

Когда эта книга готовилась к печати, на Коллегии МЗ РФ 18 марта 2003 года, посвященной «итогам работы органов и учреждений здравоохранения в 2002 году и задачам по повышению качества медицинской помощи населению», впервые в качестве системообразующей задачи была выдвинута экономически обоснованная реструктуризация сети здравоохранения. К концу 2003 года в качестве одной из трех системоразвивающих программ планируется подготовить и утвердить Программу реструктуризации сети лечебных учреждений (наряду с Программой государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи и программой управления качеством в здравоохранении). Также заявляется о сокращении коечной сети на 20%, модернизации системы ОМС «как исчерпавшей свои резервы в существующих рамках», расширении организационно-правовых форм медицинских учреждений (организаций).

Реализация такой программы, кроме целенаправленной работы органов управления здравоохранением, потребует внесения поправок в законодательство, определения новых стационарно-амбулаторных пропорций; она вызовет пересмотр расположения и топографии медицинских организаций в пределах медико-производственного комплекса, источников финансирования, оплаты труда, соплатежей, ценообразования во всем его многообразии, механизмов защиты от «распыления» бюджетных средств, создания четкой и прозрачной структуры медицинских организаций и их полномочий и других параметров функционирования индустрии здоровья.

В связи с этим, учитывая требования к экономической обоснованности реструктуризации, необходимо правильно определить принцип реструктуризации сети лечебных учреждений, основанный на уже действующих законодательных актах и приемлемый для сложившегося де-факто положения вещей (см. главу 10).

Наиболее логичным в такой ситуации видится разделение — в первую очередь — по источникам финансирования. Почти все 18 тысяч медицинских организаций в системе Минздрава РФ (без выделения стационарных, амбулаторных, диспансерных, учебно-научных, научно-производственных и т. д.) существуют в организационно-правовой форме некоммерческих организаций — учреждений.

Организационно-правовая форма «учреждения» должна составлять 50—60% производственной базы здравоохранения, в основном территорий скорой и неотложной видов помощи, работать в рамках бюджетно-сметного финансирования, имеющего источником только бюджет (реальный) и платежи по линии ОМС. Имущество государственного учреждения находится в государственной собственности. Заработная плата, коммунальные платежи, текущий и капитальный ремонт, оснащение и переоснащение — функция государства как собственника и учредителя. Основная уставная функция — оказание бесплатной медицинской помощи населению в рамках принятых государственных гарантий.

Учреждения, в основном многопрофильные, социально значимые, ведомственные, оказывающие высокотехнологичные виды помощи, имеющие право и оказывающие платные услуги населению за счет общественных фондов, подлежат преобразованию в государственные (муниципальные) унитарные предприятия на праве оперативного управления (10—15%). Источники финансирования — обязательное и добровольное медицинское страхование, наличный и безналичный расчет по законченному случаю. Собственность — государственная; оборудование, оснащение, капитальный ремонт и текущее содержание — за счет средств собственника (государства), государственное регулирование цен. Заработная плата сотрудников и коммунальные платежи — за счет средств предприятия.

Некоммерческие автономные организации, акционерные общества со 100%-ным государственным участием, государственные унитарные предприятия на праве хозяйственного ведения (5—6%), социально значимые медицинские учебные, научно-производственные, профилактические, ведомственные организации. Собственность юридического лица (общая, общая совместная, смешанная)¹ — частная. Источники финансирования: ОМС, ДМС, наличный расчет, договорные и преysкрантные цены, наделение имуществом со сто-

¹ За исключением остатков преобразованных унитарных предприятий на праве хозяйственного ведения.

роны учредителей. Заработная плата и коммунальные платежи - за счет средств организации.

4. Хозяйственные товарищества и общества — предприниматели без образования юридического лица (10—15%). Форма собственности — частная, арендные отношения или право собственности на основные средства после выкупа или приватизации (отраслевое законодательство для частной системы здравоохранения не принималось). Финансирование — ДМС¹, наличный расчет, платежи предприятий за своих сотрудников, рыночные цены. Принцип полного самообеспечения и самофинансирования.

Выделенные группы следует рассматривать как ориентировочные. Если какая-то часть этих предложений окажется реализованной, а декларируемые принципы будут приняты нашими респондентами по учебному процессу, заинтересованными специалистами, авторы будут считать, что предлагаемое читателю пособие свою задачу выполнило.

*Москва,
апрель 2003 г.*

1 Законодательно предусмотренное право частных организаций оказывать услуги в системе ОМС большого распространения не получило ввиду существенных различий между балансовыми (тарифными) и рыночными ценами.