

Российская газета, 05.08.1998 г.

КТО ЖЕ В БОЛЬНИЦЕ ГЛАВНЫЙ?

Почему медицинская наука стала «приживалкой» в современной клинике

Здравоохранение России традиционно формировалось под влиянием научно-практических школ. Всем известны имена выдающихся ученых и клиницистов-практиков Пирогова, Боткина, Вишневого... Затем была сооружена система, при которой уже научно-учебные кафедры медицинских вузов были прикреплены к различным лечебным учреждениям. Ни наука, ни практика от этого ничего не приобрели, а вот больные – те, конечно, многое потеряли.

В последнее десятилетие ситуация заметно усугубилась. Авторитет профессора в практическом лечебном учреждении во многом утратил свое значение. Для практикующего врача в рыночных условиях высший авторитет – тот руководитель, который определяет его должностное положение и финансирование, то есть главврач. Не приходится удивляться, что рекомендации высокого профессионала попросту игнорируются. Персонал больницы начинает ориентироваться не на интересы больного, а на иные, скажем так, псевдоэкономические цели. Хотя при этом все новые платные заведения стремятся пристроиться подле вывески с высоким научным именем, бессовестно торгуя чужим авторитетом.

В стране более двух тысяч базовых научно-клинических практических центров. И только потому, что никак не решается вопрос о четкой регламентации правового статуса, уровень их работы много ниже реального потенциала. Медики обсуждают эту проблему уже добрый десяток лет, все сходятся на том, что положение нетерпимо и его надо менять, но... Скрытое противостояние между руководителями кафедр и главврачами – кто из них главнее? – отразилось на открытом противостоянии главков Минздрава. Они дают подчас взаимоисключающие заключения по разрабатываемым положениям.

Вот и теперь нам предложен для совместного обсуждения проект приказа министерства, призванный решить проблему. В основу взяты положения десятилетней давности, рожденные в иной стране, в иной социально-экономической системе. Через весь текст вновь идут тезисы о совместной

работе главного врача и заведующего кафедрой. Но мы-то как раз сегодня и должны освободиться от довлеющей над всеми нами доминанты о совместном руководстве и совместной ответственности за лечение больного.

Нужен недвусмысленный приказ о четком разграничении ответственности главного врача как администратора, обеспечивающего функционирование лечебного учреждения, и заведующего кафедрой – директора, формального и неформального руководителя клиники, ответственного за лечебно-диагностический процесс.

Затронутая проблема многоаспектна. Связана она и с возможной реорганизацией высшей медицинской школы. Учитывая территориальные особенности России, оптимизацию подготовки медицинских кадров нельзя решать за счет ликвидации периферийных академий: ведь они являются специализированными региональными научно-лечебными центрами, обеспечивающими оказание самого высокого уровня медицинской помощи россиянам как в центре, так и в отдаленных территориях.

Вывод тут один. Внутриведомственная интеграция вузов и практического здравоохранения позволит усилить науку, особенно прикладную.

Среди нынешних руководителей лечебных учреждений немало талантливых организаторов дела. За ними останутся функции контроля по рациональному использованию финансовых средств, за ними – обширное творческое поле по реализации медицинских услуг, по привлечению средств в сферу здравоохранения. А это мощные рычаги влияния на все процессы деятельности лечебного учреждения. Но главврач не будет вмешиваться, как ныне, в назначенное врачом и одобренное директором клиники, профессором лечение и прочие сугубо профессиональные дела. Безусловно, право на свою клинику, на руководство медицинским учреждением должно определяться специалистами-учеными: директор клиники должен избираться ученым советом и утверждаться соответствующим государственным органом региона.

Борис Кибрик, профессор, заведующий кафедрой Ярославской медицинской академии.(соавтор)