ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

В целях обеспечения правовой базы реформ в последнее время был принят целый ряд важнейших для здравоохранения федеральных законов.

Среди них в первую очередь следует отметить следующие:

•   от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

•   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» (далее - Федеральный закон № 83-ФЗ);

•   от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон об ОМС);

•   от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Основы).

Можно отметить некоторые общие черты, присущие новому законодательству.

Прежде всего, новое законодательство становится более конкретным - характерен переход от простого декларирования тех или иных принципов к законодательному закреплению механизмов их обеспечения. Особенно явственно это проявилось в новом законодательстве, касающемся системы обязательного медицинского страхования (далее — ОМС), а также правового положения государственных (муниципальных) учреждений, которое более четко закрепляет права и ответственность государственных (муниципальных) учреждений, а также других участников системы ОМС. Конкретизированы и права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Важно то, что законодательно закреплены механизмы реализации этих прав, в первую очередь через установление соответствующих требований к медицинским организациям, призванным осуществлять оказание медицинской помощи. В частности, они обеспечиваются введением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, более четко определяющих условия оказания медицинской помощи, набор медикаментов, медицинских услуг т.д., которые должны быть использованы в процессе оказания медицинской помощи.

Требования к объемам и качеству оказываемых услуг определяются в рамках государственных (муниципальных) заданий. Установлены также более четкие требования к порядку оказания платных медицинских услуг.

Существенно поменялась нормативная база в **вопросах оплаты труда.** В целях повышения мотивации работников к лучшему труду повсеместно пересматриваются отраслевые региональные системы оплаты труда работников здравоохранения. Введены стимулирующие выплаты работникам за повышение доступности и качества медицинской помощи в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения, ведется работа по внедрению **эффективного контракта** и т.д.

Однако эти изменения потребовали и повышения степени ответственности учреждений здравоохранения в целом ряде сфер, что проявилось в следующем:

•   государство сняло с себя безусловные обязательства по содержанию учреждений (теперь эти обязательства достаточно жестко привязываются к объемам и качеству оказанных медицинских услуг, другим показателям деятельности учреждений);

•   произошел отказ от субсидиарной ответственности собственников по обязательствам бюджетных учреждений (а еще ранее — автономных), учредителями которых они являются, — теперь указанные учреждения должны самостоятельно искать пути покрытия кредиторской задолженности;

•   появилось понятие «крупная сделка», заключение которой контролируется более строго;

•   внедрены механизмы повышения ответственности руководителей бюджетных учреждений, включая персональную материальную ответственность, необходимость отчитываться о своих доходах и имуществе в рамках Федерального закона Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 280-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части создания прозрачного механизма оплаты труда руководителей государственных (муниципальных) учреждений и представления руководителями этих учреждений сведений о доходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера».

Финансовое обеспечение учреждений здравоохранения все больше ориентируется на конечные результаты. Этому содействуют такие меры, как перевод финансового обеспечения автономных, бюджетных учреждений на субсидии за выполнение государственного (муниципального) задания.

Внедрение в системе ОМС одноканального финансирования означает, что теперь объем средств, необходимых не только для непосредственного оказания медицинской помощи, но и для содержания учреждения, может быть увязан с объемами оказания медицинской помощи.

Введение более жесткой системы контроля в системе ОМС (проведение медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи) и штрафных санкций (и возможные финансовые потери при наличии нарушений качества или доступности медицинской помощи) создает для учреждений здравоохранения дополнительные стимулы качественной работы.

Вместе с тем в настоящее время приняты серьезные меры по защите интересов учреждений (в том числе финансовых) и устранению пробелов в решении целого ряда проблем (которые ранее игнорировались либо замалчивались). В частности, законодательно решен вопрос о финансировании оказания медицинской помощи **неидентифицированным** пациентам при оказании экстренной медицинской помощи. Расходы, связанные с оказанием гражданам бесплатной медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, подлежат возмещению в порядке и в размерах, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Сейчас необходимо обеспечить практическую реализацию этого положения.

Уменьшение финансового обеспечения государственного (муниципального) задания государственным (муниципальным) учреждениям возможно только в случае уменьшения объемов этого задания. Данная мера обеспечивает гарантию стабильного функционирования учреждений здравоохранения в течение финансового года.

При этом в последние годы сделаны серьезные шаги по улучшению финансового обеспечения здравоохранения и его стабильности. В частности, тариф страховых взносов на ОМС работающего населения повышен с 3,1 до 5,1% фонда оплаты труда.

Из вышесказанного следует, что 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, распространение законодательства о защите прав потребителей на систему ОМС и т.д. — это все звенья одной цепи.

В конечном счете все эти меры направлены на защиту прав граждан в сфере здравоохранения. При этом и сами права граждан расширяются. Так, в соответствии с действующим законодательством **граждане имеют право «тройного» выбора: страховой медицинской организации, медицинской организации, врача**.

Кроме того, в целях повышения доступности медицинской помощи вводится полис ОМС единого образца, действующий на всей территории Российской Федерации. Определен порядок оказания медицинской помощи за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин. Прописан механизм обеспечения декларируемых прав.

Все это одновременно устанавливает и дополнительные законодательные требования к учреждениям. За нарушение этих требований следуют **жесткие штрафные санкции в системе ОМС** в отношении медицинских организаций и персональная ответственность их руководителей.

При оказании медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий **бесплатного оказания гражданам медицинской помощи** не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи;

2)  назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, — в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям;

3)  размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов — по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

4)  создание условий пребывания в стационарах, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста 4 лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний;

5)  транспортные услуги при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований — при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту;

6)  транспортировка и хранение в морге поступившего для исследования биологического материала, трупов пациентов, умерших в медицинских и иных организациях, и утилизация биологического материала.

Одним из важнейших результатов реформ является ожидаемое повышение эффективности деятельности учреждений здравоохранения, отчасти в силу создаваемых для этого предпосылок, но прежде всего - из-за жестких требований новых условий хозяйствования.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Конституция Российской Федерации, принята 12 декабря 1993 г.

Всеобщая декларация прав человека, 1948 г.

Устав (Конституция) ВОЗ, 1946 г.

Гражданский кодекс Российской Федерации. - М.: ЭЛИТ, 2003.

Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях (КоАП РФ). - 2001.

Федеральный закон № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».