



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НОВЫЕ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Стародубов В.И. – д.м.н., профессор,
директор ФГУ «ЦНИИОИЗ»,
академик, вице-президент РАМН,
Кадыров Ф.Н. - д.э.н, заместитель
директора ФГУ «ЦНИИОИЗ»

В течение последнего года был принят целый ряд важнейших для здравоохранения Федеральных законов:

-
- от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений»;
-

-
- от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
-

-
- от 29.11.2010 N 313-ФЗ
"О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".
-

Принято считать,

что именно эти законодательные акты дали старт нынешнему реформированию здравоохранения (имея в виду продолжение этого процесса в виде законопроекта «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также ряде других).

Однако реформы начались не с этих
законов.

Первым этапом развернувшихся
реформ стало принятие 3 ноября
2006 г. Федеральных законов:

-
- № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях»;
 - № 175-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием федерального закона "Об автономных учреждениях", а также в целях уточнения правоспособности государственных и муниципальных учреждений».
-

Однако попытки реформировать бюджетную сферу

путем введения в 2006 году автономных учреждений, призванных «разбавить» сложившуюся сеть бюджетных учреждений, оказались неудачными.

Впрочем, для здравоохранения,
где существовал запрет на
создание автономных учреждений
путем изменения типа
существующих учреждений, это и
не удивительно.

Интересно другое –

инициаторы реформ сумели воспользоваться не вполне успешными первыми результатами внедрения автономных учреждений для практически сплошной «автономизации» бюджетной сферы – ведь бюджетные учреждения в новом статусе мало чем отличаются от автономных.

Проблемы деятельности бюджетных учреждений

здравоохранения и необходимость
принятия Федерального закона
№ 83-ФЗ обычно связывают с
ограниченностью их прав.

И соответственно, делается
вывод о том,

что новые законы, касающиеся
статуса учреждений,
принимались именно для того,
чтобы расширить права
бюджетных учреждений.

Это справедливо лишь отчасти.

Основная проблема заключается

не в ограниченности прав, а в существовавшем долгие годы дисбалансе прав и ответственности бюджетных учреждений.

Ограниченность прав бюджетных учреждений в одних сферах

(в распоряжении доходами от оказанных платных услуг и т.д.) соседствовала с необоснованно широкими правами в других сферах (использование для оказания платных услуг оборудования, приобретенного за счет бюджетных средств и т.п.).

В результате бюджетные учреждения не столько не могли, сколько не хотели работать эффективно.

Имеется в виду - эффективно с точки зрения государства и населения, поскольку и в рамках своих ограниченных прав, учреждения достаточно эффективно отстаивали собственные интересы («проедая» все финансирование без обеспечения возможного в его рамках объема и качества медицинской помощи, используя теневые платежи, скрытую аренду и т.д.).

Именно анализ того, насколько удалось устранить имевшийся дисбаланс в правах и ответственности учреждений,

насколько государство смогло обеспечить свои интересы, должен лежать в основе оценки успешности законодательного реформирования бюджетной сферы.

Сейчас сложился новый расклад
прав и ответственности учреждений
здравоохранения.

Каков баланс точки зрения
интересов самих учреждения?

Безусловно, в целом права государственных (муниципальных) учреждений расширились (правда, в отношении казенных учреждений ситуация обратная).

Наряду с расширением прав распоряжаться доходами от оказания платных услуг, появляется и больше возможностей для привлечения внебюджетных средств - вне привязки к изменению статуса учреждений.

Так, проект Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» впервые законодательно определяет порядок оказания платных медицинских услуг – ранее **специального законодательного регулирования платных медицинских услуг не существовало.**

Это позволит упорядочить систему
оказания платных услуг,
исключить (или хотя бы уменьшить)
необоснованные ограничения в этой
сфере со стороны органов власти –
требования должен устанавливать
закон, а не чиновники.

Итак, определенные положительные изменения в части прав учреждений здравоохранения произошли.

Хотя и не столь масштабные, как порой кажется.

А вот усиление ответственности
государственных (муниципальных)
учреждений и их руководителей,
действительно, можно назвать
масштабным.

Ключевыми положениями нового законодательства в этом плане являются:

- снятие государством с себя безусловных обязательств по содержанию учреждений (теперь эти обязательства достаточно жестко привязываются к объемам оказанных услуг и другим показателям деятельности учреждений);
-

-
- отказ от субсидиарной ответственности собственников по обязательствам бюджетных учреждений (а еще ранее – автономных);
-

-
- ужесточение ответственности руководителей бюджетных учреждений (а еще ранее – автономных), включая персональную материальную ответственность.
-

Теперь в договор с руководителем бюджетного учреждения в обязательном порядке вводятся следующие положения:

- 1) права и обязанности руководителя;
- 2) показатели оценки эффективности и результативности его деятельности;
- 3) условия оплаты труда руководителя;
- 4) срок действия трудового договора, если такой срок установлен учредительными документами бюджетного учреждения;
- 5) условие о расторжении трудового договора по инициативе работодателя в соответствии с ТК РФ при наличии у БУ просроченной кредиторской задолженности, превышающей предельно допустимые значения, установленные органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя.

При этом общая логика принятых законов

(включая Федеральный закон об
ОМС) вполне увязывается между
собой: дав учреждениям в ряде сфер
больше свободы, государство
ужесточает с них спрос.

Отказ от субсидиарной
ответственности собственника,
жесткие штрафные санкции,
вводимые законом об ОМС и т.д. —
это все звенья одной цепи.

Одновременно новое
законодательство предъявляет
дополнительные требования и к
самим собственникам –

исполнять функции собственника
становится не столько почетно,
сколько хлопотно – хотят они того
или нет, но работать с учреждениями
придется более активно.

Прежний принцип «хочу - командую,
хочу – нет»

уже не срабатывает – контрольные функции резко увеличились и их нужно исполнять в силу требований закона.

Тем более, что перераспределение полномочий и предполагаемая передача муниципальных учреждений здравоохранения на уровень субъекта Российской Федерации

из-за резкого увеличения числа областных (краевых и т.д.) учреждений здравоохранения многократно повысит нагрузку на органы государственной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющие функции и полномочия учредителя.

Успешное продолжение реформ

требует изменения менталитета не только у руководителей учреждений, но и у руководителей органов исполнительной власти.

Многие из них еще либо не осознали до конца суть происходящих перемен, либо не могут отказаться от психологии «не пущать».

И яркое тому подтверждение – нежелание многих органов власти снимать ограничения на предельный уровень средств, полученных от оказания платных услуг, направляемых на оплату труда, несмотря на то, что в рамках законодательства доходы, полученные от приносящей доход деятельности, поступают в самостоятельное распоряжение бюджетного и автономного учреждения.

Как видим, положение
государственных (муниципальных)
учреждений стало весьма не простым.

Они либо стали еще более подконтрольны собственнику (казенные учреждения), либо вынуждены гораздо более серьезно отвечать за результаты своей деятельности (автономные и бюджетные учреждения).

И это лишь отчасти связано с изменением статуса учреждений –

в соответствии с Федеральным законом об ОМС изменились и внешние условия хозяйствования, определяемые уже не собственником, а гражданско-правовыми отношениями в системе ОМС (жесткие штрафные санкции со стороны страховых организаций за ненадлежащее оказание медицинской помощи и т.д.).

Все это сопровождается
расширением прав застрахованных,
которые оказывают на учреждения
здравоохранения дополнительное
давление.

Опросы показывают,

что многие руководители учреждений предпочли бы более спокойный статус казенных учреждений несмотря на то, что права казенных учреждений оказались «урезанными» даже по сравнению с правами бюджетных учреждений в традиционном статусе.

Как видим,

для многих учреждений важнее не
расширение прав, а минимизация
ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Таким образом, одним из
важнейших результатов реформ
является

ожидаемое повышение
эффективности деятельности
учреждений здравоохранения.

Отчасти в силу создаваемых для
этого условий,
но прежде всего – вынужденно.

Что же касается интересов государства,

то при всей сложности однозначной
оценки последствий многочисленных
изменений в законодательстве,
хорошо видно, что новые законы
направлены, конечно же, на
отстаивание интересов государства.

Государство еще более укрепило свои позиции

в вопросах защиты бюджетов всех
уровней, других видов
собственности.

И это все на фоне кажущихся
уступок учреждениям.

Действительно, даже то, что автономные и бюджетные учреждения получают дополнительную свободу в распоряжении своими доходами и будут отвечать по своим обязательствам частью имущества, не означает угрозы для государства.

Ведь с позиций собственника даже выгоднее

вернуть долг поставщику
оборудования, которому задолжало
бюджетное учреждение, имуществом,
заработанным самим учреждением, а
не средствами из соответствующего
бюджета.

А вот с точки зрения экономических интересов, ответственности учреждений – ситуация принципиально меняется.

Для учреждений есть большая
разница –

будет ли возврат произведен из
средств «чужого» для него бюджета,
или в счет погашения долгов
придется отдать «свое»
(заработанное путем оказания
платных услуг) имущество.

Выигрышные для собственника положения

прописаны в новом законодательстве
и в отношении казенных учреждений.

При заключении казенным учреждением договоров

с превышением лимитов бюджетных
обязательств, можно по суду
расторгнуть этот договор.

Проще говоря, в подобной ситуации государство просто снимает с себя подобные обязательства, что, конечно же, служит дополнительной защитой интересов собственника.

Обезопасило себя государство

и на случай уменьшения им своих ранее принятых собственных обязательств перед казенными учреждениями – учреждение будет вынуждено договариваться о новых условиях договора – уменьшать цену услуги или объем поставок.

Следует добавить, что предполагаемый перевод муниципальных учреждений здравоохранения на уровень субъекта Российской Федерации также является мерой, направленной на укрепление государственного начала в общественном здравоохранении.

Но у самих учреждений
здравоохранения перераспределение
полномочий вызывает серьезное
беспокойство.

«Достучаться» до областного руководства при территориальной удаленности и наличии огромного числа претендентов на бюджет, на внимание со стороны властей, будет гораздо сложнее.

Прежние сформировавшиеся связи с муниципальными властями в этих условиях теряют свою значимость.

В условиях введения преимущественно одноканального финансирования

через систему ОМС, когда в тарифы попадет и часть средств, ранее выделявшихся из бюджета, государство, муниципальные власти перестают отвечать и за содержание помещений учреждений.

К тому же, предстоящая смена собственника

создает реальную угрозу потери руководителями учреждений своих должностей, поскольку в соответствии со статьей 75 Трудового кодекса при смене собственника имущества организации новый собственник не позднее трех месяцев со дня возникновения у него права собственности имеет право расторгнуть трудовой договор с руководителями организации, его заместителями и главным бухгалтером.

Подводя итоги краткого обзора новых условий функционирования учреждений здравоохранения отметим, что новое законодательство в большей степени, чем прежнее отвечает интересам государства и населения.

**Но оно открывает новые
возможности и для учреждений.**

Насколько они смогут быть реализованы

зависит и от внешних факторов (общей экономической ситуации в стране, финансовых возможностей бюджетов и системы ОМС) и от усилий самих учреждений.

При благоприятных условиях
и высокой эффективности
собственной деятельности
государственные (муниципальные)
учреждения только выиграют от
нового законодательства.

А вот при ухудшении внешних
условий

и результативности своей
деятельности учреждения
здравоохранения окажутся в
гораздо более сложном
положении, чем сейчас.

Показательным примером этого является то, что автономные и бюджетные учреждения отвечают по своим обязательствам тем же имуществом, которым вправе распоряжается самостоятельно.

При хорошем финансовом
состоянии – это право,
при плохом – ответственность.

В заключение отметим, что подчас остается незамеченным очень важная тенденция, вытекающая из рассматриваемых законов.

Она заключается в том, что
коренному переосмыслению
подвергается сам способ
обеспечения государственных
гарантий в сфере здравоохранения.

На повестку дня выходят вопросы о том, должно ли государство обеспечивать общественные нужды в сфере здравоохранения только силами подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, или возможны другие варианты?

Не целесообразнее ли государству в ряде случаев

закупать медицинские услуги у частных медицинских организаций, заниматься реализацией проектов государственно-частного партнерства, шире использовать механизмы аутсорсинга и т.д.?

Требования повышения экономической эффективности деятельности государственных (муниципальных) учреждений

рано или поздно поставит вопрос о том, какова должна быть судьба учреждений, не способных по объективным причинам (из-за изношенности зданий, нерациональной системы отопления и т.д.) соответствовать этому требованию?

Стоит ли строить для них новые здания

или следует вообще закрыть подобные учреждения, ориентируясь на закупки медицинских услуг у частных медицинских организаций, в том числе обеспечивая более широкое их участие в системе ОМС?

Очевидно, уже сейчас нужно методологически прорабатывать подобные вопросы и искать на них ответы.

Спасибо за внимание.
