

## НАМ ПИШУТ LETTERS TO EDITOR

© ЯРГИН С.В., 2024

Яргин С.В.

### О руководстве медицинских организаций: комментарий с учётом зарубежного опыта

В статье О.Е. Хорошаева и В.Н. Трегубова «Опыт отечественного и зарубежного здравоохранения по назначению на должности руководителей медицинских организаций специалистов без медицинского образования (обзор литературы)» написано про руководство больницами в Германии следующее: «деятельность генерального директора, который является врачом, повышает затраты, но также удовлетворённость пациентов. Руководители из числа топ-менеджеров имеют лучшие экономические показатели» [1]. В 1990–2001 гг. (с перерывами) я работал или проходил стажировки в разных больницах Германии — как восточной, так и западной её части. Насколько мне известно, генеральных директоров больниц там не было. Функции главного врача больницы поделены между собственно главврачом (*leitender Chefarzt*), ведающим преимущественно медицинскими вопросами, и директором, руководящим техническими и экономическими делами. Российский главврач, объединяющий эти функции, иногда превращается в менеджера и забывает о медицине; в результате некоторые главврачи концентрировали своё внимание на евроремонтах, похоронном бизнесе и др. [2]. Противоречий между руководителями возникать не должно, если у обоих добросовестный подход, направленный на улучшение качества медицинской помощи и основанный на принципах медицинской этики.

Далее читаем: «Не стоит ожидать от работы руководителя медицинским коллективом высокого качества медицинской помощи, если он не обладает такими врачебными качествами, как... врачебная этика» [1]. Отметим, что медицинская (не только врачебная) этика — это наука, а в упрощённом понимании — набор инструкций, как поступать в определённых обстоятельствах. Среди актуальных вопросов медицинской этики можно назвать следующие: применение принципа информированного согласия в зависимости от возраста и состояния сознания пациента, в том числе при различных инфекциях; кому выдавать копии медицинской документации, как действовать при наличии косвенных (рентгенологических или визуальных) признаков насилия, в том числе над несовершеннолетними. Куда и как конфиденциально и без лишних сложностей сообщать о таких подозрениях? Как действовать при обоснованном подозрении на недобросовестность коллег, среднего медперсонала, научных исследователей, руководства, если это ставит под угрозу здоровье пациентов? Ответы на эти и другие актуальные вопросы трудно найти

в отечественной литературе по медицинской этике. Наконец, вызывает озабоченность тенденция размещения (после «евроремонтов») докторов в ординаторских или залах большой площади. Возможно, играет роль пример Китая, где качественный уровень медицины неравномерен и местами невысок [3, 4]. Отметим, что в Европе доктора, закончившие последипломное образование, как правило, располагаются в отдельных кабинетах. Сегодня это не препятствует консультациям, которые легко проводить с помощью электронных средств связи.

Контроль за соблюдением медицинской этики за рубежом осуществляется независимыми медицинскими ассоциациями. Наверное, у нас тоже надо будет создать такую ассоциацию; наверняка, найдутся добросовестные и компетентные специалисты для руководства подобной организацией. В связи с этим подчеркнём, что в условиях законности и соблюдения медицинской этики рыночная экономика создаёт условия для соревнования конструктивных идей, инноваций и качества [5], а при несоблюдении — конкуренция иногда оборачивается дискредитацией бесплатной медицины. В случае серьёзных нарушений не обойтись без помощи правоохранительных органов, которые с одинаковой эффективностью должны выявлять нарушения законности в государственных и частных учреждениях. Некоторые приведённые выше соображения были опубликованы в «Австрийской зубоврачебной газете» [6]; в последовавшей переписке зарубежные коллеги давали следующие советы: за незаконную оплату, вмешательства без достаточных показаний и несоблюдение принципа информированного согласия предупреждать, а затем лишать права заниматься медицинской практикой. После лишения можно выдавать целевые разрешения на работу в отдалённых регионах или в учреждениях с нехваткой соответствующих специалистов. Для осуществления названных мер необходим эффективный, свободный от коррупции механизм.

По сравнению с государственной системой здравоохранения страховая медицина требует участия врачебных объединений и страховых компаний, т. е. большого числа сотрудников, не занятых непосредственно оказанием медицинской помощи. Для поддержания инфраструктуры страховой медицины нужны значительные финансовые вложения. Поскольку страховая медицина в России уже создана, на данном этапе может принести пользу заимствование принятого в Германии механизма цены пункта,

который был описан в предыдущей статье [2]. В отечественной литературе применялся термин «балльная система цен на медицинские услуги» [7]. По мнению автора, во избежание терминологической путаницы, немецкий термин Punkt лучше не переводить, а транслитерировать как «пункт». Новый русский термин «медицинская услуга» тоже не оптимален, поскольку врачи не относятся к обслуживающему персоналу. Немецкий и английский аналоги (Leistung, Service) лишены коммерческих ассоциаций; наверное, вместо «услуги» было бы лучше использовать термин «действие».

Результатом вышеназванного механизма является сближение условий финансирования разными страхов-

щиками, т. е. выравнивание цен на одни и те же «услуги», независимо от страховщика. Это позволило бы направить часть пациентов, застрахованных по обязательному страхованию, в частные медицинские центры и к частнопрактикующим врачам. Вероятно, понадобится небольшая франшиза как средство против досужих посетителей и симулянтов. Эффективным способом устранения очередей должна стать рациональная организация приёма с помощью персонала и технических средств. Важно, чтобы у сотрудников поликлиник появилась заинтересованность в привлечении пациентов, что в целом способствовало бы более внимательному отношению к нашим согражданам, нуждающимся в медицинской помощи.

## ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 3–6 см. References)

1. Хорошаев О.Е., Трегубов В.Н. Опыт отечественного и зарубежного здравоохранения по назначению на должности руководителей медицинских организаций специалистов без медицинского образования (обзор литературы). *Здравоохранение Российской Федерации*. 2023; 67(2): 156–62. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-2-156-162> <https://elibrary.ru/xpcom>
2. Яргин С.В. О медицинском страховании: соображения на основе зарубежного опыта. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2016; 60(4): 214–6. <https://doi.org/10.18821/0044-197X-2016-60-4-214-216> <https://elibrary.ru/wgxjof>
7. Гареева И.А. *Обязательное медицинское страхование: история и перспективы*. Хабаровск; 2014. <https://elibrary.ru/bwunfp>

## REFERENCES

1. Khoroshaev O.E., Tregubov V.N. Experience of domestic and foreign healthcare by appointment of specialists without medical education to the head positions of medical institutions (literature review). *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii*. 2023; 67(2): 156–62. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-2-156-162> <https://elibrary.ru/xpcom> (in Russian)
2. Yargin S.V. On medical insurance: considerations based on foreign experience. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii*. 2016; 60(4): 214–6. <https://doi.org/10.18821/0044-197X-2016-60-4-214-216> <https://elibrary.ru/wgxjof> (in Russian)
3. Eggleston K., Ling L., Qingyue M., Lindelow M., Wagstaff A. Health service delivery in China: a literature review. *Health Econ*. 2008; 17(2): 149–65. <https://doi.org/10.1002/hec.1306>
4. Sun X., Liu X., Sun Q., Yip W., Wagstaff A., Meng Q. The Impact of a pay-for-performance scheme on prescription quality in rural China. In: *Health Care Policy in East Asia: A World Scientific Reference*. Hoboken, New Jersey: Wiley; 2020: 706–22. [https://doi.org/10.1142/9789813236134\\_0009](https://doi.org/10.1142/9789813236134_0009)
5. Green D.G. *Everyone a Private Patient: An analysis of the structural flaws in the NHS and how they could be remedied*. London: IEA; 1988.
6. Jargin S.V. Zahnmedizin in Russland: von Bohrarbeiten zum Brückenbau. *Österreichische Zahnärzte-Zeitung*. 2008; (12): 12–13. (in German)
7. Gareeva I.A. *Compulsory Medical Insurance: History and Perspectives [Obyazatel'noe meditsinskoe strakhovanie: istoriya i perspektivy]*. Khabarovsk; 2014. <https://elibrary.ru/bwunfp> (in Russian)

Поступила 17.07.2023 / Принята к печати 18.10.2023 / Опубликовано 28.06.2024  
Received: July 17, 2023 / Accepted: October 18, 2023 / Published: June 28, 2024

### Информация об авторе

Яргин Сергей Владимирович, доктор мед. наук, Москва, Россия.  
E-mail: [sjargin@mail.ru](mailto:sjargin@mail.ru)

### Information about the author

Sergei V. Jargin, MD, PhD, DSci, Moscow, Russian Federation,  
<https://orcid.org/0000-0003-4731-1853> E-mail: [sjargin@mail.ru](mailto:sjargin@mail.ru)