

КЛИНИЧЕСКАЯ БАЗА ВУЗА ЖДЕТ РЕШЕНИЯ СВОЕЙ СУДЬБЫ

Для повышения эффективности медицинской помощи, улучшения качества подготовки врачей, развития медицинской науки и внедрения ее достижений в практику необходимо определить правовой статус клинических баз вузов. Прежде всего я имею в виду чёткое разграничение ответственности главного врача как администратора, обеспечивающего нормальное функционирование лечебного учреждения, и заведующего кафедрой – директора клиники, ответственного за лечебно-диагностический процесс.

Освободиться от порочной практики

Основной тезис всех приказов Минздрава России по работе клинических лечебных учреждений состоит в том, что главный врач и заведующий кафедрой совместно осуществляют руководство и несут ответственность за организацию лечебного процесса. Коллективная ответственность, объединение усилий напоминают советское прошлое. В предыдущие десятилетия у нас любили говорить о двуединстве науки и практики в медицине, но истинное положение дел было иным. Как правило, существовало скрытое противостояние между руководством клинических кафедр и главными врачами базовых стационаров. В условиях управляющего всем и вся централизованного государства это противостояние можно было смягчить и на определённый период замаскировать.

Но вот государственные узы ослабли, и связи внутри здравоохранения стали распадаться. В условиях недостаточного финансирования отрасли отчуждение стало возрастать, вызывая попутно проблемы психологического характера между руководством больниц и сотрудниками кафедр. В связи с экономическими проблемами и падением престижа профессии из медицинских вузов начался отток перспективных, работоспособных и относительно молодых ученых-специалистов. Таким образом, казалось бы, апробированная в течение многих десятилетий организационная форма работы кафедр и больниц далеко не всегда оставалась эффективной. Причина в наличии документов об обязанностях и ответственности кафедр за лечебно-диагностический процесс при отсутствии реальных рычагов управления медицинским персоналом клинической базы. Понимая всю неопределённость взаимодействия двух коллективов, в своих многочисленных приказах,

утверждающих Положение «О клиниках...», Минздрав всегда делал акцент на необходимости совместной работы администрации лечебно-профилактического учреждения и кафедры. Однако одни призывы в таком серьезном деле, естественно, не помогли приблизить решение проблемы.

В течение многих десятилетий доказывалась необходимость работы клинических баз на рациональной основе. Но попытки были обречены на неудачу. Главное, что мы должны сделать при подготовке нового Положения о клинической больнице, - это наконец освободиться от довлеющей над всеми нами порочной доминанты о совместном руководстве и совместной ответственности за лечебно-диагностический процесс.

Сохранение научного потенциала

Необходимость рационального объединения связана не только с повышением эффективности работы клинических баз, но и с возможностью сохранения научно-практического потенциала кафедр страны. Из-за проблем финансирования значительное число преподавателей занимаются «нетрадиционной» деятельностью, не адекватной занимаемой должности. Страдает репутация. Из высшей школы уходят не только кандидаты, но и доктора наук. Это проблема многих регионов России, т.к. внутренние резервы не бесконечны.

Мы отвечаем за сохранение системы высшего медицинского образования России и ее научного потенциала. Решение этой проблемы прежде всего видим в объединении кафедр и клинических баз на функциональной основе, т.е. во внутриведомственной интеграции вузов и практического здравоохранения, что позволит усилить науку, особенно прикладную. Таким образом функциональное объединение кафедр и клинических баз позволит не только повысить эффективность здравоохранения, но и стабилизировать и качественно улучшить положение научно-практических кадров. На базе такого объединения можно планировать сокращение приема в вузы, коек в стационарах, одновременно сохраняя и улучшая перспективный золотой фонд научно-практических кадров медицинских вузов России. Необходимо также продумать формы утилитарного использования различных теоретических кафедр – микробиологии, медицинской физики, химии и других – в производственном процессе для целей клинической лабораторной диагностики.

Как проблема решается в других странах? Известно, что ни в одной стране руководитель клиники не является главным врачом, как в нашем,

отечественном варианте. Везде существует четкое разделение функций. Профессор руководит процессом диагностики и лечения больных и повышения квалификации медицинского персонала и несет за это ответственность. Менеджер, желательно также с медицинским образованием, обеспечивает необходимые условия лечебно-диагностического процесса. Возникают ли проблемы от такого разграничения полномочий в системе здравоохранения какой-либо страны? Эта тема даже не обсуждается. В ином варианте она абсурдна и присутствует лишь в здравоохранении России.

Кто «за» и кто «против»?

Возникает вопрос: «Кому нужно сохранить status quo?» Или: «Кому это выгодно?». Вряд ли вызывает сомнение, что ученые клинических кафедр представляют собой профессионалов высокого класса. Следовательно, реальный приход этих специалистов к управлению лечебно-профилактическим процессом выгоден в первую очередь пациентам.

Нужно ли это руководителям кафедр, профессорам, доцентам? Сейчас нужно, как никогда. Реальный их приход в практическое здравоохранение, подтвержденный правами и обязанностями, экономическими интересами, - это, по сути, единственный способ предотвратить отмирание клинических кафедр вузов.

Выгодно ли это главным врачам? По большому, главному, счету – да. Давно ли занимался главный врач диагностикой и лечением? Ответ понятен. Так почему он отвечает за то, чем он практически не занимается? Обязанностей и ответственности у главных врачей и без того хватит с учетом поиска источников финансирования и контроля за рациональным расходованием средств. Сегодня уже значительная часть главных врачей занимается только этим, главным, направлением, забирающим все время.

А теперь спросим: «Кому это невыгодно?» Слиянию науки и практики здравоохранения препятствуют главные врачи, усматривая в этом угрозу своей власти. Клинические кафедры вузов для подавляющего большинства главных врачей казались, а сейчас тем более, чужими, а в ряде случаев даже ненужными.

Противниками объединения кроме главных врачей могут быть очень старые и больные руководители кафедр, которые свыклись за последние годы со своим мягким креслом и почетным местом в президиуме («ветер перемен», конечно, необходим, но «только после нас»). Возложение на них реальной

ответственности неизбежно приведет к их дискредитации и, следовательно, обновлению и укреплению научно-практических кадров вузов.

Ректоры по ряду причин не являются активными инициаторами объединения: это означает портить отношения с главными врачами во имя иллюзорного будущего. В 1992 году ректоры медицинских вузов России обратились к Б.Ельцину и Е.Гайдари с просьбой положить конец двоевластию в клинических базах и определить ответственность кафедр за лечебно-диагностический процесс. Мы получили тогда поддержку правительства, но вопрос не был решен из-за ухода Гайдара в отставку.

Департаменты здравоохранения регионов не должны противостоять этой идее, т.к. чрезмерного роста финансовых затрат не предвидится. В условиях разделения полномочий больницы становятся более управляемыми как в медицинском, так и в экономическом плане, а разделение ответственности с учеными-специалистами снимет с них лишнюю «головную боль».

Профессор Борис КИБРИК (Ярославская медицинская академия).