**Лицензирование медицинской деятельности в образовательных учреждениях**

**Медицинская деятельность ДОУ**

В соответствии с действующим **Типовым положением о дошкольном образовательном учреждении**, утв. приказом **Минобрнауки** России от 27.10.2011 № 2562 (далее -Типовое положение о ДОУ), к основным **задачам** ДОУ относится осуществление деятельности медицинского характера, в частности, проведение коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии воспитанников.   
  
Согласно п. 7 Типового положения о ДОУ при наличии в учреждении соответствующих условий ДОУ проводит **реабилитацию детей-инвалидов**. На основании п. 8 Типового положения обязанности некоторых видов ДОУ предусматривают:

* проведение **санитарно-гигиенических, лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий** и процедур (для ДОУ "Детский сад присмотра и оздоровления");
* квалифицированную **коррекцию недостатков** в физическом и (или) психическом развитии одной и более категорий детей с ограниченными возможностями здоровья (для ДОУ "Детский сад компенсирующего вида");
* коррекцию недостатков в физическом и (или) психическом развитии воспитанников (для ДОУ "Центр развития ребенка") и др.

В зависимости от потребностей населения в любом ДОУ могут создаваться группы **компенсирующей, оздоровительной или комбинированной направленности**. В таких группах должна обеспечиваться квалифицированная коррекция недостатков в физическом и (или) психическом развитии и дошкольное образование детей с ограниченными возможностями здоровья. Группы оздоровительной направленности создаются для детей с **туберкулезной интоксикацией**, **часто болеющих** и других категорий воспитанников, нуждающихся в длительном лечении и проведении для них необходимого комплекса специальных лечебно-оздоровительных мероприятий. В этих случаях дошкольное образование совмещается с комплексом санитарно-гигиенических, лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий и процедур.   
  
Право на осуществление таких услуг в необходимом объеме возникает у ДОУ только при наличии **медицинской лицензии**. При этом недавно принятое постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково" (далее - Положение о лицензировании медицинской деятельности) существенно усложняет процедуру лицензирования для ДОУ.

**Лицензируемая медицинская деятельность**

В соответствии с новым Положением о лицензировании медицинской деятельности лицензированию подлежит медицинская деятельность, выполняемая при оказании **первичной медико-санитарной, паллиативной медицинской помощи, медицинских осмотров, санитарно-противоэпидемических** (профилактических) мероприятий в рамках предоставления медицинской помощи.   
  
К видам лицензируемой медицинской деятельности, осуществляемой в ДОУ,  относятся работы (услуги):

* по вакцинации (проведению профилактических прививок);
* гигиене в стоматологии;
* гигиеническому воспитанию;
* диетологии;
* лабораторному делу;
* лечебной физкультуре;
* медицинским осмотрам (предварительным, периодическим);
* медицинским осмотрам профилактическим;
* медицинской статистике;
* медицинскому массажу;
* медицинской реабилитации;
* офтальмологии;
* санитарно-гигиеническим лабораторным исследованиям;
* стоматологии детской;
* физиотерапии и др.

**Проблемы ДОУ в связи с новыми требованиями по лицензированию медицинской деятельности**

Лицензия на вышеперечисленные и другие виды медицинской деятельности может быть выдана ДОУ (помимо соответствия другим "традиционным" требованиям, например, о наличии помещения, медицинских изделий, специалистов и т. п.) при условии наличия:

* у руководителя и заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - **высшего медицинского образования, послевузовского** и (или) **дополнительного профессионального** образования, предусмотренного **квалификационными требованиями** к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности "организация здравоохранения и общественное здоровье";
* у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и **сертификата** специалиста (для специалистов с медицинским образованием);
* заключивших с соискателем лицензии **трудовых договоров** работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием) (подп. "в", "г", "д", "е" п. 4 Положения о лицензировании медицинской деятельности).

Указанные обстоятельства вынуждают ДОУ искать для выполнения обязанностей по руководству медицинским персоналом (кабинетом) специалиста с высшим медицинским образованием, имеющего также послевузовское профессиональное образование (интернатуру, ординатуру) или дополнительное профессиональное образование, сертификат специалиста и стаж медицинской работы. Такие квалификационные требования установлены Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих (Раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения", утв. приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н).   
Варианты организации медицинского обслуживания воспитанников в ДОУ   
  
Основное правило оказания медицинских услуг в ДОУ, закрепленное в п. 4 ст. 51 Закона РФ от 10.07.1992 № 3266-1 "Об образовании" (далее - Закон об образовании) и п. 23 Типового положения о ДОУ, предусматривает, что "медицинское обслуживание воспитанников в дошкольном образовательном учреждении **обеспечивают органы здравоохранения**. Дошкольное образовательное учреждение обязано предоставить помещение с соответствующими условиями для работы медицинских работников". Формулировка предполагает направление органами здравоохранения медицинских работников, состоящих в штате подведомственных лечебно-профилактических учреждений (далее - ЛПУ), на работу в ДОУ.   
  
Тем не менее зачастую (особенно в коррекционных ДОУ) медицинское обслуживание воспитанников осуществляется **штатными медицинскими работниками** ДОУ.   
обратите внимание   
  
Возможен такой вариант: ЛПУ открывает свое структурное подразделение на базе ДОУ в помещениях, предоставленных ДОУ по договору безвозмездного пользования или аренды. Также договором между ДОУ и ЛПУ должны быть определены обязанности подразделения ЛПУ по оказанию необходимых медицинских услуг воспитанникам ДОУ. В таком случае лицензия должна выдаваться ЛПУ (его подразделению).

**Действия ДОУ в связи с отказом в лицензии на осуществление медицинской деятельности**

В случаях отказа в выдаче, отзыва или окончания срока действия лицензии на осуществление медицинской деятельности ДОУ утрачивает право осуществлять лицензируемые виды медицинской деятельности, перечисленные выше, и обязано незамедлительно прекратить работу.   
  
Основная деятельность ДОУ недопустима и в принципе невозможна без медицинского обслуживания воспитанников. В соответствии с п. 1 ст. 51 **Закона "Об образовании"** образовательное учреждение "создает условия, гарантирующие охрану и укрепление здоровья обучающихся, воспитанников". Приказом Минобр-науки России от 28.12.2010 № 2106 утверждены федеральные требования к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников.   
  
Очевидно, что прекращение медицинского обслуживания может повлечь за собой не только **нарушение законодательства об образовании**, но и тяжкие последствия,   
например, **массовые заболевания, отравления,** за которые предусмотрена уголовная ответственность должностных лиц и иных работников ДОУ. В такой ситуации, когда отсутствие медицинской лицензии не позволяет выполнять уставные задачи, ДОУ следует временно приостановить работу до получения лицензии (издается соответствующий приказ заведующего ДОУ). Возможны несколько **вариантов решения проблемы,** в т. ч. заблаговременного.   
  
**Вариант 1.** Направить со ссылкой на упомянутые выше нормы образовательного законодательства об организации медицинского обслуживания воспитанников докладную в вышестоящий орган, выполняющий функции учредителя, с просьбой решить вопрос с органами здравоохранения о направлении в ДОУ специалиста с высшим медицинским образованием, соответствующего всем требованиям квалификационных характеристик, для руководства медицинским персоналом ДОУ.   
**Вариант 2.** Ввести в штатное расписание ДОУ одну из следующих должностей исходя из возможностей ДОУ и потребностей в обеспечении медицинского обслуживания:   
- врач-педиатр (квалификационные требования: высшее профессиональное образование по одной из специальностей "Лечебное дело", "Педиатрия" и послевузовское профессиональное образование (интернатура и (или) ординатура) по специальности "Педиатрия" или профессиональная переподготовка по специальности "Педиатрия" при наличии послевузовского профессионального образования по специальности "Общая врачебная практика (семейная медицина)"; сертификат специалиста по специальности "Педиатрия"; без предъявления требований к стажу работы);

* заведующий медицинским кабинетом (квалификационные требования: высшее профессиональное (медицинское) образование, послевузовское профессиональное образование и (или) дополнительное профессиональное образование и сертификат специалиста по специальности в соответствии с Квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утверждаемыми в установленном порядке, стаж работы по специальности - не менее 5 лет);
* главная медицинская сестра (квалификационные требования: высшее профессиональное образование по специальности "Сестринское дело" и сертификат специалиста по специальности "Управление сестринской деятельностью", стаж работы по специальности - не менее 5 лет);
* врач-специалист (квалификационные требования: высшее профессиональное образование по специальности "Лечебное дело", "Педиатрия", "Стоматология", "Медицинская биофизика", "Медицинская биохимия", "Медицинская кибернетика", послевузовское и (или) дополнительное профессиональное образование и сертификат специалиста по специальности в соответствии с Квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утверждаемой в установленном порядке, без предъявления требований к стажу работы).

Введение в штатное расписание перечисленных должностей возможно на **половину ставки (рабочего времени)** в зависимости от объема руководства и **контроля деятельности** медицинского персонала.   
  
В случае введения в штатное расписание ДОУ должности специалиста с высшим медицинским образованием необходимо направить учредителю **докладную** с обоснованием пересмотра нормативов финансового обеспечения ДОУ.

**Нормативные документы**

**Закон РФ** от 10.07.1992 № 3266-1 "Об образовании" (ред. от 01.04.2012)   
**Постановление** Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")»   
Федеральные требования к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников, утв. приказом Минобрнауки России от 28.12.2010 № 2106   
Типовое положение о дошкольном образовательном учреждении, утв. приказом Минобрнауки России от 27.10.2011 № 2562

В новом законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятого Государственной Думой дано определение понятию медицинская деятельность, а именно:

- медицинская деятельность - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях (4).

Медицинская деятельность – это деятельность медицинских профессионалов. В сфере здравоохранения носителем профессии являются врачи и средний медицинский персонал. Именно их деятельность по лечению пациентов и должна лицензироваться, потому что именно их деятельность является потенциально вредообразующей, так как способна нанести вред, ущерб здоровью гражданина. А по закону лицензирование ведь и осуществляется именно в целях предотвращения ущерба жизни или здоровью граждан (3).

Медицинская организация в соответствии с законодательством осуществляет медицинскую деятельность, но право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат специалиста (5).

Однако, выдавая лицензию юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям, государство на практике лицензирует хозяйственную деятельность медицинских организаций, не принимая во внимание медицинскую. Юридическое лицо и индивидуальный предприниматель, являясь хозяйствующими субъектами, только обеспечивают и создают условия для осуществления медицинской деятельности врачами и средним медицинским персоналом. Именно врачи непосредственно лечат пациента, именно от их клинического мышления и профессионализма зависит жизнь и здоровье граждан при обращении за медицинской помощью, а не от главного врача медицинской организации.

Лицензионные требования и условия, определённые «Положением о лицензировании медицинской деятельности» и утверждённые постановлением Правительства РФ от 22 января 2007 г. N 30 не имеют никакого отношения к непосредственной деятельности врачей и медсестёр и не направлены на предотвращение нанесения вреда, ущерба здоровью пациентов (6). Ответственность, которая возникает при их выполнении, никоим образом не влияет на процесс лечения пациента.

Лицензирование медицинской деятельности по фактическому адресу откровенно противодействует развитию здравоохранения в России, создаёт условия, при которых невозможно иногда оказать квалифицированную медицинскую помощь без нарушения лицензионных требований и условий.

При нахождении пациента в стационаре часто требуется проведение консультаций специалистов, которых нет в штате больницы. Приглашённый специалист не имеет права оказывать консультативные услуги на территории больницы, так как у организации нет в приложении к лицензии данного вида работ и услуг. Тем не менее, консультации в нарушение законодательства проводятся, так же как и проводится последующее рекомендованное консультантом лечение пациента. В данном случае складывается парадоксальная ситуация – с целью недопущения нанесения вреда, ущерба здоровью пациента необходимо нарушить законодательство о лицензировании, действие которого как раз и направлено на недопущение вреда, ущерба здоровью граждан.

На заре лицензирования медицинской деятельности в Москве консультативные услуги и помощь на дому лицензировались отдельной строкой. Наличие помещений при этом не требовалось. Деятельностью этой занимались, как правило, индивидуальные предприниматели, в основной массе имевшие высокие научные знания и большой опыт практической работы. При этом они несли ответственность за качество оказываемых услуг перед пациентом.

Индивидуальный предприниматель, оказывавший консультативную медицинскую помощь и помощь на дому оказался вытесненным с рынка медицинских услуг не экономическими методами, а административными.

Исключение из товарообмена медицинских услуг индивидуальных предпринимателей консультантов одним только пунктом лицензионных требований и условий привело к тому, что организации вынуждены оформлять консультантов по трудовому договору в штатное расписание, при этом перераспределяя гражданско-правовую ответственность за качество работы консультанта перед пациентом на юридическое лицо, тогда как ранее непосредственный исполнитель – индивидуальный предприниматель нёс самостоятельно ответственность перед пациентом (7).

Незаконными при этом оказываются и такие услуги, как помощь на дому, стационар на дому. Невозможно получить лицензию на работу передвижного стоматологического и флюорографического кабинетов. Тем самым всё более недоступной становится медицинская помощь на селе.

Порядок лицензирования по фактическому адресу отрицательно сказывается не только на лечении пациентов, но и на выполнении государственных программ медицинского обеспечения населения доступной медицинской помощью.

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 19 марта 2001 г. N 196 «Об утверждении Типового положения об общеобразовательном учреждении» медицинское обслуживание обучающихся в общеобразовательном учреждении (школе) обеспечивается медицинским персоналом, который закреплен органом здравоохранения за этим общеобразовательным учреждением и наряду с администрацией и педагогическими работниками несет ответственность за проведение лечебно-профилактических мероприятий, соблюдение санитарно-гигиенических норм, режим и качество питания обучающихся (8).

Министерством здравоохранения и социального развития РФ 15 января 2008 г. за N 207-ВС утверждены «Методическими рекомендациями по организации деятельности медицинских работников, осуществляющих медицинское обеспечение обучающихся в общеобразовательных учреждениях», в которых прописано примерное «Положение об организации деятельности медицинских работников, осуществляющих медицинское обеспечение обучающихся в общеобразовательных учреждениях» (9).

Однако, проблема исполнения нормативных документов заключается в том, что лицензирование по фактическому адресу предусматривает наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, помещений, оборудования и медицинской техники, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям.

На практике детская поликлиника не имеет права получить лицензию на медицинскую деятельность, так как помещения школьного медицинского пункта принадлежат школе и для того, чтобы передать их поликлинике для осуществления медицинской деятельности, необходимо по закону данные помещения выставить на торги. И не факт, что эти торги выиграет прикреплённая поликлиника. Школа же, владея помещениями, не может получить лицензию на медицинскую деятельность, потому что в этом случае необходимо вводить в штаты школы медицинский персонал и закупать необходимое медицинское имущество. Финансовых средств на это, как правило, нет. Получается замкнутый круг, обусловленный существующей системой лицензирования, заставляющей школу в конце концов тратить огромные средства на самостоятельное содержание школьных медицинских пунктов.

Лицензионное требование и условие о наличии у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, помещений, соответствующих установленным к ним требованиям не имеет никакого отношения к деятельности практикующих врачей, то есть к самой медицинской деятельности. Профессиональная деятельность осуществляется и в помещении и вне помещения, при этом принадлежность этих помещений на праве собственности или ином законном основании никоим образом не влияет на качество оказываемых медицинских услуг и не имеет никакого отношения к возможности нанесения вреда, ущерба здоровью пациентов.

Аналогично и требование о наличии у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании оборудования и медицинской техники, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям. Если выдаётся лицензия с указанием работ и услуг по ультразвуковой диагностике, то понятно, что врач без наличия аппарата-УЗИ просто не будет работать, так же как и другие врачи функциональной диагностики. Но обеспечение необходимой аппаратурой является делом хозяйственника, а не врача специалиста. Лицензия выдаётся на медицинскую деятельность, которая будет осуществляться на этом оборудовании, а не на само оборудование.

Остальные 10 лицензионных требований и условий, установленных «Положением о лицензировании медицинской деятельности» также относятся к хозяйственной деятельности медицинской организации и не имеют никакого отношения к непосредственно осуществляемой врачом медицинской деятельности (6). Выполнение данных лицензионных требований и условий не гарантирует пациенту защиту от возможного нанесения вреда, ущерба здоровью.

Поэтому и лицензионный контроль, проводимый органами лицензирования, направлен на проверку именно хозяйственной деятельности и не затрагивает вопросы оказания медицинской помощи.

Сохранившаяся социалистическая система здравоохранения Семашко неприменима в капиталистическом обществе, которое формируется уже два десятилетия в России. Сохранившаяся в наследство от Советского Союза социалистическая система контроля неэффективна в капиталистическом обществе. Чуждое социализму лицензирование и лицензионный контроль государство естественно никак не может приспособить к социалистическому государственному здравоохранению и капиталистической частной системе здравоохранения. И какие бы законы о лицензировании не принимались, на практике всё-равно органы лицензирования делают всё по-другому и с нарушением законодательства.

Изменить сложившуюся ситуацию можно только изменением лицензионных требований и условий при осуществлении медицинской деятельности, при этом прекратить проверять и вмешиваться в хозяйственную деятельность медицинских организаций, а сосредоточить внимание именно на процессе оказания медицинской помощи. Лицензионный контроль в этом случае должен носить профилактическую, а не карательную направленность и орган лицензирования при этом должен нести солидарную ответственность с лицензиатом перед пациентом. Не штрафы, а ответственность органа лицензирования за результаты проверки помогут качественно изменить действенность и эффективность лицензионного контроля. При этом лицензионный контроль будет играть привентивную роль, не допуская возникновения судебных исков со стороны пациентов. Как государство, так и медицинская организация заинтересованы в том, чтобы пациенту оказывалась медицинская помощь надлежащего качества, следовательно, и усилия обеих сторон должны прилагаться в одном направлении, при этом каждый имеет свою ответственность перед пациентом.

Необходимо изменить лицензионные требования и условия при осуществлении медицинской деятельности. При этом убрать все требования к хозяйственной деятельности, а в качестве приоритета поставить критерии обеспечения безопасности пациента. Именно обеспечение безопасности пациентов должно стать ключевым моментом при осуществлении медицинской деятельности. Если мы не можем оторваться от социалистической системы здравоохранения, то хотя бы в вопросе оказания медицинской помощи необходимо сделать первый шаг в направлении мирового опыта.

**Соблюдение стандартов безопасности пациента должно стать первым лицензионным требованием и условием.**

Внедрение стандартов оказания медицинской помощи при осуществлении медицинской деятельности ведёт в тупик по причине индивидуальности человеческого организма. Нельзя прописать одинаково для сотни пациентов то, что необходимо сделать в обязательном порядке при диагностике и лечении одно и того же заболевания, так как необходимо учитывать пол, возраст, сопутствующие заболевания, аллергологический анамнез и многое другое, что делает пациента индивидуальным. Но к ста пациентам можно применить принцип безопасности, заключающийся в том, что нельзя ни в коем случае делать в ходе диагностики и лечения. Стандарты безопасности основаны в первую очередь на учёте и анализе допущенных врачебных ошибок. Система безопасности пациентов, которая работает уже тридцать лет в мировой медицинской практике доказала свою эффективность и результативность. Стандарт безопасности соответствует основному врачебному принципу – не навреди и именно выполнение этого стандарта предотвращает причинение вреда, ущерба здоровью пациента.

Разработкой этих стандартов должно заняться профессиональное врачебное сообщество, которое на первом этапе в состоянии в достаточно короткое время представить основной набор стандартов безопасности, которые в дальнейшем можно совершенствовать в зависимости от организации работы по выявлению врачебных ошибок. Отсутствие в настоящее время достаточного количества стандартов медицинской помощи тем не менее не мешает государственным органам осуществлять контроль за соответствием качества оказываемой медицинской помощи установленным федеральным стандартам в сфере здравоохранения. Поэтому отсутствие на начальном этапе достаточного количества стандартов безопасности не является препятствием к началу данной деятельности.

**Следующим лицензионным требованием и условием должно стать соблюдение безопасных технологий при осуществлении медицинской деятельности.**

В наследство от советской власти нам достался принцип согласования и утверждения каждого документа вне зависимости соответствует это здравому смыслу или нет. Разница в вопросе применения медицинских технологий в мировой медицинской практике и у нас заключается в том, что наши врачебные технологии необходимо утверждать у чиновника, а в мировой практике медицинские технологии только оцениваются врачебным сообществом с точки зрения доказательной медицины и врач волен выбирать технологию или ту, которая наиболее применима с его точки зрения в данном конкретном случае или ту, на применение которой был заключён договор со страховой компанией.

**Третьим лицензионным требованием и условием должно быть наличие у медицинских работников, осуществляющих медицинскую деятельность сертификата специалиста, соответствующего характеру оказываемых медицинских услуг.**

Проблема последних лет, сложившая в постоянном изменении номенклатуры специальностей и квалификационных требований, привела к тому, что органы лицензирования стали запрещать медицинскую деятельность врачам, которые не в той последовательности проходили обучение. Претензии предъявляются не к тому, что они плохо работают, а к тому, что они неправильно учились. Поэтому предъявление одного только сертификата без дополнительных бумаг решила бы проблему последних лет. Ведь за допуск к экзамену и за выдачу сертификата специалиста несёт ответственность образовательное учреждение, к нему и нужно предъявлять претензии, а не к врачам.

Существующий сегодня подход к квалификации медицинских специалистов по количеству часов, проведённых в образовательном учреждении, не отражает реальной картины профессионализма врачей и средних медицинских работников.

Наличие сертификата специалиста в какой-то мере подтверждает, что данный специалист соответствует определённому уровню медицинской практики, но если бы образовательное учреждение несло солидарную ответственность с врачом за выданный сертификат специалиста, то этот документ действительно являлся бы подтверждением квалификации врача или медсестры. Пока этот документ только подтверждает, что был прослушан определённый курс по определённой тематике.

Главный врач, принимая медицинских специалистов на работу, вынужден доверять этим бумагам, за которые никто не несёт ответственности.

Предлагаемая новым законодательством об основах охраны здоровья аккредитация специалистов взамен сертификации специалистов вообще не имеет никакого отношения к квалификации врача, как специалиста медицинской практики. «Аккредитация специалиста - процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское или фармацевтическое образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи и со стандартами медицинской помощи» (10).

Оказывается, чтобы работать врачом, достаточно изучить порядок и стандарт медицинской помощи. Знание медицинской практики, наличие клинического мышления при этом необязательно. Мало того, врачу нужно каждые пять лет проходить опять аккредитацию на знание того же порядка и стандарта, по которому врач работает на практике. С 1 января 2016 года сертификат специалиста уже будет не нужен.

Такая безответственность в подходе к квалификации врачей будет сохраняться до того момента, пока не образуется Российская врачебная организация, способная не только организовать процесс обучения врачей, но и взять ответственность за качество профессиональной подготовки.

Лицензионных требований и условий должен быть минимум. Они должны быть выполнимы и проверяемы. Только в этом случае будет эффективность от лицензирования медицинской деятельности.

Лицензионный контроль в этом случае необходимо установить в виде документарной проверки, так как чиновник, не обладая достаточным профессионализмом в медицинской практике не в состоянии оценить действия врача при лечении того, или иного пациента. Такую оценку в состоянии давать только профессиональное сообщество врачей. А вот установить индикаторы, которые могли бы отражать выполнение лицензионных требований и условий, и осуществлять мониторинг медицинской деятельности лицензиата, это реальная деятельность по осуществлению лицензионного контроля, тем более что таким видом контроля можно охватить практически всех, имеющих лицензию на медицинскую деятельность.

Изменение направления лицензионного контроля от хозяйственной деятельности к профессиональной значительно ослабит давление государства на медицинские организации независимо от форм собственности.

Кроме того, учитывая возможность определения в будущем статуса врача как субъекта права, переход к лицензированию врачей будет безболезненным, так как фактическое осуществление лицензирования профессиональной деятельности уже будет организовано и к тому моменту будет наработана достаточная база как мониторинга лицензионных требований и условий, так и деятельности врача в условиях соблюдения стандартов безопасности пациента.

Проблема совершенствования государственного надзора при лицензировании медицинской деятельности подробно будет рассмотрена на I Национальном Конгрессе частных медицинских организаций в январе 2012 года (www.privatmed.ru), где будут предложены практические меры по реализации изменения лицензионных требований и условий и порядка проведения лицензионного контроля.

 Использованная литература:

1.      Доклад Комитета РСПП по совершенствованию контрольно-надзорной деятельности и устранению административных барьеров Совершенствование контрольно-надзорной деятельности и устранение административных барьеров <http://www.goskontrol-rspp.ru/component/content/article/15-report-of-the-committee/32-dokladtext.html>;

2.      Адыев, Анас Анварович Контрольно-надзорная функция современного Российского государства (политико-правовое исследование) : диссертация... кандидата юридических наук. Казань, 2007 РГБ ОД, 61:07-12/1520 ;

3.      Федеральный закон Российской Федерации от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" п.1 ст.2;

4.      Законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в третьем чтении ст. 2, п.10;

5.      Законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в третьем чтении ст. 100, п.1;

6.      Постановление Правительства Р