

НЕИЗБЕЖНОСТЬ РЕФОРМЫ НОРМАТИВНО–ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Абел АГАНБЕГЯН

академик РАН, заведующий кафедрой экономической теории и политики АНХ при Правительстве РФ

Юрий ВАРШАВСКИЙ

доктор медицинских наук, профессор, лаборатория экономики и менеджмента здравоохранения кафедры экономической теории и политики АНХ при Правительстве РФ

Виктор КИТАЕВ

кандидат медицинских наук, доцент, лаборатория экономики и менеджмента здравоохранения кафедры экономической теории и политики АНХ при Правительстве РФ

Владимир ЖУКОВСКИЙ

доктор медицинских наук, профессор, лаборатория экономики и менеджмента здравоохранения кафедры экономической теории и политики АНХ при Правительстве РФ

Владимир ЕРШОВ

заслуженный врач РФ, лаборатория экономики и менеджмента здравоохранения кафедры экономической теории и политики АНХ при Правительстве РФ

Окономика • Политика

ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ • POLITIKA

1. Введение

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

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

Адекватному пониманию сложившейся ситуации мешает ошибочное исключение здравоохранения из сферы производства материальных ценностей с присущими ему 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 медицинского обслуживания пациентов показывает, что значительная часть усилий и прямых расходов здравоохранения связана с многократным дублированием низкоэффективных диагностических исследований и проведением длительной, дорогостоящей и зачастую неадекватной терапии из-за отсутствия достоверной информации об истинном характере болезни. Рост не прямых 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. Далеки от желаемого и применяемые технологии, структура и нормативы штатов и средств, разграничение полномочий в иерархии учреждений, преемственность в их деятельности, не говоря уже об учете и отчетности, призванных служить инструментом оценки эффективности медицинской помощи.

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

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

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

На наш взгляд, мотивация проекта исходила из следующих положений. Учитывалось, что медицинская отрасль стала в значительной степени технo-зависимой и фондоемкой. Но основные инвестиции в ее материально-технический фундамент были сделаны еще на рубеже 1970—1980 годов на пике советского «нефтерубля», что объясняет массовый к настоящему времени износ и моральное старение имеющегося оборудования. Акции по техническому перевооружению, несмотря на значительные объемы выделенных средств, носили в последующем скорее 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 наличии достаточной оснащенности и обеспеченности кадрами возможности реализации лечебно-диагностического оборудования оказались весьма скромными

(коэффициент его использования при работе преимущественно по односменному графику составляет 40—50%). Еще хуже обстоит дело с номенклатурой и качеством исследований. В связи с этим огромное количество пациентов, недостаточно обследованных в поликлиниках, направляется в 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 этих 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 взаимосвязанной триаде: низкая загруженность амбулаторной диагностики — длительные сроки постановки диагноза — общая нехватка коечного фонда.

К сожалению, большинство указанных закономерностей трудно фундаментализировать данными из существующей медицинской статистики. Официальные документы учета и отчетности знакомят лишь с общими, «валовыми» выкладками о кадровом составе, парке аппаратуры и выполненных исследованиях. Что же касается качественных сторон — точности и скорости распознавания заболеваний, вклада служб в различные этапы лечебно-диагностического процесса и пр., то эта информация регламентированными документами отчетности не предусмотрена.

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

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

2. Понятие «качества медицинской помощи»

Наряду с доступностью медицинской помощи, ее качество является стратегической целью развития здравоохранения и краеугольным камнем системы охраны здоровья. 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». Однако, при ознакомлении с многочисленной литературой по этому поводу, создается впечатление, что «качество медицинской помощи» — это то, о чем все говорят, толком не понимая смысла этого термина. Действующее российское законодательство не содержит определения понятия «качество медицинской помощи». 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.

3. Основные компоненты управления качеством медицинской помощи

К основным механизмам управления качеством медицинской помощи можно отнести:

- объективную и регламентированную оценку профессиональных возможностей кадрового состава здравоохранения;
- стандартизацию основных элементов медицинской деятельности;
- лицензирование лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и процедуры их допуска к осуществлению заявленных ими медицинских видов деятельности.

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

Сертификация 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 медицинскому работнику выполнять конкретные медицинские технологии.

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

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

Порядок *аттестации* на присвоение квалификационных категорий регулируется приказом МЗ РФ от 9 августа 2001 г. №314 «О порядке получения квалификационных категорий».

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

В 2000 г. приказ Минздравмедпрома РФ от 19 декабря 1994 г. № 286 «Об утверждении Положения о порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности» и приказ Минздравмедпрома РФ от 17 ноября 1995 г. № 318 «О Положении о квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста» были отменены приказами № 4 и 327 Минздрава РФ от 11 января 2000 г. и 30 августа 2000 г. в связи с письмом Министерства юстиции РФ от 5 ноября 1999 г. № 9168-ЮЧ в целях упорядочения ведомственных нормативно-правовых

актов. Отмена этих приказов, регулировавших технологию сертификации, создала правовой вакуум в данном вопросе.

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

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

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

В государстве с рыночной экономикой профессиональные возможности специалиста должны определяться не просто 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.

Благодаря появлению подобных сведений в сертификате легализуется большое количество весьма ценных технологий междисциплинарного характера, которые в настоящее время не укладываются в «прокрустово ложе» их обязательной принадлежности к той или иной медицинской специальности. Кроме того, исчезает неприятный для пациента этический момент, связанный с тем, что его обслуживает специалист не высшей, а некоей не понятной ему первой или (что еще хуже) второй категории. В новых условиях обследование или лечение должен осуществлять лицензированный по строгим меркам специалист в рамках тех технологий, к которым он допущен.

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

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

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

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

- Схема управления качеством медицинской деятельности специалиста — *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). В основу *аттестации* специалиста кладется 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, появляется 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.

4. Медицинские технологии и стандарты

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

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

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

Столичная инициатива была вынужденной, поскольку 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 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 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 прошлого века:

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

2. Медицинская помощь стала доступной несравненно большей доле населения и при этом весьма затребованной, 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 (масовость персонала естественно исключает его поголовную талантливость).

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

Следует иметь в виду, что стандарт не должен догматически предписывать обязательные действия врача. Он должен быть обучающим и настав-

ляющим документом, основанным всюду, где это возможно, на материалах доказательной медицины. Стандарты разрабатываются профессиональными 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 нерегулируемый 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 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, в России ее выбор был сделан не на основании коллегиального признания авторитета, а по административному решению.

Поскольку глубина и результативность решения диагностических, лечебных и прочих задач на разных уровнях здравоохранения различны, 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, поскольку являются компромиссом между максимальными стандартами и возможностями регионального или ведомственного бюджета.

5. Лицензирование лечебно-профилактических медицинских учреждений

Лицензирование лечебно-профилактических медицинских учреждений (ЛПУ) должно осуществляться в соответствии с «Положением о лицензировании медицинской деятельности», утвержденным Постановлением правительства РФ от 22 января 2007 г.

Создается мощная государственная инфраструктура федерального масштаба, которой делегировано право на экспертизу, но при отсутствии доказательной базы процедуры. В результате выдача лицензии (как и отказ в ее предоставлении) будет носить субъективный характер, что чревато серьезными отрицательными последствиями, начиная от неадекватного регулирования качества медицинской помощи 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.

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 должны быть указан *перечень диагностических и лечебных стандартов в основных направлениях деятельности подразделений ЛПУ*, на проведение которых оно претендует.

2. В заключении 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 аттестованных адекватно технологиям кадров и др.)*.

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

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

Аккредитация трактуется как официальное признание компетентности физического или юридического лица выполнить 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 применять медицинские технологии в интересах населения. Обязательность проведения аккредитации нормативно закреплена в ст. 21 закона РФ от 28 июня 1991 г. №1499-1 в редакции от 23 декабря 2003 г. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Вместе с тем правоустанавливающие документы в этом разделе системы управления качеством предусмотрены в настоящее время только для клинико-диагностических лабораторий.

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 применять медицинские технологии в интересах населения.

Обязательность *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». Однако этот документ затрагивает лишь упомянутый выше технический компонент аккредитации,

и его действие распространяется только на сферу лабораторной диагностики. Что же касается принятой во всем мире практики делегирования части управленческих функций, как правило, научно-профессиональным сообществам, в российской действительности этого нет.

6. Профессиональные объединения — обязательные участники управления здравоохранением

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

Безусловно, если речь идет о распределении бюджетных ассигнований, последняя и решающая подпись — прерогатива государственного чиновника, но обоснование этих затрат — за профессионалами. Другое дело, что 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.

* * *

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 числа 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.