то есть представляет собой часть индустрии здравоохранения.

События конца XX века оказали серьезное влияние на развитие клинической медицины и фактически открыли новый период в истории лучевой диагностики. На наших глазах в диагностической радиологии стало формироваться будущее, принципиально отличающееся от прошлого и настоящего. Возникла острая необходимость разработки **единой новой концепции развития диагностической радиологии в Российской Федерации**.

В государственных органах в настоящее время ведется работа по созданию концепции развития здравоохранения. Принятые Правительством национальные проекты открывают путь к серьезному реформированию здравоохранения и образования и, в частности, намечают определенные перспективы прогресса лучевой диагностики. Национальный проект “Здоровье” способствовал увеличению инвестиций в здравоохранение и укреплению первичного звена медицинской помощи населению. Впервые за 15 лет был сокращен естественный процент старения рентгенодиагностической аппаратуры, во всяком случае, в ее амбулаторно-поликлиническом звене. По уровню поставляемой техники (60% аппаратов предназначены для пленочной рентгенографии) сохранилось 10–15-летнее отставание от

современного уровня. В ряде случаев отмечается неготовность местных служб здравоохранения к техническому переоснащению и отсутствие квалифицированных кадров для эксплуатации новой техники.

При разработке концепции развития диагностической радиологии придется иметь в виду следующие характеристики:

- неоптимальное структурирование службы в лечебно-профилактических учреждениях;
- недостаточное ни по объему, ни по ориентации на современные достижения техническое обновление службы и 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 части профильных главных специалистов.

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

Вполне допустимо воспринимать службу лучевой диагностики как индустрию оказания медицинских услуг, конструкция которой должна быть подчинена концепции здравоохранения и ее диагностической доктрине. Речь

идет о последовательной структуризации высокотехнологического производства, пронизывающего иерархию отрасли и включающего в себя медико-экономически обоснованные и взаимосвязанные циклы и операции с соответствующими организационными решениями, штатным и материальным оснащением, селективными маршрутами и унифицированной документацией в общей схеме информационного взаимодействия.

Право на применение в практической деятельности медицинских технологий предусматривает утверждение на национальном уровне их перечней, “привязанных” к номенклатуре специальностей в здравоохранении. Пока перечнями медицинских технологий располагают лишь службы лучевой и лабораторной диагностики. В первом случае их два – федеральный (приказ Министерства здравоохранения от 14 сентября 2001 г. № 360) и московский (приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 4 декабря 2001 г. № 5434). Столичная инициатива была вынужденной, поскольку федеральный перечень не содержал и половины технологий, применяемых в практике медицинских учреждений. Но то, чего нет в перечне, нельзя делать и оплачивать, хотя это существует в тарифном соглашении с региональным фондом медицинского страхования, – типичный пример конфедерализма, обусловленный профессиональной слабостью вышестоящего уровня.

Разработка рекомендаций по реализации методов лучевой диагностики 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. 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 и в то же время никак не учитывается благо пациента, мнение которого о качестве услуги вообще не принимается в расчет.

В свете вышесказанного при составлении новой концепции развития отечественной диагностической радиологии следует признать необходимость **укрепления руководства этой отраслью здравоохранения с усилением роли научных радиологических обществ**. Вместе с тем в полном перечне нормативно-правовых документов по вопросам профессиональной деятельности лучевых специалистов, опубликованных в журнале “Радиология – практика” (№ 4, 2004 и № 1 2005) и в сборнике “Правовые основы профессиональной деятельности специалистов лучевой диагностики” (2008 г.) практически нет упоминаний о научных радиологических ассоциациях и обществах.

В целях укрепления руководства отраслью следует восстановить в МЗиСР должность **главного специалиста по диагностической радиологии (медицинской радиологии)**. При главном специалисте должен быть создан **Координационный методический совет** в составе президента и вице-президентов Российской ассоциации радиологов, президента Ассоциации медицинских физиков России и соответствующего представителя Роспотребнадзора.

В современных условиях Российская ассоциация радиологов должна перестроить свою деятельность. Сохранив свои научно-информационные обязанности, она вынуждена освоить новые функции, стать подлинно общественным профессиональным объединением. Она должна объединять специалистов, занимающихся научной, педагогической и практической деятельностью в области радиологии, а также специалистов, занимающихся

исследованиями, разработкой, производством, распространением и контролем качества оборудования и расходных материалов для радиологической службы.

Примером может служить деятельность Радиологического общества Северной Америки (RSNA), в чьи обязанности входит решение всех выше поставленных вопросов. RSNA, обеспокоенного возможностью потерять аккредитацию при национальном ведомстве здравоохранения, тщательно соблюдающего профессиональные и юридические основы своих действий. В нашей стране примером плодотворного сотрудничества управленческих структур и научного общества является деятельность Российской ассоциации маммологов.

Структура Российской ассоциации маммологов нам представляется в следующем виде. Ассоциация возглавляется советом директоров (Президиумом) в составе президента ассоциации, 3 или 4 вице-президентов (каждый из которых представляет одну из существующих ныне научных ассоциаций и обществ радиологического профиля) и 3 членов совета (президиума) от ведущих региональных отделений ассоциации.

При совете ассоциации действуют следующие комитеты:

- организационно-правовой (разработка социально-экономических, правовых и этических проблем, нормативное обеспечение службы лучевой диагностики, радиационно-гигиеническое нормирование, стратегия производства и закупки радиологического оборудования, создание верифицированного архива цифровых изображений;

- радиационных стандартов. Квалификационные стандарты (модели лучевых специалистов);

- клинических и экспериментальных исследований в области лучевой диагностики, включая молекулярную радиологию;

- превентивной радиологии (теория и практика диспансеризации населения);

- подготовки кадров лучевых специалистов. Аттестация, аккредитация и лицензирование специалистов. Аккредитация и лицензирование радиологических учреждений и центров;

- международного сотрудничества. Должен способствовать укреплению межрегиональных и международных связей. Оно может выражаться в обмене делегациями, в заключение договоров о творческом содружестве и многоцентровых исследованиях, в организации экс-

курсий на предприятия отечественных и зарубежных фирм и в ведущие радиологические научные центры.

Необходимо отметить, что профессиональные научные общества недостаточно активно участвуют в экспертизе **качества медицинской помощи**, в оценке уровня удовлетворенности потребителей.

В России создается неудовлетворительное положение с введением в диагностическую практику **международных, федеральных и отраслевых стандартов всех видов современных лучевых исследований**. Оно усугубилось после подписания Болонских соглашений.

В нашей стране давно сложилась стройная и продуктивная система подготовки лучевых специалистов – врачей и среднего медицинского персонала радиологической службы. Но события последних десятилетий радикально изменили ситуацию. “Технологическая революция” в радиологии привела к резкому расширению объема знаний и арсенала исследовательских приемов, необходимых лучевым специалистам для эффективной диагностической деятельности.

**Действующая в настоящее время парадигма образования в области медицинской радиологии уже не соответствует требованиям современного здравоохранения.** В России до сих пор не ликвидирована порочная подготовка лучевых диагностов и рентгенолаборантов на краткосрочных курсах и даже на рабочих местах. Интернатура или двухлетняя клиническая ординатура по рентгенологии не обеспечивает подготовки достаточно квалифицированных специалистов, компетентных в основных разделах лучевой диагностики. Не создана и законодательно не оформлена система продолженного медицинского образования работников радиологической службы. Положение усугубляется слабой технической оснащенностью многих учебно-производственных баз и изношенностью оборудования.

Еще более неблагоприятное положение создается с кадрами среднего медицинского звена службы. В отличие от практики большинства стран их подготовка относится к категории второго медицинского образования: ее учебный план предельно сокращен, программа не соответствует современным требованиям. В результате рентгенолаборанты по завершении обучения, как правило, не готовы к самостоятельной работе. Аттестация рентгенолаборантов и медицинских сестер кабинетов ультразвуковой и радионуклидной

диагностики отнесена к полномочиям некомпетентной в данном вопросе комиссии, что привело к потере профессионального контроля за ситуацией.

Еще хуже дело обстоит с подготовкой инженерно-технического персонала службы лучевой диагностики, практически не имеющей ни формы, ни содержания.

**Необходимо формирование новой стратегии подготовки радиологических кадров, которая продолжит лучшие традиции отечественной медицины с учетом международного опыта и изменений в социально-экономической жизни российского общества.**

Должны быть утверждены следующие формы последиplomной подготовки и повышения квалификации врачей — лучевых диагностов:

- подготовка врача-радиолога (лучевого диагноста) общей практики (специализация) — базовая профессиональная подготовка;

- подготовка врача-радиолога — специалиста (субспециализация);

- профессиональная переподготовка для радиологов, прошедших специализацию, но имевших перерыв в работе по специальности 5 лет и более;

- профессиональная переподготовка для врачей других специальностей, выполняющих в рамках своих специальностей радиологические процедуры и интервенционные исследования;

- курсы (циклы) общего усовершенствования для радиологов;

- курсы (циклы) тематического усовершенствования;

- кодготовка в системе продолженного медицинского образования.

Подготовка лучевых технологов (рентгенолаборантов) должна проходить в специализированных училищах (колледжах) со сроком обучения по основной специальности не менее 8–12 мес, после чего предусматривается двухмесячная субспециализация по 4 профилям:

а) новые лучевые технологии, б) педиатрическая лучевая диагностика, в) интервенционная радиология, г) лучевая маммология.

Абсолютно необходима замена самого названия специальности “рентгенолаборант” на “лучевой технолог”, принимая во внимание работу такого специалиста в кабинетах с новыми технологиями. Может быть, целесообразно по примеру США создать государственный регистр лучевых технологов.

**Специализация** — это фундамент радиологического образования для врачей — послевузовское профессиональное образование по лучевой диагностике в клинической ординатуре продолжительностью 3 года. В ординатуру принимаются врачи в возрасте до 30 лет со стажем работы в клинических учреждениях не менее одного года или после прохождения интернатуры по терапии, хирургии или акушерству и гинекологии. Специализация призвана гарантировать квалифицированную профессиональную деятельность врача как минимум на уровне поликлинического звена.

**Субспециализация** — это подготовка по избранному профилю специальности. В последние годы она приобрела особое значение, что объясняется существенным прогрессом всех основных медицинских дисциплин, быстрым распространением новых лучевых технологий и возросшими требованиями междисциплинарного подхода.

Субспециализация должна проводиться в течение 0,5–1 года в роли врача-стажера в специализированном медицинском учреждении по одному из следующих направлений:

- нейрорадиология;

- радиология органов головы и шеи;

- кардиоваскулярная радиология;

- торакальная радиология;

- гастроинтестинальная и абдоминальная радиология;

- радиология опорно-двигательного аппарата;

- урогенитальная радиология;

- маммология;

- педиатрическая радиология;

- интервенционная радиология;

- молекулярная радиология;

- ядерная медицина.

Говоря о проблемах специализации, субспециализации, общего и тематического усовершенствования, следует подчеркнуть необходимость включения в перечень учреждений, имеющих право на образовательную деятельность научно-исследовательских институтов и крупных профильных научно-практических центров системы онкологической, фтизио-пульмонологической, кардиоангиологической, травматологической помощи, акушерства и гинекологии и т. д.

К сожалению, уровень профессиональной подготовки многих преподавателей, а также руководителей отделений лучевой диагностики, аттестованных в прошлые годы, не вполне отвечает новым требованиям. Поэтому

следует рассмотреть вопрос о создании факультета подготовки преподавателей и руководителей крупных центров лучевой диагностики. Зачислив на такой факультет по конкурсу 30–40 подготовленных должным образом врачей – лучевых диагностов, мы через 1–2 года изменим имеющуюся ситуацию.

Все формы последиplomного образования завершаются экзаменами. В ближайшее время должны быть разработаны формы современных экзаменов, единые для всех регионов Российской Федерации. Экзамен должен проводиться центральной независимой экзаменационной комиссией или ее филиалами в республиках, краях, областях. Основы устного, письменного и компьютерного экзамена должны составлять ситуационные задания, максимально отражающие условия практической деятельности врача (назначение исследования, прием пациента и получение его информированного согласия на исследование, проведение исследования, анализ результатов и протоколирование результатов исследования).

Особого внимания заслуживает подготовка для службы лучевой диагностики медицинских физиков. Медицинский физик должен получить базовое высшее физическое образование и затем пройти клиническую специализацию по медицинской физике в научно-исследовательских или лечебных медицинских учреждениях радиологического профиля, имеющих соответствующую лицензию. Точно так же должность инженера по монтажу, эксплуатации и ремонту радиологической аппаратуры предусматривает специалиста с базовым физико-техническим образованием и клинической специализацией в медицинском учреждении.

Главной формой постоянного добровольного повышения квалификации лучевого специалиста должно быть **продолженное медицинское образование (ПМО)**. В Европе рекомендации по этой системе были утверждены Европейской ассоциацией радиологов и Европейским союзом медицинских специалистов в 2001 г. В нашей стране система ПМО должна быть сформирована на основании законодательно утвержденных документов. Выполнение врачом или лучевым технологом требований системы ПМО подтверждает право специалиста выполнять самостоятельно профессиональные обязанности и учитывается при зачислении его на должность лучевого специалиста. Будучи добровольной, эта форма

обучения в отечественных условиях нуждается в отработке мотиваций не только познавательного характера, но и факторов, влияющих на аттестацию, а в случае перехода на международную систему оценки профессионализма и на реаккредитацию.

**К основным механизмам управления качеством медицинской помощи, в том числе деятельности службы диагностической радиологии, относится объективная и регламентированная оценка профессиональных возможностей ее сотрудников. Правовая база этой оценки состоит из двух элементов – сертификации и аттестации.**

В последние годы данная функция не только “потеряла” часть своего юридического фундамента, но и продемонстрировала серьезное несоответствие современным требованиям. Отмена в 2000 г. Министерством здравоохранения РФ приказов, регулировавших процедуру сертификации, создала правовой вакуум в данной области. Порядок сертификации в настоящее время не регулируется каким-либо нормативным актом, однако она осуществляется достаточно широко, причем на платной основе.

Порядок аттестации медицинских кадров регулируется приказом Министерства здравоохранения РФ от 09.08.2001 г. № 314 “О порядке получения квалификационных категорий”. Однако предлагаемый регламент весьма несовременен, поскольку он ориентирован скорее на косвенные признаки профессионализма, которые далеко не всегда являются надежными критериями возможностей (стаж работы по специальности, занимаемая должность, наличие ученой степени или звания), нежели на владение конкретными знаниями и практическими навыками.

В государстве с рыночной экономикой профессиональные возможности специалиста должны определяться не просто формальными квалификационными категориями, а объемом медицинских 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 то-

го, уходит в прошлое неприятный для пациента этический момент, связанный с тем, что его обслуживает специалист не высшей, а некоей непонятной 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.

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

- Базовый элемент квалификационной оценки специалиста — владение медицинскими технологиями в рамках утвержденных их перечней (методов) и стандартов, составляющих важнейший организационный компонент современного здравоохранения.

- Схема управления качеством медицинской деятельности специалиста — 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 права специалиста выполнять лечебно-диагностические процедуры в соответствии с утвержденным списком медицинских технологий и стандартами (протоколами). Основа аттестации специалиста — степень владения им конкретными медицинскими технологиями. Аттестация рассматривается как правовой допуск специалиста 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, появляются четкие критерии персональных профессиональных возможностей специалиста, реальная база для оплаты труда работника, 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.

Необходимо заметить, что право на осуществление профессиональными ассоциациями этой деятельности закреплено в федеральном законодательстве.

Уважаемые коллеги!

С учетом отпущенного нам времени мы в большей степени остановились на проблеме подготовки кадров в нашей специальности, считая ее приоритетной. Однако это не умоляет важности и других вопросов.

К основным причинам, сдерживающим развитие службы диагностической радиологии, относятся:

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

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

- неоптимальное структурирование службы в лечебно-профилактических учреждениях;

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

- низкая информативность учета и отчетности;

- отсутствие современного приказа, регулирующего деятельность служб диагностической радиологии — прежний был издан 17 лет тому назад;

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

тельности профильных главных специалистов; административных территорий; не говоря о ликвидации этой функции на федеральном уровне;

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

Возникает естественный вопрос: “Кто всем этим занимается?” Этот вопрос становится более значимым, если мы взглянем в классификационную схему систематики в радиологии. Ее многофакторность требует управленческой координации, основанной на балансе между интеграцией и дифференциацией ее элементов.

Ответ, к сожалению, однозначен: никто!

Каким же образом в этих условиях решить главную задачу обеспечения населения массовой, но находящейся на современном научном уровне медицинской помощью силами усредненно-квалифицированных специалистов?

Международный опыт управления решает эту проблему путем внедрения в медицинскую практику диагностических и лечебных стандартов (протоколов, рекомендаций), контроль за исполнением которых осуществляется через механизм лицензирования.

Пока в России идет нерегулируемый процесс создания произвольных стандартов (рекомендаций), основанных на текущей практике и мнениях экспертов. Свои программы “стандартизации” создают представители как федерального, так и региональных органов здравоохранения, однако достаточно полного федерального свода лечебно-диагностических стандартов до настоящего времени нет. Кроме того, в России так и не была сформирована процедура 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, ее выбор был сделан не на основании коллегиального признания авторитета, а по административному решению.

Что же касается лицензирования, то оно распространяется фактически только на ле-

чебно-профилактические учреждения и осуществляется 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 негативными последствиями, начиная от неадекватного регулирования качества медицинской помощи и вплоть до возможности неформальных отношений с лицензиатом. Остается лишь надеяться, что новое “Положение о лицензировании медицинской деятельности” 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 следовать утвержденным стандартам (протоколам) и медицинским технологиям в лицензируемой области.

Поскольку следование стандартам в основных диагностических и лечебных действиях гарантирует их обоснованность и служит контрольной базой проверки качества оказываемых услуг и оценки легальности избранной врачом тактики, существующий регламент лицензирования не носит объективного характера и не может быть механизмом регулирования качества медицинской помощи.

Существующая система контроля медицинской деятельности не в состоянии регулировать качество предоставляемых населению услуг, что исключает возможность эффективного управления столь важной индустрией. Профессиональный уровень административных органов в сфере здравоохранения, по мнению общественности, неуклонно снижается. Очевидна необходимость подготовки большого количества правовых актов, приводящих здравоохранение в соответствие как социальным запросам, так и состоянию современной науки. Без этого шага невозможно достижение обозначенной стратегической цели развития отрасли и ее включения в систему рыночных отношений.

Большое количество 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.

В большинстве государств аккредитация представляет собой официальное признание компетентности физического или юридического лица в определенной сфере профессиональной деятельности, вплоть до делегирования права на ее выполнение. На этой основе функционируют многие профессиональные сообщества, фактически управляющие про-

фильными службами. У нас пока прослеживается обеспокоенность “аппарата”, не желающего никому ничего делегировать при сохранении моратория на принятие решений. Именно в том ключе аккредитация включена в число основных механизмов управления качеством медицинской помощи в РФ, поскольку под этой процедурой понимается технический аспект управления – соответствие оснащения и оборудования рабочего места требованиям, которые позволяют применять медицинские технологии в интересах населения.

К сожалению, вследствие отлучения профессионалов от управления большинство из них не умеет 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.