

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНЗДРАВА РОССИИ

На правах рукописи

ТИХОМИРОВ АЛЕКСЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ

УПРАВЛЕНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В ОТНОШЕНИЯХ СОБСТВЕННОСТИ

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор, чл.-корр. РАМН
В.И.Стародубов

Москва – 2003

Оглавление	стр.
Введение	4
Глава 1. Характеристика понятия учреждения здравоохранения (обзор литературы)	8
Глава 2. Методика и организация исследования	23
Глава 3. Положение и имущественное устройство учреждений здравоохранения в системе здравоохранения	29
Раздел 3.1. Отраслевое положение учреждений здравоохранения	29
<u>Подраздел 3.1.1. Номенклатурное положение учреждения здравоохранения</u>	29
<u>Подраздел 3.1.2. Функциональное положение учреждения здравоохранения</u>	37
Раздел 3.2. Внеотраслевое положение учреждений здравоохранения	44
Раздел 3.3. Последствия существующего управления учреждениями здравоохранения	47
Глава 4. Анализ представлений руководителей учреждений здравоохранения о положении и имущественном устройстве возглавляемых ими организаций	51
Раздел 4.1. Положение и имущественное устройство учреждений здравоохранения в представлениях их руководителей	51
<u>Подраздел 4.1.1. Положение учреждений здравоохранения в представлениях их руководителей</u>	52
<u>Подраздел 4.1.2. Имущественное устройство учреждений здравоохранения в представлениях их руководителей</u>	61
Раздел 4.2. Положение и имущественное устройство учреждений здравоохранения: сравнительный анализ представлений их руководителей и юристов	76
Глава 5. Пути совершенствования управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности	101
Раздел 5.1. Потенциал юридического преобразования подходов к управлению учреждениями здравоохранения в отношениях собственности	101
Раздел 5.2. Юридические пути совершенствования управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности	117
Заключение	131
Выводы	138

ВВЕДЕНИЕ.

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.

За переменной социально-экономического устройства государства не последовало изменения характера управления учреждениями здравоохранения.

Последствия же такого управления приобрели правовой характер. Эти последствия стали проявляться потерями в имущественной сфере.

В учреждения здравоохранения поступают ведомственные нормативные документы, которыми они руководствуются в своей деятельности, а нести ответственность им приходится в соответствии с правовыми актами, прежде всего – в соответствии с законом.

В результате к деятельности учреждений здравоохранения требования органами управления здравоохранением предъявляются одни, а спрос в отношениях собственности осуществляется по другим (имущественным).

Средоточием основных проблем организации здравоохранения в существующих социально-экономических условиях являются отношения между органами управления здравоохранением и учреждениями здравоохранения.

В обобщенном виде проблема современного отечественного здравоохранения сводится к нахождению роли и места учреждений здравоохранения в имущественных отношениях.

До настоящего времени управление учреждениями здравоохранением в отношениях собственности не было предметом исследований.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Целью настоящего исследования является организационно-юридическое обоснование подходов к управлению учреждением здравоохранения в отношениях собственности.

Для достижения поставленной цели определены следующие задачи:

1. Исследовать положение и имущественное устройство учреждения здравоохранения при управлении им в отношениях собственности.

2. Проанализировать юридическую обоснованность актов управления здравоохранением и юридическую осведомленность руководителей учреждений здравоохранения в части управления ими в отношениях собственности.

3. Изучить факторы, снижающие эффективность управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности.

4. Выяснить юридические возможности преодоления препятствий для управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности.

5. Предложить организационно-юридические пути совершенствования управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА РАБОТЫ.

Впервые для управления учреждениями здравоохранения при проведении социально-медицинского исследования изучено их правовое положение и имущественное устройство.

Выявлены юридические проблемы организации управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности и предложены пути их разрешения.

Сформулированы принципы различения учреждений здравоохранения в зависимости от происхождения принадлежащего им имущества.

Разработаны средства формирования хозяйственно-правовых знаний организаторов здравоохранения.

Предложены правовые способы укрепления системности здравоохранения через имущественную консолидацию учреждений здравоохранения.

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ И ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РАБОТЫ.

Значимость диссертационного исследования состоит в том, что на основе содержащегося в нем сравнительного анализа организационного и правового положения и имущественного устройства учреждений здравоохранения разработан законопроект «Об учреждениях здравоохранения в Российской Федерации»; сформулированы предложения по внесению изменений в «Основы законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации» и дополнений в Гражданский кодекс Российской Федерации и Федеральный закон

«О некоммерческих организациях», а также предложена Классификация учреждений здравоохранения в зависимости от структуры сметы доходов и расходов; разработана программа последипломной хозяйственно-правовой подготовки организаторов здравоохранения и экзаменационный тест для использования при аттестации их на должность.

Положения диссертации предполагают использование в практике организации здравоохранения, при создании нормативных и нормативно-правовых актов в области охраны здоровья.

Материалы исследования могут быть использованы в учебном процессе и в методических материалах кафедр общественного здоровья и здравоохранения медицинских высших учебных заведений.

АПРОБАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Представленные в диссертации материалы докладывались и обсуждались на научно-практических конференциях (ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2001, 2003) и семинарах (Российский институт государственных регистраторов при Минюсте России, 2002, 2003).

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ:

1. В современных условиях управление учреждениями здравоохранения не обеспечивает сохранение и воспроизводство государственной и муниципальной собственности. В актах органов управления здравоохранением используется отличное от правового определение положения и имущественного устройства учреждений здравоохранения.

2. Представления призванных исполнять эти акты руководителей учреждений здравоохранения о положении и имущественном устройстве возглавляемых ими организаций не соответствуют отражающим установления закона представлениям юристов.

3. В отношениях собственности необходим переход к юридически основательному и имущественно ориентированному управлению

учреждениями здравоохранения на основе значительного повышения хозяйственно-правовой осведомленности организаторов здравоохранения.

4. Нарушенное в связи с имущественной разобщенностью системообразование здравоохранения может быть восстановлено посредством участия в имуществе учреждений здравоохранения одновременно Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.

Глава 1. Характеристика понятия учреждения здравоохранения (обзор литературы)

Складывающиеся новые социально-экономические условия не изменили традиционное определение отечественного здравоохранения как «системы государственных и общественных мероприятий по охране здоровья, предупреждению и лечению болезней и продлению жизни человека» (133, С.456). В качестве системы соответствующих государственных и общественных мероприятий здравоохранение оказалось в обстоятельствах несоответствия изменившемуся социально-политическому устройству России. Здравоохранение как государственно-общественный институт нуждалось в таком преобразовании, которое позволило бы ему не только адаптироваться к новому состоянию страны, но и развиваться. Реформа здравоохранения стала неизбежной.

Понадобилось провести множество исследований, чтобы выяснить основное: в чем она должна состоять (8), как должна быть организована (199), и каковы перспективы развития здравоохранения в условиях его реформирования (137).

Проблемой стало финансирование здравоохранения в новых условиях. Расчет на возможности внутреннего перераспределения ресурсов здравоохранения очень скоро перестал себя оправдывать. На полном содержании государства, хотя бы по «остаточному» принципу, здравоохранение находиться уже не могло. Когда все обрело свою цену, не столько бесплатное, сколько избыточно затратное здравоохранение оказалось непомерно тяжелым бременем для государства.

Возник механизм обходного по отношению к бюджету финансирования здравоохранения – через внебюджетный фонд обязательного медицинского страхования (ОМС). Появилось немало работ, посвященных переходу от сугубо бюджетного к бюджетно-страховому финансированию здравоохранения (131), функционированию самого механизма организации ОМС (16) и, соответственно, реформированию экономических отношений в здравоохранении в современных условиях (24). Состояние финансирования здравоохранения исследовалось уже в плане способности системы ОМС удовлетворить потребности здравоохранения (31).

Поначалу в этом виделось преодоление пика проблем здравоохранения. Появились работы по вопросам ценообразования на медицинские услуги (3, 35, 36, 135 и др.) и установления тарифов на них в системе ОМС (26, 37, 71 и др.).

Однако экстенсивные возможности финансирования здравоохранения этим исчерпались, притом что перелома в финансовом положении здравоохранения с этим не произошло.

Начались поиски интенсивных путей преодоления затянувшейся стагнации здравоохранения, прежде всего посредством оптимизации освоения финансовых средств, поначалу на региональном уровне (23), а также – реструктуризации имеющихся ресурсов (2).

Исследование механизмов финансирования здравоохранения постепенно привело к возникновению интереса ученых к конечному пункту освоения финансовых средств – учреждению здравоохранения, начиная от вопросов его интеграции с системой ОМС (178) и управления им в условиях ОМС (34) и заканчивая вопросами бюджета и финансирования учреждений здравоохранения, а также ценообразования (43).

Однако подхода к учреждениям здравоохранения извне, от системы здравоохранения в целом, оказалось недостаточно, чтобы выяснение места и роли учреждений здравоохранения в складывающемся в ней положении дел делало возможным изменить его к лучшему.

Учреждение здравоохранения как вычлняемая категория, со своим фактическим смысловым наполнением, позволяющим рассмотреть его изнутри, было детально исследована в посвященном этому фундаментальном труде (204). Параллельно появились исследования путей оптимизации деятельности учреждений здравоохранения (40), а впоследствии – и работы об особенностях организации и оценки деятельности учреждений здравоохранения конкретной (федеральной) имущественной принадлежности (7, 197, 198, 201).

С этих – от знания ситуации в частном к общему – позиций состояние здравоохранения рассмотрено в другом фундаментальном труде (202 и в его

развитие – А-203). Особенностью этого труда является также попытка дать юридическую оценку положению учреждения здравоохранения.

Постепенно становилось ясно, что необходимы механизмы, интегрирующие здравоохранение в социально-политическую и социально-экономическую действительность государства. Прежняя замкнутость здравоохранения, функционировавшего на основе выработанных им обособленных представлений, перестала служить средством самосохранения и постепенно становилась препятствием в отношениях с окружающей действительностью, которая формировалась на основе универсального механизма формирования представлений – права.

Здравоохранительного видения права, как показала названная работа (202), для этого недостаточно. Необходимо юридическое видение здравоохранения и проблем, возникающих в нем. Юридически основательных работ по этой тематике немного (45, 61, 33, 154, 155 и др.), в некоторых из них демонстрируется по преимуществу нормативная основа деятельности учреждений здравоохранения и только по оказанию ими платных медицинских услуг (25). Лишь отдельные работы посвящены исследованию положения учреждений здравоохранения (141, 142, 161, 173).

Изучение категории учреждения здравоохранения позволяет выяснить, как оно проявляет себя средоточием всех насущных проблем здравоохранения.

То, что характер управления деятельностью учреждений здравоохранения не соответствует объективно занимаемому ими положению и характеру их деятельности, стало очевидным в среде управления здравоохранения (1).

Однако предлагаемые организационные способы исправления ситуации не обнаруживали соответствия существующим установлениям закона, а предложения юридических способов этого не возникали.

В результате появились утверждения о том, что проблему составляет организационно-правовая форма, как неподходящая для учреждений здравоохранения и избыточно стесняющая их свободу (1, 202), и что необходимо их преобразование (200).

Одновременно повсеместно в учреждениях здравоохранения обнаруживались имущественные злоупотребления (например, 109), в результате чего сложились прямо противоположные представления об избыточно предоставленной учреждениям здравоохранения свободе (138).

И это при том, что в государстве уже был взят курс управления в условиях экономии расходов (55, 57) в бюджетной сфере, в том числе в здравоохранении. Однако это не повлекло сосредоточения здравоохранения на адаптации к имущественным отношениям.

«Здравоохранение как система лечебно-профилактических, противэпидемических, реабилитационных медицинских мер, учреждений государственной и муниципальной собственности имеет отраслевую структуру, совокупность деятельности структур – элементов системы. Она представляет отрасли: лечебно-профилактическую (амбулаторно-поликлинические, больницы, диспансеры и др.)... медицинское образование и медицинскую науку – высшие и средние медицинские и научно-исследовательские учреждения... Указанные организации (виды учреждений) составляют основу системы организации медицинской помощи, оказываемой за счет государства и муниципальных (региональных, местных) органов и учреждений. К этой системе добавляется все более расширяющаяся и укрепляющаяся система (организации) частных медицинских учреждений и медицинских учреждений общественных организаций, фондов, религиозных конфессий. Они все в совокупности составляют общественную систему здравоохранения, которая приходит на смену единственной монопольной, государственной, бюджетной» (136, С.321).

Отсюда следует, что:

1. учреждения признаются элементами, отраслями системы здравоохранения;
2. учреждения отличны от органов государства и муниципальных образований;

3. медицинская помощь оказывается за счет органов и учреждений системы здравоохранения;

4. частные и иные негосударственные (немуниципальные) медицинские организации также являются медицинскими учреждениями;

5. все медицинские учреждения составляют общественную систему здравоохранения.

В здравоохранении понятие медицинского учреждения признается служащим целям обобщения организаций, осуществляющих деятельность в системе здравоохранения. Относить к числу медицинских учреждений соответствующую организацию, считается, позволяет ее причастность к здравоохранению. Причастность к здравоохранению признается семиотической характеристикой медицинского учреждения, а медицинское учреждение принимается формой организации, причастной к здравоохранению.

Действующее законодательство неоднократно использует понятия лечебно-профилактического учреждения (например, 22, ст.ст.12, 13) или учреждения здравоохранения (29, п.1 ст.41), а для обобщающего определения – понятие медицинской организации (например, 21, ст.2). Однако эти понятия нигде в законе раскрытия не находят.

Вместе с тем законом установлено (22, ст.ст.12, 13), что государственные и муниципальные лечебно-профилактические учреждения и организации являются юридическими лицами.

Юридическим лицом признается организация, которая имеет в собственности, хозяйственном ведении или оперативном управлении обособленное имущество и отвечает по своим обязательствам этим имуществом, может от своего имени приобретать и осуществлять имущественные и личные неимущественные права, нести обязанности, быть истцом и ответчиком в суде (11, п.1 ст.48). Это понятие юридического лица является универсальным и распространяется на любую и каждую организацию.

Юридические лица имеют семиотическую характеристику, позволяющую их различать между собой по типу (коммерческая или некоммерческая организация) и виду. Видовая форма называется организационно-правовой.

Такой является форма учреждения (11, п.1 ст.120; 189, п.1 ст.9): учреждением признается организация, созданная собственником для осуществления функций некоммерческого характера и финансируемая им полностью или частично.

Учреждением является организация, основанная на несобственном имуществе. Финансируемые собственником учреждения относятся к юридическим лицам, на имущество которых их учредители имеют право собственности (11, п.2 ст.48).

Существуют учреждения здравоохранения, образования, культуры и т.д., но причастность к соответствующей сфере деятельности никак не отражается на организационно-правовой форме учреждения и не изменяет ее. Юридическим лицом в организационно-правовой форме учреждения учреждение здравоохранения является не потому, что осуществляет деятельность в сфере здравоохранения, а потому, что обладает соответствующей организационно-правовой формой. Такой формой является не «учреждение здравоохранения», «учреждение образования» или «учреждение культуры», а «учреждение».

Учреждением не может быть признано никакое иное юридическое лицо в какой-либо другой организационно-правовой форме или кто-либо не являющийся юридическим лицом (например, предприниматель без образования юридического лица, или объединение граждан, действующее без образования юридического лица, или подразделение юридического лица). Поэтому частные и иные негосударственные (немуниципальные) медицинские организации не являются учреждениями, если не обладают организационно-правовой формой учреждения. Частное учреждение – это юридическое лицо в организационно-правовой форме учреждения, основанное на имуществе частной принадлежности. Не бывает учреждений здравоохранения, существующих независимо от организационно-правовой формы или в различных организационно-правовых формах.

Юридическое лицо подлежит государственной регистрации в уполномоченном государственном органе в порядке, определяемом законом

о государственной регистрации юридических лиц (11, п.1 ст.51). В настоящее время уполномоченными на государственную регистрацию юридических лиц являются налоговые органы – регистрирующие органы (196). Юридическое лицо считается созданным со дня внесения соответствующей записи в единый государственный реестр юридических лиц (11, п.2 ст.51). Никакие иные органы не являются уполномоченными ни на государственную регистрацию юридических лиц, ни на создание организаций иным путем. Учреждения здравоохранения могут быть созданы не иначе, чем в порядке государственной регистрации в налоговых органах, а не в силу приказа органа управления здравоохранением, а создаваемые в силу такого приказа не являются ни учреждениями, ни юридическими лицами.

Существует единственное исключение из общего правила о государственной регистрации юридических лиц. Если по общему правилу, учреждения, не обладающие компетенцией государственных или муниципальных органов (учреждения здравоохранения, в частности), создаются на основе соответствующих Уставов (11, п.1 ст.52), то в случаях, предусмотренных законом, юридическое лицо, не являющееся коммерческой организацией, может действовать на основании общего положения об организациях данного вида (11, п.1 ст.52). Организационно-правовая форма учреждения придается государственным и муниципальным органам в силу правового акта общего действия на основании специального Положения (например, Министерству здравоохранения – 51, п.15), что не требует дополнительной регистрации. Если законом не предусмотрено, что юридическое лицо, не являющееся коммерческой организацией, может действовать на основании общего положения об организациях данного вида, создание учреждений на основе Положений не является правомерным.

Таким образом, органы управления здравоохранением являются такими же учреждениями, как и учреждения здравоохранения.

Различает их не положение в качестве учреждений, а основания и род осуществляемой деятельности. Органы управления здравоохранением

наделены компетенцией (публичной правоспособностью) государственных или муниципальных органов. Компетенция государственных или муниципальных органов установлена законом или в соответствующем ему порядке Положениями об этих органах. Они вправе осуществлять только такую деятельность, которая составляет их компетенцию, и являются проводником воли и интересов государства или муниципальных образований.

Учреждения здравоохранения наделены гражданской правоспособностью, пользуются ею в качестве юридических лиц своей волей и своим интересом, и осуществляют деятельность частноправового характера на основе и по поводу принадлежащего им имущества.

Категория учреждений известна праву не любой страны. Институт учреждений получил развитие в Германии, Швейцарии. Право Франции не восприняло учреждений, которые принимаются на правах союза, общества. Для права англо-американской системы понятие учреждения не характерно.

Учреждения за рубежом создаются для осуществления различной деятельности – от благотворительной до варианта холдинговой (14, С.81). Однако нигде, кроме стран СНГ, организации, осуществляющие медицинскую деятельность, не наделены формой учреждения. Кроме того, создаваемые за рубежом учреждения владеют имуществом на праве собственности (14, С.81). Повсеместно в мире, кроме стран СНГ, организации, осуществляющие медицинскую деятельность, как и учреждения, занимающиеся другой деятельностью, в отличие от российских учреждений здравоохранения основаны на праве собственности. В этой связи сравнение положения и имущественного устройства учреждений здравоохранения с положением и имущественным устройством зарубежных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, невозможно.

В отечественном здравоохранении органы управления здравоохранением и учреждения здравоохранения традиционно признаются системообразующими элементами. Однако системообразование здравоохранения подверглось существенным изменениям.

В 1993 году с принятием новой Конституции в Российской Федерации произошла реставрация частной собственности. Подведомственная экономика прекратила свое существование, и вместо единой социалистической собственности и личной собственности граждан возникла государственная, муниципальная и частная собственность. Одновременно вступили в действие Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (1993), разделившие российскую часть системы Министерства здравоохранения СССР на государственную (ст.12), муниципальную (ст.13) и частную (ст.14) системы здравоохранения. Согласно такому делению органы и учреждения здравоохранения оказались вновь объединенными в рамках обособившихся государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Здравоохранение как прежде единая система распалось на три самостоятельных системы – государственную, муниципальную и частную:

	Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан		
	Статья 12 Государственная система здравоохранения	Статья 13 Муниципальная система здравоохранения	Статья 14 Частная система здравоохранения
Институт управления	Государственные органы управления здравоохранением	Муниципальные органы управления здравоохранением	---
Практическое здравоохранение	Государственные учреждения здравоохранения	Муниципальные учреждения здравоохранения	Частные лица, осуществляющие деятельность в области охраны здоровья

Системообразующим признаком стала не ведомственная, а имущественная принадлежность. Система здравоохранения перестала быть тождественной отрасли здравоохранения, представляя только основанную на имущественной принадлежности его часть.

Тем самым здравоохранение утратило общие консолидирующие начала, обнаружив разграничивающие различия по признакам имущественной зависимости.

Характер осуществляемой учреждениями здравоохранения и органами управления здравоохранением деятельности иначе разделил вновь образованные системы здравоохранения. Государственные и муниципальные органы, в том числе органы управления здравоохранением, составляют единообразный по роду деятельности институт. Учреждения здравоохранения к числу органов государственной власти или местного самоуправления, в том числе органов управления здравоохранением, не относятся. Учреждения здравоохранения осуществляют деятельность, ничем не отличающуюся от деятельности организаций других видов, составляющих частную систему здравоохранения.

Тем самым установленное Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан деление здравоохранения на государственную, муниципальную и частную системы предопределило:

- объединение в одну систему функционально разнородных учреждений-органов и учреждений-организаций;
- разделение функционально однородных учреждений-органов по разным системам.

Предусмотрев разделение единой в прошлом системы здравоохранения на три самостоятельные системы, Основы прежде всего разрушили единство института управления здравоохранением и вместе с тем пренебрегли раскрытием характера отношений между органами управления здравоохранением и учреждениями здравоохранения в рамках государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Имущественное устройство государственной и муниципальной систем здравоохранения Основы свели к обобщенному понятию финансирования охраны здоровья граждан (22, ст.10), рассматривая его как макроэкономическую категорию финансирования отрасли советского периода.

И прежде никогда медицинская помощь не оказывалась за счет органов и учреждений системы здравоохранения – финансирование здравоохранения происходило за счет бюджета. С изменением социально-экономических условий здравоохранение приобрело дополнительный источник финансирования – из внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования (ОМС). Однако, несмотря на то, что средства государственных внебюджетных фондов не входят в состав бюджетов всех уровней (5, п.4 ст.143), они находятся в федеральной собственности (5, п.3 ст.143). Финансирование здравоохранения на макроэкономическом уровне осуществляется за счет федеральной, региональной и муниципальной собственности. Юридические лица, созданные Российской Федерацией, субъектами Российской Федерации, муниципальными образованиями, не отвечают по их обязательствам (11, п.2 ст.126), в том числе по обязательствам финансирования здравоохранения. По этим обязательствам Российская Федерация, субъект Российской Федерации, муниципальное образование отвечают своей собственностью иной, чем имущество, которое закреплено за созданными ими юридическими лицами (11, п.1 ст.126). Предназначенная для этого и не распределенная между такими юридическими лицами федеральная, региональная или муниципальная собственность традиционно носит название казны (12, С.402). К казне относятся и средства внебюджетных фондов (13, С.561), в том числе ОМС.

Другая часть федеральной, региональной или муниципальной собственности, предназначенная для распределения между юридическими лицами, созданными государством или муниципальными образованиями, закрепляется за ними по принадлежности имущества соответствующему собственнику.

Поэтому, во-первых, финансирование здравоохранения за счет федеральной, региональной, муниципальной собственности стало возможным не только из бюджета, но и из казны – как из внебюджетных фондов ОМС, так и из других источников (например, в порядке государственного или муниципального – 5, ст.72 – социального заказа – 189, п.1 ст.31).

Во-вторых, финансирование здравоохранения перестало быть обобщенно-отраслевым и приобрело адресный характер. Имущество федеральной, региональной, муниципальной принадлежности предназначено для поступления и поступает по конкретным основаниям к конкретному получателю.

В-третьих, финансирование здравоохранения распределилось на две основные части: на содержание здравоохранительного имущества и на оплату здравоохранительной деятельности.

В-четвертых, финансирование здравоохранения стало происходить не только за счет федеральной, региональной, муниципальной собственности, но и за счет частной собственности.

В-пятых, финансирование здравоохранения получило характер возможности достижения социальных целей имущественными средствами казны в порядке размещения их не только среди учреждений здравоохранения, но и среди организаций иных организационно-правовых форм и форм собственности (например, к участию в программах ОМС допускаются не только государственные или муниципальные учреждения здравоохранения, но и частные организации и частнопрактикующие врачи – предприниматели без образования юридического лица).

Таким образом, финансирование здравоохранения перестало:

- носить характер исключительно нисходящего распределения денежных средств;
- быть тождественным распределению исключительно между учреждениями здравоохранения;
- иметь единство происхождения имущества, поступающего в учреждения здравоохранения.

Финансирование здравоохранения стало не равносильным финансированию учреждений здравоохранения, а финансирование учреждений здравоохранения – их бюджетному содержанию.

В соответствии с действующим законодательством (11, ст.298) учреждения в целом, вне зависимости от принадлежности к той или иной отрасли,

разделились на две части в зависимости от той формы, которой обладают результаты их деятельности.

Результаты деятельности государственных и муниципальных органов, наделенных формой учреждений, не имеют и не могут иметь товарной формы (20, п.2 ст.7). Для таких учреждений имущество необходимо лишь для материально-технического обеспечения их деятельности (12, С.180) по осуществлению функций государства или муниципального образования. Эти учреждения могут находиться исключительно на бюджетном содержании. Имущество они получают от собственника по смете, и такие поступления не являются доходами от осуществляемой ими деятельности. По поводу имущества отношения таких учреждений складываются исключительно с собственником (государством или муниципальным образованием) и являются отношениями принадлежности имущества.

Если учреждения получают доходы от осуществляемой деятельности, ее результаты имеют форму товара – продукта реализации. Учреждения здравоохранения и многие другие учреждения (образования, культуры и т.д.) оказывают услуги. Услуги признаются объектами имущественного оборота (11, ст.128) и предоставляются за плату на условиях договора (11, п.1 ст.779), т.е. являются товаром и реализуются в порядке товарообмена. Услуги реализуются учреждениями в порядке осуществления приносящей доходы (предпринимательской) деятельности, а сами учреждения при осуществлении этой деятельности являются хозяйствующими субъектами (20, ст.4). Отличительными признаками приносящей доходы деятельности учреждений являются: 1) товар; 2) договор; 3) доход. По поводу имущества отношения учреждений при осуществлении приносящей доходы деятельности складываются с заказчиком (плательщиком и получателем) медицинских услуг. Плательщиком за медицинские услуги может быть как их получатель, так и любое иное лицо в его пользу (11, ст.430), которое вступает в договорные отношения с учреждением здравоохранения – страховщик, в том числе в системе ОМС (21, ст.23), работодатель, благотворительная организация и т.д.

Различия в основаниях (по принадлежности имущества или по договору) и источниках (от собственника имущества или от заказчика медицинских услуг) поступления имущества предопределяют и различия в правомочиях учреждения здравоохранения в отношении принадлежащего ему имущества.

Учреждение не вправе отчуждать или иным способом распоряжаться закрепленным за ним имуществом и имуществом, приобретенным за счет средств, выделенных ему по смете (11, п.1 ст.298). Учреждение вправе лишь приобретать имущество по заданию собственника за счет средств, выделенных ему по смете. Каких-либо самостоятельных хозяйственных операций в отношении всего поступившего от собственника имущества учреждение совершать не вправе.

Если в соответствии с учредительными документами учреждению предоставлено право осуществлять приносящую доходы деятельность, то доходы, полученные от такой деятельности, и приобретенное от этих доходов имущество поступают в самостоятельное распоряжение учреждения и учитываются на отдельном балансе (11, п.2 ст.298). Учреждению законом предоставлена свобода самостоятельно распоряжаться имуществом – но не тем, которое поступило от собственника, а тем, которое приобретено от приносящей доходы деятельности. По основаниям иным, чем по заданию собственника, учреждение самостоятельно в распоряжении имуществом иным, чем поступившим по смете от собственника (из бюджета).

Тем самым, принадлежащее учреждениям здравоохранения имущество находится в их распоряжении, различном в зависимости от объекта распоряжения. По заданию собственника и только по заданию собственника учреждения здравоохранения распоряжаются поступившими по смете денежными средствами и только денежными средствами, совершая лишь приобретения имущества. Доходами и приобретенным за счет этих доходов имуществом учреждения здравоохранения управомочены законом распоряжаться самостоятельно и только самостоятельно.

Однако в обоих случаях распоряжения принадлежащим им имуществом учреждения здравоохранения находятся в ведении органов управления здравоохранением, под контролем и иным влиянием других государственных и муниципальных органов. То, как соотносится с распоряжением имуществом и как соответствует характеру деятельности учреждений здравоохранения управление ими, осуществляемое государственными и муниципальными органами, прежде не являлось предметом исследования.

Глава 2. Методика и организация исследования.

В соответствии с целью и задачами исследования были установлены его границы (схема 1).

За единицу исследования было принято учреждение здравоохранения в его качестве организации, признанной в предусмотренном законом порядке, т.е. юридического лица.

Сузить пределы исследования позволило ограничение его масштаба рамками сферы имущественных отношений и сферы управления в этих отношениях.

В качестве масштаба меры исследования приняты нормы права, регулирующие отношения собственности, т.е. применительно к имуществу государственной и муниципальной принадлежности – нормы гражданского и бюджетного законодательства, а также ряда неcodифицированных федеральных законов.

Поскольку изучалась практика управления учреждениями здравоохранения, а не оформляющие ее нормы права о положении и имущественном устройстве учреждений здравоохранения, постольку исследование носило организационный, а не юридический характер. Нормы права ни структурному, ни содержательному исследованию не подвергались. В рамках настоящей работы на основе исследования выбранных объектов изучалось соответствие существующей практики управления учреждениями здравоохранения действующим нормам права.

Исследование проведено в несколько этапов.

На предварительном этапе изучены существующие литературные данные. Обнаружены единичные источники, соответствующие границам настоящего исследования. Источники, касающиеся деятельности учреждений здравоохранения, содержали исключительно их экономическую характеристику, и потому были исключены из дальнейшего исследования.

Цель				
Организационно-юридическое обоснование подходов к управлению учреждениями здравоохранения в отношениях собственности				
Задачи				
Исследовать положение и имущественное устройство учреждений здравоохранения при управлении ими в отношениях собственности	Проанализировать юридическую основательность актов управления здравоохранением и юридическую осведомленность руководителей учреждений здравоохранения в части управления ими в отношениях собственности	Изучить факторы, снижающие эффективность управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности	Выяснить правовые возможности преодоления препятствий для управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности	Предложить организационно-юридические пути совершенствования управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности
Границы исследования				
1) единица исследования: юридическое лицо в форме учреждения здравоохранения; 2) предмет исследования: положение и имущественное устройство учреждения здравоохранения; 3) масштаб широты исследования: отношения собственности; 4) масштаб глубины исследования: управление; 5) масштаб меры: нормы права, регулирующие отношения собственности.				
Ход исследования				
1 этап	2 этап	3 этап		
Источники информации				
Подзаконные нормативные акты	Анкета из 38 вопросов с предложенными 3-4 вариантами ответов	Анкета из 43 вопросов с предложенными 3-4 вариантами ответов		
Объект исследования				
Приказы МЗ РФ, других федеральных ведомств и региональных органов управления здравоохранением	Мнения руководителей учреждений здравоохранения	Мнения юристов		
Объем исследования				
85 нормативных актов	41 руководитель учреждений здравоохранения	175 юристов		
Методы исследования				
Информационного поиска Логико-аналитический	Логико-аналитический Социологический	Логико-аналитический Статистический Нормативного моделирования		

Схема 1. Методика и организация исследования

На основе изучения указанных материалов разработаны план и программа исследования.

На первом этапе в соответствии с целью исследования был проведен углубленный анализ ведомственных нормативных актов, имеющих отношение к определению организационного положения учреждений здравоохранения.

Эти источники изучались в качестве оснований организации управления деятельностью учреждений здравоохранения. Были применены методы информационного поиска и структурного, логического и сравнительного анализа. На этом этапе ведомственные нормативные акты использовались не в качестве литературных источников, а как объект исследования (всего 85, в списке использованной литературы отмечены знаком *).

На втором этапе были осуществлены социологические исследования, оценка их результатов и выявление взаимозависимостей отраженных в них явлений.

Социологические исследования проводились путем анкетирования 41 руководителя учреждений здравоохранения (далее - организаторы). Выяснение профиля деятельности возглавляемых организаторами учреждений здравоохранения и их территориального представительства в масштабах страны не было предметом изучения, поскольку не входило в задачи настоящего исследования.

Обоснование общей численности респондентов-организаторов состояло в необходимости превышения численности малой выборки (тридцати единиц). В соответствии с целью и задачами исследования требовалась достаточность материала для сравнения, а не для выяснения значения явления в популяции. Это требование набранная численность из 41 респондента удовлетворила.

Организаторам была предложена ранее разработанная автором настоящего исследования и опубликованная (134) анкета, состоящая из 38 вопросов, каждый из которых содержал 3-4 варианта ответов (Приложение 1).

Ответы организаторов на поставленные в анкете вопросы подверглись частотному анализу. Определена структура ответов, выявлены ведущие предпочтения респондентов.

Третий этап исследования складывался из нескольких частей.

Прежде всего было проведено анкетирование юристов.

Группу юристов составили 175 слушателей Российского института государственных регистраторов при Минюсте России – все имеющие высшее юридическое образование работники учреждений юстиции по регистрации прав на недвижимость и сделок с ней перед сдачей квалификационного экзамена на замещение государственной должности регистратора прав.

Для опроса юристов автором настоящего исследования была разработана специальная анкета (Приложение 2). Юристам в анкете были поставлены вопросы, корреспондирующие поставленным перед организаторами. Поскольку специфичным для юристов является рассмотрение понятия учреждения через суть его организационно-правовой формы, независимо от области их деятельности, постольку в вопросах указывались учреждения вообще, без ограничения сферой здравоохранения.

По мнениям юристов в дальнейшем выверялись мнения организаторов. Такая модель сравнения использована впервые в практике социально-медицинских исследований. Выбор группы сравнения обусловлен тем, что юристы выражают не свои субъективные представления о праве, а знание или незнание закона (несмотря на то, что в эту группу входили юристы, наиболее подготовленные в сфере прав на имущество, часть из них в последующем не прошла квалификационного экзамена на замещение государственной должности регистратора прав). Свидетельством знания закона (соответствия правовым нормам) служили ведущие предпочтения респондентов этой группы в ответах на поставленные вопросы. Выяснение территориального представительства группы юристов в масштабах страны не было предметом изучения, поскольку не входило в задачи настоящего исследования.

Проведен частотный анализ, выявлены предпочтения юристов.

Отобраны корреспондирующие вопросы, на которые получены ответы организаторов и юристов – всего 30. В оставшейся части ответы организаторов и юристов также использованы в последующем, при обобщении данных исследования.

В первой части этого этапа исследования проведен сравнительный анализ ответов респондентов обеих групп (Приложение 3).

Одновременно вычислялся коэффициент Чупрова, определяющий тесноту связи между ними. Предварительно рассчитывался показатель ϕ^2 как сумма отношений квадратов частот каждой ячейки к произведению итоговых частот столбца и строки за вычетом единицы. Производился расчет коэффициента Чупрова как квадратный корень из отношения ϕ^2 к квадратному корню из произведения числа заполненных организаторами ячеек за вычетом единицы и числа заполненных юристами ячеек за вычетом единицы. После этого вычислялась величина χ^2 как произведение ϕ^2 и общего числа единиц частот (17, С.165). Связь признавалась тесной, если величина коэффициента Чупрова превышала 0,3 (18, С.216).

Численность группы юристов обосновывалась стремлением к возможности сравнения данных исследования величин коэффициента Чупрова с данными других непараметрических способов статистического исследования (коэффициент Пирсона, коэффициент Крамера). Однако при численности 175 респондентов правило Йетса (наличие более пяти единиц в ячейке для получения достоверного показателя χ^2) оставалось не выполненным – по большинству вопросов минимальные частоты из отличных от ведущих предпочтений юристов были меньшими пяти. Стало ясно, что для удовлетворения правила Йетса численность выборки должна быть в 4-5 раз большей 175, в связи с чем от сравнительного анализа непараметрических величин решено отказаться и ограничиться имеющейся численностью респондентов.

Во второй части третьего этапа исследования по данным ответов респондентов на 30 вопросов изучалась парная линейная корреляционная регрессия между ведущими предпочтениями организаторов и корреспондирующими величинами в ответах юристов; ведущими предпочтениями организаторов и ведущими предпочтениями юристов; ведущими предпочтениями юристов и корреспондирующими величинами в ответах организаторов. Проводилась компьютерная обработка результатов с помощью программы SPSS 11.0, аналогичной программе Statgraphics (4, 15).

Вычислялись коэффициент корреляции, стандартизированный коэффициент регрессии (коэффициент корреляции Пирсона), коэффициент детерминации и коэффициент регрессии. Статистическая оценка надежности параметров парной корреляции устанавливалась по значениям t-критерия Стьюдента, т.е. из отношения коэффициента регрессии к его средней ошибке (19, С.248). Фактические данные сравнивались с табличными значениями t-критерия Стьюдента.

В третьей части этого этапа исследования проведено сравнительное статистическое изучение структуры предпочтений юристов и корреспондирующих им ответов организаторов. Использовались расчеты, применяющиеся для определения структурного сдвига при измерении динамики относительных величин (19, С.458). Для этих целей величины (частоты) предпочтений юристов и корреспондирующих им ответов организаторов были обособлены в самостоятельные совокупности, представленные как 100%-ные целые. Был произведен перерасчет соответствующих частостей в доли от такой целой величины ($d_{ю}$ и $d_{о}$). Сумма модулей разности долей по каждому ответу между респондентами обеих групп, выраженная в процентных пунктах, является обобщающим абсолютным показателем структурного сдвига: $\sum |d_{ю} - d_{о}|$. Чтобы избежать взаимопогашения разных по знаку изменений долей, вместо модулей применены квадраты и получена квадратическая мера абсолютного структурного сдвига, в форме среднего квадратического изменения долей:

$\sqrt{\frac{\sum (d_{ю} - d_{о})^2}{N}}$. Среднее относительное линейное изменение по модулю вычислялось как $\sum \left| \frac{d_{ю} - d_{о}}{d_{ю}} \right| : N$.

Так были получены необходимые объективные данные, отвечающие цели и задачам исследования. На их основе проведено обобщение материалов и сделаны соответствующие выводы.

Глава 3. Положение и имущественное устройство учреждений здравоохранения в системе здравоохранения.

Раздел 3.1. Отраслевое положение учреждений здравоохранения.

Подраздел 3.1.1. Номенклатурное положение учреждения здравоохранения.

Для целей определения отраслевого положения учреждений здравоохранения в практике деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации применяется понятие номенклатуры.

В здравоохранении понятие номенклатуры используется часто: номенклатура мероприятий по охране труда (64), номенклатура наркотических средств (50), номенклатура производимых лекарственных средств (193, п.7 ст.15), номенклатура специальностей (75, 115), номенклатура должностей (65, 88, 96, 118), и, наконец, номенклатура учреждений здравоохранения (63, 69, 77, 78, 85, 94, 98, 101, 117, 127), воспроизводимая региональными органами управления здравоохранением (122, 125).

Известны несколько значений понятия номенклатуры:

1) как совокупность употребляемых в какой-н. специальности названий (179, С.591); как совокупность или перечень названий, терминов, категорий, употребляющихся в какой-л. отрасли науки, искусства, техники и т.д. (42, С.431; 132, С.345; 133, С.896); как система абстрактных и условных символов, назначение которых дать максимально удобное с практической точки зрения средство для обозначения предметов (133, С.896) – т.е. в значении тезауруса, понятийного или категориального аппарата;

2) как круг должностных лиц, назначение или утверждение которых относится к компетенции какого-л. вышестоящего органа (42, С.431; 132, С.345; 133, С.896) – т.е. в значении способа подчинения нижестоящего звена вышестоящему в цепи управления.

Понятие номенклатуры употребляется в здравоохранении общемирового масштаба: например, международная номенклатура болезней, причин смерти и приемов общественного здравоохранения (182, п.«s» ст.2)

Понятие номенклатуры находит широкое хождение вовне здравоохранения: например, номенклатура материальных ценностей в государственном резерве (187, ст.5); утверждение номенклатуры пожарно-технической продукции (186, ст.16); номенклатура товаров, в отношении которых применяется государственное регулирование цен (191, ст.28), номенклатура подпадающих под экспортный контроль вооружений, военной техники, отдельных видов сырья, материалов, оборудования, технологий, научно-технической информации и услуг (188, ст.16); номенклатура продукции и услуг (работ), подлежащих обязательной сертификации (54); номенклатура продукции для государственных нужд (184, п.4 ст.3); номенклатура средств обучения (195, подраздел 2 раздела 4); номенклатура дел в делопроизводстве (9, п.3.10, п.5.8). Предусмотренная действующим Налоговым кодексом РФ (39, ст.164) Товарная номенклатура внешнеэкономической деятельности (185, п.1 ст.2), разработанная на базе Гармонизированной системы описания и кодирования товаров и Комбинированной тарифно-статистической номенклатуры Европейского экономического сообщества, является основой системы мер государственного регулирования внешнеэкономической деятельности страны (177).

Обращает внимание, что, во-первых, по общему правилу предметом охвата соответствующей номенклатуры являются материальные ценности (товары, продукты, средства и др.) и документы, т.е. материализованные объекты.

Не является исключением и Номенклатура международных почтовых учреждений (183, п.4 ст.122), которая служит целям идентификации не места поименованных в ней субъектов в некоей иерархии, а признанного в качестве международного почтового терминала места их расположения – как географически идентифицированного объекта.

Во-вторых, номенклатура является понятием, позволяющим выделить часть целого, отдельную совокупность из общего множества. Напротив, для целей всеобщего охвата обычно употребляется понятие реестра (письменного перечня, 42, С.696): в соответствующий реестр вносятся сведения о субъекте (196), об объекте (194), о праве субъекта на объект (190).

В-третьих, понятию номенклатуры свойственен не только отграничительный, но и ограничительный смысл: если номенклатура характеризует подчиненность (номенклатура должностей), то в этом значении она может использоваться применительно к другим категориям, тем самым ранжируя их не по учетным, а по субординационным признакам.

Понятие номенклатуры применяется Министерством здравоохранения Российской Федерации и рядом других министерств и ведомств в соответствии с регламентирующим их деятельность Положением, утвержденным в предусмотренном законом порядке.

Министерство здравоохранения Российской Федерации утверждает единую номенклатуру и типовые категории учреждений здравоохранения (51, п/п. 15 п.7); определяет номенклатуру специальностей в системе здравоохранения (51, п/п. 59 п.7)

Кроме Министерства здравоохранения Российской Федерации, никакие другие российские министерства и ведомства номенклатуру учреждений не устанавливают.

Номенклатура должностей применяется Министерством внутренних дел Российской Федерации (180, п.11 раздела 4) и Федеральной авиационной службой России (103), поскольку это предусмотрено соответствующим Положением об этих ведомствах. Должности в системе этих ведомств занимают лица с воинскими или приравненными к ним званиями.

Несмотря на то, что соответствующее Положение этого не предусматривает (51), Министерство здравоохранения также установило номенклатуру должностей (65, 88, 96, 118).

Министерство промышленности, науки и технологий Российской Федерации по традиции (73) утверждает номенклатуру специальностей научных работников (59, п.83); это осуществляет также Высший аттестационный комитет Российской Федерации (74). Номенклатуру специальностей использует и Министерство здравоохранения Российской Федерации (75, 115).

Министерство образования Российской Федерации устанавливает номенклатуру и форму аттестатов, дипломов и других документов государственного образца об общем и о начальном профессиональном образовании (47, п/п «ж» п.7), а также, подобно номенклатуре должностей Министерства здравоохранения, не предусмотренную соответствующим Положением номенклатуру творческо-исполнительских специальностей научно-педагогических кадров в области искусства (111).

Если для других министерств и ведомств понятие номенклатуры является одним из средств обособления по каким-либо признакам от общей совокупности и структурирования материальных, кадровых и документально-информационных ресурсов, то номенклатура учреждений здравоохранения и номенклатура должностей органов управления здравоохранением служат целям тотального охвата подчинением и распределения по подчиненности субъектов практического здравоохранения.

Действующая Номенклатура учреждений здравоохранения (117) перечисляет существующие виды больниц (госпиталей), поликлиник (амбулаторий), их вариантов и сочетаний (медико-санитарных частей, центров, диспансеров, лечебниц, клиник), а также малых структур медицинской помощи (фельдшерско-акушерских пунктов), наряду с целым рядом учреждений нелечебного или парамедицинского профиля: социального призрения (дома ребенка), хранения (медицинский склад), переработки биопродукции (станции переливания крови, молочная кухня), информационных услуг (медицинский информационно-аналитический центр, Центр гигиенического образования населения), вспомогательных услуг (дезинфекционная станция), помимо тех, которые не относятся к числу осуществляющих здравоохранительную деятельность (бюро медицинской статистики и судебно-медицинской экспертизы, контрольно-аналитическая лаборатория) или осуществляют функции наделенных властными полномочиями органов (Центр контроля качества и сертификации лекарственных средств, Центр сертификации).

По существу, Номенклатура декларирует в названиях учреждений здравоохранения заявляемые ими виды деятельности, осуществлять которые они вправе не в силу названия, а по получении лицензии (192, ст.7; 129).

Равным образом, не находит объяснения придание учреждениям здравоохранения названий по принадлежности к соответствующему населенному пункту или административной территории (городская, районная больница, поликлиника), притом что порядок наименования и переименования населенных пунктов, предприятий, учреждений и организаций, а также физико-географических объектов (181, классификационная категория 010.220.000) устанавливается правовыми актами уполномоченных на это федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов прокуратуры Российской Федерации и органов местного самоуправления.

Перечисляя различающиеся по территории нахождения (городские, районные, областные и т.д.), возрасту пациентов (детские, гериатрические и т.д.), специализации (инфекционная, туберкулезная, психоневрологическая и т.д.), настоящая Номенклатура в одном ряду с групповыми категориями приводит также нарицательные наименования конкретных, единичных учреждений здравоохранения (например, Государственный медицинский центр Министерства здравоохранения Российской Федерации и др.).

Принцип отнесения к Номенклатуре учреждений здравоохранения и к соответствующей ее группе или подгруппе не обладает такими единством и определенностью критериев, которые позволяли бы однозначно судить о ее структуре и о закономерности места в ней каждого элемента. Не раскрывают этого и приданные настоящей Номенклатуре Примечания (значение которых в качестве неотъемлемой части Номенклатуры, самостоятельного нормативного акта или пояснительной записки ненормативной природы к нормативному акту не определено).

Отличия больницы от поликлиники, как обеих – от диспансеров, в настоящей Номенклатуре опущены как подразумевающиеся. Однако, в чем отличие этих

учреждений здравоохранения от центров, требует разъяснения иного, чем дано в п.3 Примечаний. Если «учреждение (структурное подразделение), на которое возложены функции центра, сохраняет свое наименование в соответствии с номенклатурой», то, во-первых, какое наименование должно сохранять такое учреждение в соответствии с номенклатурой – исходное или соответствующего центра, а если центра, то какого, если за исключением п.1.3 (диспансеры), п.1.7 (санаторно-курортные учреждения) и п.1.8 (клиники) эта категория употребляется во всех остальных пунктах; во-вторых, какое наименование в соответствии с номенклатурой должно сохранять структурное подразделение больницы или поликлиники, на которое возложены функции центра; в-третьих, могут ли функции центра быть возложены на учреждения (или их структурные подразделения), в группах которых настоящая Номенклатура категории центров не предусматривает (п.1.3, п.1.7 и п.1.8).

Если отличительные характеристики амбулаторно-поликлинических учреждений, которые остались нераскрытыми в Примечаниях к настоящей Номенклатуре, приведены в прежних нормативных актах Министерства здравоохранения, то новации последнего времени не получили даже такого – позволяющего неявно (хотя обычной является практика указания отсылочных координат) опираться на предшествующие нормативные акты – определения, например, отличия госпиталя для ветеранов войн от центра восстановительной терапии для воинов-интернационалистов, и т.д. Вместо этого Примечания к Номенклатуре учреждений здравоохранения приводят разъяснения не указанных в ней категорий – таких как врачебные и фельдшерские здравпункты (п.15), станция санитарной авиации (п.16), комнаты матери и ребенка (п.20). Более того, указывая, что станции санитарной авиации создаются на правах отделения областной, краевой, республиканской больницы (п.16), названные Примечания сообщают далее, что находятся они в подчинении территориальных органов управления здравоохранением системы Министерства здравоохранения Российской Федерации (п.21).

Лечебно-профилактические учреждения (больницы, диспансеры, родильные дома и другие учреждения), а также специализированные отделения, входящие в их состав, используемые с целью преподавания высшими медицинскими образовательными учреждениями (факультетами) или в научных целях медицинскими научными организациями не менее чем на 50 процентов, являются, согласно п.2 Примечаний, клиническими учреждениями (отделениями). Как влияет статус клиники на положение учреждения здравоохранения, а равно как компенсируется учреждению здравоохранения расположение на его базе образовательных или научных учреждений, если это не позволяет пользоваться статусом клиники (менее 50 процентов охвата научно-образовательной деятельностью), не указывается.

В соответствии с тем же п.2 Примечаний лечебно-профилактические учреждения (больницы, родильные дома и другие учреждения), входящие в состав высших медицинских образовательных учреждений и медицинских научных организаций или подчиненные медицинским вузам и научным организациям, являются клиниками. Изменяется ли с этим и как статус учреждений здравоохранения, меняется ли он на статус образовательного учреждения или предоставляет учреждению здравоохранения дополнения к имеющемуся положению, не сообщается.

Различия учреждений здравоохранения по месту нахождения (городские, районные, областные) действующая Номенклатура учреждений здравоохранения использует для целей придания соответствующим из них руководящего статуса с возложением на нее в отсутствие органа управления здравоохранением функций такого органа: Центральная районная больница или поликлиника, Центральная окружная больница (понятие не раскрыто), Центральная бассейновая больница или поликлиника (п.1 Примечаний к Номенклатуре).

В соответствии с п.8 Примечаний для лечебно-профилактических учреждений, приведенных в Номенклатуре, которым предоставлена возможность добровольно объединяться в Территориальные медицинские организации (ТМО), предусматривается головная организация – поликлиника

или больница, на которую «вышестоящим органом здравоохранения возлагаются функции органа управления ТМО».

Положение организации определяется также и качеством, в котором выступает ее руководитель.

Качество, которое придается руководителю учреждения здравоохранения в системе здравоохранения, предусматривает соответствующая номенклатура должностей федерального, региональных и муниципальных органов управления здравоохранением.

Прежняя (65) Номенклатура – должностей, подлежащих замещению специалистами с высшим и средним специальным образованием в учреждениях, предприятиях и организациях системы Министерства здравоохранения СССР (без медицинского и фармацевтического персонала) – была рассчитана на приведение квалификации соискателей в соответствие замещаемым должностям (притом, что врачи и другие представители медицинского и фармацевтического персонала к должностным лицам не относились).

Впоследствии возобладал армейский принцип построения Номенклатуры (76), в соответствии с которым к аппарату управления ею отнесен и своего рода «командный резерв». Этот принцип унаследовала и действующая (88) Номенклатура должностей Министерства здравоохранения Российской Федерации. В соответствии с ней, наряду с руководителями структурных подразделений федерального органа управления здравоохранением, к этому же аппарату управления отнесены и руководители учреждений здравоохранения, основанных на имуществе федеральной принадлежности. Аналогичное положение дел воспроизводится и в регионах (96, 118).

В целом, исследование номенклатурного положения учреждения здравоохранения позволило сделать ряд выводов.

1. В здравоохранении действует номенклатурное определение положения учреждений здравоохранения как больниц, поликлиник, Центров и т.д.

2. Категория номенклатуры учреждений применяется исключительно Министерством здравоохранения Российской Федерации и не используется другими министерствами и ведомствами.

3. Категория номенклатуры должностей не предусмотрена Положением о Министерстве здравоохранения Российской Федерации.

4. Номенклатура учреждений здравоохранения для целей управления обязывает соответствующие учреждения здравоохранения (центральные районные и иные больницы и поликлиники) сочетать осуществляемые ими функции с функциями органа управления здравоохранением.

5. В сферу управления здравоохранением номенклатура учреждений здравоохранения вовлекает также и структурные подразделения (фельдшерско-акушерские пункты) не относящихся к здравоохранению предприятий промышленности, строительства, транспорта, связи и других организаций, а также образовательных учреждений.

Подраздел 3.1.2. Функциональное положение учреждения здравоохранения.

Изучено 32 утвержденных приказами Минздрава России Положения о Центрах. Период, охваченный выборкой, составил с 1988 по 2000 годы: 1988 - 2 (66, 72); 1989 – 2 (67, 68); 1996 – 5 (79-82, 84); 1997 – 7 (86, 87, 89-92, 95); 1998 – 5 (97, 99, 100, 102, 105); 1999 – 8 (106-108, 110, 112-114, 116); 2000 – 3 (119-121).

Согласно 28 Положениям Центры предусматривались как созданные «на функциональной основе». В соответствии с четырьмя из этих Положений Центры признавались созданными в качестве юридического лица.

Из 28 Центров, созданных на функциональной основе:

□ в 20 случаях Центром признавалось только юридическое лицо или только структурное подразделение юридического лица, в том числе:

- только в 1 случае функциями Центра было наделено юридическое лицо;

- в остальных 19 случаях Центром называлось структурное подразделение юридического лица, в том числе:

в 10 случаях соответствующее структурное подразделение либо прямо поименовывалось, либо Центр признавался в качестве такого структурного подразделения конкретного юридического лица, либо структурное подразделение, которое служило базой для создания Центра, называлось не для конкретного, а для категории юридических лиц;

в 9 случаях Центр признавался созданным «на базе» юридического лица без идентификации иных характеристик;

□ в восьми случаях Центром признавалось объединение:

- только юридических лиц, включая в одном случае участие в этом объединении наряду с организациями органа санитарно-эпидемиологического надзора;

- юридических лиц и структурных подразделений других юридических лиц;

- только структурных подразделений юридических лиц.

В одном случае из последних восьми объединение названо не Центром, а Объединением, и утверждено Приказом Минздрава России, несмотря на то, что Номенклатурой учреждений здравоохранения такая форма не предусмотрена.

Таблица 1

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАТЕГОРИИ ЦЕНТРОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ПРИКАЗЫ МЗ РФ О СОЗДАНИИ 32 ЦЕНТРОВ (100%)			
ЮР. ЛИЦО, СОЗДАННОЕ В КАЧЕСТВЕ ЦЕНТРА			12,5%
БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ ЮР. ЛИЦА (87,5%)	МОНО- ОБРАЗОВАНИЕ (62,5%)	ЮР. ЛИЦО, НАЗВАННОЕ ЦЕНТРОМ	3,1%
		СТРУКТУРНОЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ = ЦЕНТР	31,3%
		ЦЕНТР «НА БАЗЕ» ЮР. ЛИЦА	28,1%
	ОБЪЕДИНЕНИЕ (25,0%)	ТОЛЬКО ЮР. ЛИЦ	6,3%
		ЮР. ЛИЦА И СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ	6,3%
		ТОЛЬКО СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ	12,5%

Во всех 28 случаях Положение устанавливало «должность» руководителя Центра, в том числе:

- в одном случае в статусе начальника;

- в одном случае с указанием конкретной персоналии руководителя того структурного подразделения юридического лица, которое было признано Центром;

- в единственном случае, когда Центром было названо юридическое лицо, руководителем Центра в качестве директора был признан не руководитель этого юридического лица, а руководитель его структурного подразделения – заведующий отделом.

В 9 случаях назначение на должность и освобождение от должности руководителя Центра признано прерогативой Минздрава России, в 1 – Минздрава России по представлению руководителя юридического лица, в 10 – руководителя юридического лица, на основе которого создан Центр, по согласованию с Минздравом России, в 5 случаях назначение и освобождение руководителя Центра отнесено Положением к исключительным прерогативам руководителя такого юридического лица. В 1 случае руководителем Центра признавался руководитель юридического лица и в 1 случае руководство Центром как подразумеваемое для структурного подразделения юридического лица отдельно не указано.

В приведенных случаях в Положениях указывается, что руководители представляют интересы возглавляемых Центров и несут ответственность за его деятельность.

В 1 случае руководство Центром признано осуществляемым на коллективной основе.

Центры наделяются штатным расписанием и структурой, допускают реорганизацию и ликвидацию. В 1 случае такой центр поименован объединением, созданным на базе Федерального центра Госсанэпиднадзора Минздрава России и кафедры медицинской академии на основании приказа Минздрава России и договора о творческом сотрудничестве между «всеми входящими в Объединение подразделениями, согласованного с Минздравом России», в другом «взаимоотношения между учреждениями, входящими в состав Центра, определяются и регулируются учредительным договором», в который «включаются все аспекты совместной деятельности по обеспечению работы Центра и решению стоящих перед ним задач». Иными словами, в

качестве Центра Минздравом России утверждается не корпоративное образование, а договор.

В третьем случае предусматривается, что «Центр осуществляет свою деятельность в сотрудничестве... с различными учреждениями на договорных началах», т.е. некорпоративному образованию придаются свойства полноценного участника отношений с корпоративными образованиями – юридическими лицами.

Центры наделяются обязанностями и правами, как если бы они были юридическими лицами – например, на организацию деятельности на договорной основе с предприятиями, организациями, учреждениями, а также с органами и страховыми компаниями, в одном случае с оговоркой – «согласно положению о хозрасчетной деятельности, утвержденному руководителями базовых учреждений». В одном случае Положение устанавливает, что «право на ведение образовательной деятельности предоставляется Центру только при наличии у медицинского образовательного учреждения, входящего в состав Центра, лицензии на определенные виды образовательной деятельности».

Приказы Минздрава России об утверждении Положений о Центрах, созданных в форме юридических лиц, рассмотрены вместе с аналогичными Приказами по поводу других юридических лиц – во временном интервале с 1993 по 2000 годы всего 4 (70, 72, 92, 121): о территориальном медицинском объединении, о республиканской (краевой, областной, окружной) больнице, о федеральном государственном учреждении – Центре лечебной физкультуры и спортивной медицины и о федеральном государственном учреждении – Центре сертификации.

В последнем – единственном – случае создания учреждения-органа на него Минздравом России возлагаются «функции Центрального органа и Органа по сертификации Системы сертификации ГОСТ Р (рег. номер РОСС.RU 0001.01фм00)», но вместо утверждения соответствующего Положения Приказ Минздрава России ориентирован на утверждение его Устава.

В соответствии с Положением о другом федеральном государственном учреждении оно создается «на базе» уже действующего. Несмотря на установление того, что создаваемый Центр является юридическим лицом и, помимо прочего, «финансируется Минздравом России», наделение его в качестве учреждения соответствующим имуществом не предполагается, а взамен указывается, что его «клиническими, научными и учебными базами (на договорной основе) являются лечебно-профилактические, научно-исследовательские учреждения и учебные заведения, находящиеся в ведении Минздрава России и Комитета здравоохранения г. Москвы».

Учредителем республиканской (краевой, областной, окружной) соответствующим Положением называется не государство, а государственный орган управления здравоохранением административной территории.

Республиканская (краевая, областная, окружная) больница, как и территориальное медицинское объединение (ТМО), признается не юридическим лицом, а «хозяйствующим субъектом с правом юридического лица», но при этом указывается, что «в состав ТМО входят учреждения с правом юридического лица» как «субъекты ТМО».

Изучены также приказы Минздрава России, устанавливающие Положения о подразделениях учреждений здравоохранения – всего 4 во временном интервале с 1996 по 1999 годы: клиника, отделение многопрофильной больницы или медико-санитарной части и поликлиника Центра – в качестве структурных подразделений юридических лиц и филиалы Центра – в качестве обособленных подразделений.

Если клиника, поликлиника и отделение признаются структурными подразделениями соответствующего учреждения здравоохранения, то филиалами Центра – обособленные подразделения не учреждения здравоохранения, а созданного «на функциональной основе» объединения юридических лиц и структурных подразделений других юридических лиц.

При этом каждому из этих подразделений придан руководитель, который «представляет интересы и несет ответственность» за деятельность

соответствующего подразделения; в каждом случае, кроме одного, речь идет о реорганизации или ликвидации не юридического лица, а подразделения юридического лица: клиники, поликлиники или филиалов – в одном случае непосредственно Минздравмедпромом России, в двух – руководителем юридического лица, в структуре которого они существуют, по согласованию с Минздравом (Минздравмедпромом) России.

В тексте Положений или Приказов Минздрава России об их утверждении нередким в отношении соответствующих медико-организационных единиц (особенно Центров) является указание на их подведомственность органам управления здравоохранением (например, региональным – 91, или конкретно Главному эпидемиологическому управлению Министерства здравоохранения – 67), на их нахождение в ведении органов управления здравоохранением (например, Минздрава России и Комитета здравоохранения г. Москвы – 92), на подчинение органу управления здравоохранением (например, Минздраву России – 100), в том числе двойное – руководителю учреждения здравоохранения и органу управления здравоохранением, например, директору НИИ, а по организационно-методическим вопросам – Управлению Минздрава России (108).

Наряду с перечисленными формами образования учреждений здравоохранения «на функциональной основе», в здравоохранении подлежат признанию учреждениями здравоохранения также «организации различных организационно-правовых форм и форм собственности, включая индивидуальных предпринимателей, осуществляющие медицинские услуги населению» (126).

В целом, проведенный анализ указанных актов Минздрава России позволяет выявить следующие закономерности.

1. В здравоохранении наравне с организационно-правовыми формами учреждений здравоохранения имеют применение суборганизационные (структурные и обособленные подразделения учреждений здравоохранения) и суррогатные формы субъектов здравоохранительной деятельности:

ОРТО-ФОРМЫ	ПАРА-ФОРМЫ	МЕТА-ФОРМЫ	КВАЗИ-ФОРМЫ	ПСЕВДО-ФОРМЫ
ЦРБ, ТМО	БЮРО СМЭ	КЛИНИКИ	ЦЕНТРЫ	ФАПы, ПБОЮЛы

2. Наряду с формами организационного единения на корпоративной основе (учреждения здравоохранения) в здравоохранении действуют признаваемые наравне с ними объединения на квазидоговорной и на «функциональной» основе, если не только «на базе» учреждения здравоохранения или его структурных подразделений.

3. В здравоохранении не придается значения различиям корпоративных субъектов (учреждения-органа и учреждения-организации при их объединении в Центр, а также при наделении учреждения здравоохранения функциями органа; учреждения здравоохранения, являющегося хозяйствующим субъектом и не являющегося таковым), притом что суррогатные и суборганизационные формы учреждений здравоохранения отождествляются с организационно-правовыми: они наделяются способностью вступать в договорные отношения, для них устанавливается штатное расписание и структура, допускается реорганизация и ликвидация, им придается руководитель, который представляет их интересы и несет ответственность за их деятельность и который назначается на «должность» и освобождается от «должности» в большинстве случаев так или иначе с участием Минздрава России.

4. В здравоохранении не принято оговаривать имущественно-правовые основы деятельности учреждений здравоохранения: ни в одном случае в изученном массиве приказов Минздрава России это не упомянуто – единичными являются ссылки на «финансирование по подчиненности», что к Центрам, создаваемым «на функциональной основе», не является применимым (это искусственно преодолевается дополнительным ресурсообеспечением составляющих их медико-организационных единиц, но не самого Центра); редко также приводятся «источники финансирования»: «бюджетные ассигнования и другие поступления от Минздрава... на лечение больных,

средства обязательного и добровольного медицинского страхования, доходы от хозяйственной деятельности, безвозмездные или благотворительные взносы, пожертвования организаций, учреждений и граждан».

5. В здравоохранении является устойчивым представление о том, что положение медико-организационных единиц (больниц, поликлиник, диспансеров, Центров и т.д., их отделений и филиалов) в качестве учреждений здравоохранения определяется Минздравом России.

Выделяются категории учреждений здравоохранения «с правом юридического лица», наделенных таким правом актом органа управления здравоохранением, в отличие от тех, которым это право органом управления здравоохранением не предоставлено.

6. В здравоохранении связь органов управления здравоохранением с учреждениями здравоохранения признается известной по умолчанию, не требующей раскрытия ее характера, притом что считается подразумевающимся, что учреждения здравоохранения находятся в подчинении органов управления здравоохранением.

7. В здравоохранении отнесение должности руководителя учреждения здравоохранения к Номенклатуре должностей соответствующего органа управления здравоохранением не сопровождается раскрытием, представляет он учреждение здравоохранения в органе управления здравоохранением или орган управления здравоохранением в учреждении здравоохранения.

Раздел 3.2. Внеотраслевое положение учреждений здравоохранения.

Помимо отношений с органами управления здравоохранением, учреждения здравоохранения состоят во множественных отношениях с другими государственными и муниципальными органами и различными организациями.

В этих отношениях учреждениям здравоохранения придается положение, складывающееся по обстоятельствам административной целесообразности.

Наиболее типичны следующие из них:

1. Финансовое управление «забирает все средства от платных услуг, включает их в смету расходов на текущее содержание учреждения, т.е. на покрытие расходов по основным статьям сметы» (6). Иными словами, поступления от приносящей доходы деятельности изымаются у учреждений здравоохранения в казну и затем возвращаются по смете собственника. Между тем закон не предусматривает иных способов поступления имущества учреждений в казну, чем в порядке изъятия как излишнего, неиспользуемого или используемого не по назначению (11, п.296) либо после ликвидации учреждения здравоохранения как юридического лица (11, ст.161). А доходы от предпринимательской деятельности, а также приобретенное на эти доходы имущество «не могут быть изъяты у учреждений по решениям комитетов по управлению имуществом или других государственных и муниципальных органов, в том числе и в тех случаях, когда они не используются или используются не по целевому назначению» (46, п.10).

2. Функции контролирующих органов возлагаются на организации, не обладающие законной компетенцией (128). Тем самым предпринимается ограничение гражданских прав тех лиц, включая учреждения здравоохранения, в отношении которых такой контроль осуществляется. Между тем гражданские права могут быть ограничены только федеральным законом (11, п.2 ст.1), а не актом главы местной администрации или органа региональной исполнительной власти.

3. Страховщики считают себя вправе на проведение «контрольных проверок целевого и рационального использования средств ОМС в медицинских учреждениях, функционирующих в системе ОМС» (71, 104 и др.). Между тем законом они уполномочены контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора (21, ст.15), а не осуществлять контроль внутриорганизационного использования средств, полученных от них исполнителями медицинских услуг, в частности учреждениями здравоохранения.

Фонды ОМС, издавая соответствующие акты, во-первых, позиционируют себя наравне с государственными и муниципальными органами, не будучи наделены их компетенцией; во-вторых, в отношениях с учреждениями здравоохранения выступают от имени собственника их имущества; в-третьих, отождествляют внебюджетные средства со средствами бюджета, распределяя по расходным статьям доходы учреждений здравоохранения.

Однако эти средства к исполнителям медицинских услуг поступают в качестве доходов по договору (21, ст.23), а не по смете собственника. На условиях договора оказания услуг закон допускает (11, ст.783) проверку хода и качества их осуществления (11, п.1 ст.715), сроков и графика, а также правильности использования материалов (11, п.1 ст.748), исключая вмешательство в хозяйственную сферу исполнителя. На контроль объема, сроков и качества медицинской помощи страховщики вправе без посягательств на организационный суверенитет и хозяйственную автономию учреждений здравоохранения – на основе отчетов и исследования своими силами состояния здоровья застрахованных по получении медицинских услуг.

В отношениях учреждений здравоохранения с фондами ОМС – не только в опосредуемых страховыми медицинскими организациями – сохраняется субсидиарная зависимость собственника (11, п.2 ст.120). Поступления в учреждения здравоохранения по смете собственника и из фондов ОМС не тождественны, т.е. от имени собственника в отношениях с учреждениями здравоохранения действуют соответствующие государственные или муниципальные органы, но не фонды ОМС, действующие в качестве заказчика, размещающего средства государственной казны (140).

4. Тарифы на медицинские и иные услуги в системе обязательного медицинского страхования граждан «представляют отдельную группу ценовых показателей, отличающуюся от расчетной стоимости медицинских услуг в новых условиях хозяйствования, цен на платные услуги населению, цен на медицинские услуги по договорам с предприятиями и организациями» (71, п.2.1). Однако в соответствии с законом тарифы должны обеспечивать

рентабельность медицинских учреждений (21, ст.24). Исключение учреждений здравоохранения из числа причастных к установлению тарифов (21, ст.24) притом, что закон не обязывает никого из последних отстаивать условие рентабельности учреждений здравоохранения, приводит к тому, что административно устанавливаемые тарифы не позволяют обеспечить воспроизводство и за счет этого – развитие ресурсов. В связи с этим вместо сокращения требуется увеличение содержания учреждений здравоохранения собственником по смете.

Таким образом, в отношениях учреждений здравоохранения с другими государственными и муниципальными органами органы управления здравоохранением активно или пассивно занимают позицию этих органов. В отношениях учреждений здравоохранения со страховщиками фонды ОМС позиционируют себя в качестве государственных органов, а органы управления здравоохранением занимают позицию на стороне фондов ОМС. Органы управления здравоохранением ориентированы на административное противостояние с учреждениями здравоохранения, а не на имущественную консолидацию с ними на основе общности интересов собственности.

Раздел 3.3. Последствия существующего управления учреждениями здравоохранения.

За переменной социально-экономического устройства государства не последовало изменения характера управления учреждениями здравоохранения. В отношениях собственности продолжает осуществляться управление подчиненными должностными лицами, а не имуществом.

Последствия такого управления имеют правовой характер и стали проявляться потерями в имущественной сфере.

То обстоятельство, что в сферу управления здравоохранением Номенклатура учреждений здравоохранения вовлекает также и структурные подразделения (фельдшерско-акушерские пункты) не относящихся к здравоохранению предприятий промышленности, строительства, транспорта, связи и других

организаций, а также образовательных учреждений, оказалось первым в числе обнаруживших правовые последствия. По требованию работницы обособленного физиотерапевтического кабинета Верховный Суд Российской Федерации признал недействующим Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 1998 года № 110 «Об утверждении Номенклатуры учреждений здравоохранения» (101) как затрагивающий права и свободы граждан. «Поскольку утвержденная Минздравом Российской Федерации Номенклатура учреждений здравоохранения фактически предусматривает неравенство прав медицинских работников при одних и тех же условиях работы на получение пенсии за выслугу лет, Приказ Минздрава Российской Федерации о ее утверждении не может быть, по мнению суда, признан вступившим в силу и не подлежит применению со дня его издания» (130). Кроме того, как нормативный ведомственный акт Приказ Минздрава России, утвердивший Номенклатуру учреждений здравоохранения, подлежит государственной регистрации в Минюсте России с одновременным его опубликованием (52). Вне зависимости от того, что Минюстом России Приказ Минздрава России об утверждении Номенклатуры учреждений здравоохранения сочтен не нуждающимся в государственной регистрации (44), основанием для такой регистрации «является не присутствие или отсутствие в нем каких-либо правовых норм, а содержание в нем соответствующих положений, затрагивающих права и свободы граждан» (130). Несмотря на это Минздрав России ограничился государственной регистрацией в Минюсте России Приказа с воспроизведенным текстом отмененного под новым номером (117).

Для участия в правоотношениях качество учреждений здравоохранения, придаваемое им Номенклатурой Минздрава России, роли не играет. Не имеет оно значения и для их правовой защиты, равно как для наступления правовой ответственности. Об этом свидетельствует и накапливающаяся судебнo-арбитражная практика. Так, на базе сооружений скважины минеральной воды действовала муниципальная больница, образовавшаяся в порядке выделения медико-санитарной части из состава промышленного предприятия. В споре этого предприятия с кредитором на сооружения скважины минеральной воды и

здание насосной станции было обращено взыскание как на имущество, принадлежащее должнику (58). Больница осталась непричастной к спору хозяйствующих субъектов, поскольку не проявила качества юридического лица, заявляющего права на это имущество как неразрывно связанное с деятельностью медицинской, а не с промышленно-производственной деятельностью предприятия. С потерями согласился и орган управления здравоохранением, хотя, представляя имущественные интересы муниципального образования и будучи заинтересован в росте массы имущества здравоохранительного назначения, он мог и должен был настаивать на включении в состав имущества медико-санитарной части сооружений скважины еще на момент ее выделения.

Городская поликлиника в 1992 году продала акционерному страховому обществу находившееся у нее на балансе здание (60). Нахождение на балансе у поликлиники этого объекта было сочтено достаточным для его отчуждения, а положение поликлиники в качестве учреждения здравоохранения – не препятствующим совершить такую сделку.

Образовавшаяся в 1992 году на базе учреждения здравоохранения «организация арендаторов» как арендное предприятие в последующем преобразовалось в хозяйственное товарищество под сохраненным названием номерной стоматологической поликлиники, которое посчитало себя вправе притязать на выкуп арендуемых помещений (56). В другой подобной ситуации арендодателем выступил даже не комитет по управлению имуществом, а орган управления здравоохранением (53). Фактическая приватизация учреждения здравоохранения на период ее осуществления не встретила препятствий.

Приватизация государственного предприятия с включением в уставный капитал образуемого акционерного общества поликлиники на 1000 посещений произошла из-за того, что последняя рассматривалась в качестве объекта (49). Предприятие отнеслось к поликлинике как к составной части приватизируемого имущества. Поликлиника, будучи юридическим лицом, обладающим правом на принадлежащее ему имущество, проявила

юридическую беспомощность. Орган управления здравоохранением, выступающий от лица собственника, занял отстраненную позицию.

В спорах, также вышедших на уровень Высшего арбитражного суда Российской Федерации, органы и учреждения здравоохранения занимают второе (после образовательных) место среди учреждений-должников (173, С.74). Причиной этого является повсеместное недофинансирование или просрочка финансирования учреждений здравоохранения по смете собственника, т.е. неэффективность деятельности органов управления здравоохранением в качестве распорядителей бюджетных средств (5, ст.158, ст.159).

В спорах, окончательно разрешенных на уровне нижестоящих арбитражных судов, удельный вес участия органов и учреждений здравоохранения значительно выше.

Немало имущественных последствий имеют отношения учреждений здравоохранения с потребителями медицинских услуг (166, 169).

Таким образом, сложившееся управление в здравоохранении не охраняет интересы собственности.

Глава 4. Анализ представлений руководителей учреждений здравоохранения о положении и имущественном устройстве возглавляемых ими организаций.

Раздел 4.1. Положение и имущественное устройство учреждений здравоохранения в представлениях их руководителей.

За основную гипотезу исследования принято следующее: в настоящее время большая часть руководителей учреждений здравоохранения испытывает затруднения с определением положения и имущественного устройства организаций, которые они возглавляют.

Следствием этого предполагается их дезориентация в тех качествах, в которых учреждение здравоохранения выступает в отношениях различающегося характера, и в качествах, которыми обладает любая другая сторона этих отношений: органы управления здравоохранением, учредитель, собственник, плательщик за медицинские услуги, потребитель и т.д.

Отсутствие устойчивых и основательных детерминант в представлениях руководителей учреждений здравоохранения, во-первых, исключает применение единообразных алгоритмов в их деятельности; во-вторых, обуславливает их неспособность приводить эту деятельность в соответствие с действующими реалиями; в-третьих, способствует допущению ими или в отношении них отклонений, существо которых не подвержено их осознанной оценке.

В целом, вопросы анкеты тематически распределились на два обособленных раздела: 13 – о положении учреждения здравоохранения, и 25 – о его имущественном устройстве. Вопросы приведены под номерами, соответствующими Приложению 1.

Ответы респондентов (организаторов) на эти вопросы в каждом из двух разделов подверглись частотному и логическому анализу.

Поскольку респонденты могут придерживаться разных мнений, в их ответах выделялись ведущие и альтернативные предпочтения.

Сопоставление ответов респондентов не только в рамках одного вопроса, но и в понятийной взаимосвязи вопросов и ответов в общей их совокупности позволяет выяснить, пользовались ли организаторы едиными смысловыми подходами при ответах на корреспондирующие вопросы, сцеплены ли между собой ответы респондентов на вопросы, имеющие понятийное единство.

Данные проведенного таким образом анализа позволили выявить структуру предпочтений организаторов, степень однородности и непротиворечивости этих предпочтений.

Подраздел 4.1.1. Положение учреждений здравоохранения в представлениях их руководителей.

Основной задачей этой части исследования было выяснение представлений организаторов о следующих категориях:

Орган управления здравоохранением	Высший орган управления учреждением здравоохранения
	Государственный или муниципальный орган
	Собственник
	Учредитель
	Хозяйствующий субъект
	Юридическое лицо
Учреждение здравоохранения	Исполнительный орган управления учреждением здравоохранения

Перед организаторами было поставлено 13 посвященных положению учреждения здравоохранения вопросов.

Структура предпочтений респондентов по каждому отдельному вопросу сложилась следующим образом.

- Лишь по двум вопросам альтернативные предпочтения респондентов не достигли 10%.

По вопросу, какими являются отношения органов управления здравоохранения с учреждениями здравоохранения (№ 6), абсолютное

большинство респондентов (95,1%) признало их отношениями административного подчинения (субординационного руководства), и лишь 2,3% – отношениями по поводу имущества (управления имуществом).

На вопрос, является ли учреждение здравоохранения хозяйствующим субъектом (**№ 33**), абсолютное большинство (87,8%) респондентов сошло во мнении, что учреждение здравоохранения является хозяйствующим субъектом, если ему разрешена приносящая доходы (предпринимательская) деятельность. Почти каждый десятый (9,8%) респондент полагает, что учреждение здравоохранения не является хозяйствующим субъектом, даже если осуществляет разрешенную предпринимательскую деятельность.

- По четырем вопросам альтернативные предпочтения респондентов не достигли 20%.

Может ли учреждение здравоохранения существовать без оформления в качестве юридического лица (**№ 1**), отрицает 82,9%, а поддерживает – 17,1% респондентов при отсутствии затрудняющихся с ответом.

На вопрос, относятся ли учреждения здравоохранения к числу государственных или муниципальных органов (**№ 4**), абсолютное большинство (85,4 %) респондентов отвечает утвердительно, в то время как придерживающихся противоположной точки зрения – 14,6% в отсутствие затрудняющихся с ответом.

На вопрос, может ли орган управления здравоохранением осуществлять функции хозяйствующего субъекта (**№ 34**), абсолютное большинство из них (75,6%) считает, что орган управления здравоохранением не может осуществлять эти функции, притом что почти каждый пятый (19,5%) придерживается противоположного мнения.

На вопрос, в каком качестве действует исполнительный орган (руководитель) учреждения здравоохранения (**№ 38**), абсолютное большинство (75,6%) респондентов выразило мнение, что он выступает от лица учреждения здравоохранения, осуществляя дееспособность возглавляемой им организации.

- По двум вопросам альтернативные предпочтения респондентов не достигли 30%.

По вопросу, что собой представляют учреждения здравоохранения (**№ 2**), к последним большинство (65,9%) респондентов, относит больницы, поликлиники, Центры и т.д. в соответствии с Номенклатурой учреждений здравоохранения, утвержденной Приказом МЗ РФ от 3 ноября 1999 г. № 395, а 22,0% респондентов – организации различных организационно-правовых форм и форм собственности, включая индивидуальных предпринимателей, осуществляющие медицинские услуги населению, как это определено Приказом МЗ РФ от 31 января 2001 г. № 18. Незначительная часть (12,2%) респондентов считает учреждения здравоохранения юридическими лицами соответствующей организационно-правовой формы.

На вопрос, как обязывает действовать руководителя учреждения здравоохранения отнесение его должности к номенклатуре должностей органа управления здравоохранением (**№ 37**), большинство (68,3%) респондентов считает – как представителя учреждения здравоохранения в органе управления здравоохранением, а почти четверть (24,4%) – как представителя органа управления здравоохранением в учреждении здравоохранения.

- По оставшимся пяти вопросам альтернативные предпочтения респондентов превысили 30%.

На вопрос, меняет ли характеристики организационно-правовой формы учреждения род осуществляемой деятельности (**№ 3**), большинство (61,0%) респондентов предпочло отрицательный ответ, а почти треть (31,7%) – положительный. По этому вопросу – самая большая в числе вопросов, посвященных положению учреждения здравоохранения, доля респондентов, затруднившихся с ответом (7,3%).

На вопрос, относятся ли органы управления здравоохранением к числу учреждений (**№ 5**), утвердительно ответило почти столько же респондентов (51,2%), как и отрицательно (48,8%).

Мнения респондентов по вопросу, является ли орган управления здравоохранением высшим органом управления учреждением здравоохранения (№ 35), распались на две почти равные альтернативные группы: 51,2% респондентов ответили положительно и 46,3% – отрицательно.

Ответы респондентов на вопрос, в каком качестве в отношениях учредительства учреждений здравоохранения выступают органы управления здравоохранением (№ 7), распались на три почти равные части: 31,7% респондентов полагает, что органы управления здравоохранением выступают от лица учредителя; столько же (31,7%) респондентов считает, что в создании учреждений здравоохранения органы управления здравоохранением действуют в качестве учредителя, а 34,2% - что в своем качестве учреждения.

На вопрос, в каком качестве орган управления здравоохранением выступает с учреждением здравоохранения в отношениях собственности (№ 36), относительное большинство (41,5%) респондентов придерживается мнения, что органы управления здравоохранением действуют в интересах и от лица собственника.

Почти треть (31,7%) респондентов полагает, что органы управления здравоохранением в отношениях учреждений здравоохранения с собственником действуют в своих интересах юридического лица и от своего имени, а почти пятая часть (19,5%) – что в своих интересах и от лица собственника.

Таким образом, сложилась следующая инфраструктура ответов на вопросы:

Альтернативные предпочтения респондентов:	Организаторы	
	о положении учреждения здравоохранения	
	N=13	%
не превысили 10%	2	15,4
не превысили 20%	4	30,8
не превысили 30%	2	15,4
превысили 30%	5	38,4

Отдельное рассмотрение тенденций ответов на 13 вопросов, посвященных положению учреждения здравоохранения, позволило дополнительно структурировать полученную информацию.

Больше всего неопределившихся – при ответе на вопросы:

- меняет ли характеристики организационно-правовой формы учреждения род осуществляемой деятельности (**№ 3**) 7,3%
- в каком качестве выступают органы управления здравоохранением в отношениях собственности с учреждением здравоохранения (**№ 36**) 7,3%
- как обязывает действовать руководителя учреждения здравоохранения отнесение его должности к номенклатуре должностей органа управления здравоохранением (**№ 37**) 7,3%
- может ли орган управления здравоохранением осуществлять функции хозяйствующего субъекта (**№ 34**) 4,9%

В целом, в результате проведенного анализа ответов респондентов на 13 вопросов, посвященных положению учреждения здравоохранения, выяснилось:

1. Учреждению здравоохранения респонденты придают положение: хозяйствующего субъекта (87,8%, **№ 33**); государственного или муниципального органа (85,4%, **№ 4**); больниц, поликлиник, Центров и т.д. в соответствии с Номенклатурой учреждений здравоохранения, утвержденной Приказом МЗ РФ от 3 ноября 1999 г. № 395 (65,9%, **№ 2**); организаций различных организационно-правовых форм и форм собственности, включая индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинские услуги населению, в соответствии с Приказом МЗ РФ от 31 января 2001 г. № 18 (22,0%, **№ 2**); юридического лица соответствующей организационно-правовой формы (12,2%, **№ 2**).

2. Положение учреждения здравоохранения респонденты не рассматривают иначе, чем в отношениях с органом управления здравоохранением, имеющих административный характер (95,1%, **№ 6**).

3. В отношениях учреждения здравоохранения с органом управления здравоохранением корреспондирующее положение обоих респондентами в расчет не принимается: они ограничиваются признанием положения учреждения здравоохранения в качестве государственного или муниципального органа (85,4%, № 4); больницы, поликлиники, Центра и т.д. – 65,9%; организации, осуществляющей медицинские услуги населению – 22,0%; юридического лица соответствующей организационно-правовой формы – 12,2% (№ 2); хозяйствующего субъекта – 87,8% (№ 33) без сопоставления с соответствующим положением органа управления здравоохранением.

4. Респонденты в большинстве относят и органы управления здравоохранением к числу учреждений (85,4%, № 5), и учреждения здравоохранения к числу государственных и муниципальных органов (51,2%, № 4):

5. Притом что орган управления здравоохранением респонденты равно признают и не признают учреждением (соответственно 51,2% и 48,8%, № 5) и высшим органом управления учреждением здравоохранения (соответственно 51,2% и 46,3%, № 35), их ответы разделились на три сопоставимые части и в том, в каком качестве участвует орган управления здравоохранением в отношениях учредительства (№ 7) и собственности (№ 36) с учреждениями здравоохранения.

6. Притом, что 31,7% (№ 36) респондентов считает, что орган управления здравоохранением в отношении учреждения здравоохранения выступает в своих интересах юридического лица и от своего имени (т.е. в качестве собственника), а еще 19,5% (№ 36) – что в своих интересах юридического лица, но от лица собственника, они абсолютным большинством (95,1%, № 8)

полагают, что в учреждения здравоохранения поступает имущество, принадлежащее государству или муниципальным образованиям. Тем самым, респонденты не расходятся во мнениях относительно принадлежности имущества, но делают различия между принадлежностью имущества и личностью собственника.

Как респонденты определяют личность собственника, позволяют выяснить следующие корреспондирующие вопросы:

	да	нет
Являются ли поступления из бюджета вариантом товарообмена между собственником и учреждениями здравоохранения (№ 11):	24,4%	75,6%
Состоит ли собственник с учреждением здравоохранения в отношениях по поводу медицинских услуг (№ 19):	29,3%	61,0%
Является ли государство или муниципальное образование приобретателем медицинских услуг в отношениях с учреждениями здравоохранения (№ 20):	43,9%	51,2%

При ответах на эти вопросы респонденты отчетливо делают различия между понятиями бюджета, собственника и государства (муниципального образования). Тем самым, будучи едины в отношении принадлежности имущества учреждений здравоохранения государству или муниципальному образованию (95,1%, № 8), респонденты не готовы к столь же единодушному отождествлению с теми же абстракциями личности собственника.

7. Поскольку род осуществляемой деятельности, по мнению респондентов, не меняет характеристики организационно-правовой формы учреждения (61,0%, № 3), постольку является оно учреждением здравоохранения либо учреждением культуры, образования и т.д., является оно учреждением

здравоохранения либо органом управления здравоохранением, является оно государственным или муниципальным органом либо хозяйствующим субъектом, на его положении учреждения это сказываться не может.

Несмотря на это, по мнению респондентов, если органы управления здравоохранением, относясь к числу учреждений (51,2%, № 5), осуществлять функции хозяйствующего субъекта не могут (75,6%, № 34), то учреждения здравоохранения, относясь к числу государственных и муниципальных органов (85,4%, № 4), осуществлять функции хозяйствующего субъекта, если им разрешена приносящая доходы (предпринимательская) деятельность, могут (87,8%, № 33).

8. Если 61,0% респондентов полагает, что род осуществляемой деятельности не меняет характеристики организационно-правовой формы учреждения (№ 3), то 22,0% считают (№ 2), что учреждениями здравоохранения являются юридические лица любой иной организационно-правовой формы и формы собственности (включая индивидуальных предпринимателей) по признакам оказания ими медицинских услуг населению в соответствии с Приказом МЗ РФ от 31 января 2001 г. № 18.

Если учреждения здравоохранения относятся к числу государственных и муниципальных органов (85,4%, № 4), то государственными или муниципальными органами, состоящими с органами управления здравоохранением в отношениях административного подчинения (95,1%, № 6), в этом случае являются и организации различных организационно-правовых форм и форм собственности, включая индивидуальных предпринимателей, осуществляющие медицинские услуги населению (22,0%, № 2).

9. Будучи отнесены к числу учреждений (51,2%, № 5), органы управления здравоохранением, по мнению респондентов, не имеют общего с учреждениями здравоохранения (№ 2), которыми являются больницы, поликлиники, Центры и т.д. – 65,9% или в целом организации,

осуществляющие медицинские услуги населению – 22,0%), а соответствующая организационно-правовая форма юридического лица таким объединяющим фактором быть не может (12,2%).

По мнению респондентов, если учреждения здравоохранения не могут существовать без оформления в качестве юридического лица (82,9%, № 1), то не потому, что наделены соответствующей организационно-правовой формой юридического лица (12,2%, № 2).

Положение учреждения здравоохранения как государственного или муниципального органа (85,4%, № 4), состоящего в административных отношениях с органом управления здравоохранения (95,1%, № 6), несравнимо во мнениях респондентов с положением учреждения здравоохранения как юридического лица (12,2%, № 2), состоящего с органом управления здравоохранением в отношениях по поводу имущества, т.е. управления имуществом (2,4%, № 6).

10. Если исходить из приоритета административного управления учреждением здравоохранения (95,1%, № 6), являющегося государственным или муниципальным органом (85,4%, № 4), то логически последовательным было бы признание респондентами, что его руководитель представляет интересы вышестоящего органа. Однако так полагает лишь каждый четвертый-пятый респондент (24,4%, № 37; 19,5%, № 38). Большинство же респондентов считает, что руководитель учреждения здравоохранения представляет интересы возглавляемой им организации (68,3%, № 37; 75,6%, № 38)

11. Из 13 вопросов по четырем ответы респондентов распределились на почти равные взаимоисключающие группы:

- относятся ли органы управления здравоохранением к числу учреждений (№ 5)	51,2%
	48,8%
- является ли орган управления здравоохранением высшим органом	51,2%

управления здравоохранением (№ 35)	46,3%
- в каком качестве выступают органы управления здравоохранением	31,7%
в отношениях учредительства с учреждением здравоохранения (№ 7)	31,7%
	34,2%
- в каком качестве выступают органы управления здравоохранением	31,7%
в отношениях собственности с учреждением здравоохранения (№ 36)	19,5%
	41,5%

Общим предметом этих вопросов, ставшим фактором раскола мнений респондентов, являются характеристики органа управления здравоохранением.

Таким образом, в этой части подтвердилась основная гипотеза исследования – представления руководителей учреждений здравоохранения о положении возглавляемых ими организаций не являются единообразными, устойчивыми и взаимосвязанными.

О положении учреждения здравоохранения, органа управления здравоохранением, высшего и исполнительного органа управления учреждением здравоохранения респонденты имеют разобщенные и не структурированные представления. Качества государственного или муниципального органа, собственника, учредителя, хозяйствующего субъекта, юридического лица, проявляющиеся в отношениях, в которых состоит учреждение здравоохранения, респондентами понимаются по-разному и не на основе индивидуально-устоявшихся представлений, что свидетельствует и об отсутствии общих и единых ориентиров.

Подраздел 4.1.2. Имущественное устройство учреждений здравоохранения в представлениях их руководителей.

Основной задачей этой части исследования было выяснение представлений респондентов о следующих категориях:

	Собственник	Учреждение здравоохранения
Поступление имущества	Смета	Приносящая доходы деятельность

Распоряжение имуществом Задание Самостоятельность

Перед респондентами были поставлены 25 вопросов, посвященных имущественному устройству учреждения здравоохранения.

Из 25 вопросов, посвященных имущественному устройству учреждения здравоохранения, 5 (№№ 25-29) использованы в качестве ядра исследования в этой части:

- 1) о праве учреждения здравоохранения распоряжаться средствами на приобретение;
- 2) о праве учреждения здравоохранения распоряжаться самим приобретением;
- 3) о принадлежности приобретения.

В ответах на эти вопросы большинство респондентов полагает, что приобрести объект недвижимости учреждение здравоохранения вправе равно за счет средств, выделенных ему по смете – по заданию собственника (65,9%), и за счет средств от приносящей доходы деятельности – самостоятельно (61,0%); что этот объект, приобретенный за счет средств, выделенных ему по смете, поступает в распоряжение учреждения здравоохранения по заданию собственника (82,9%), а за счет средств от приносящей доходы деятельности – в самостоятельное распоряжение учреждения здравоохранения (68,3%), притом что в обоих случаях он поступает одновременно в принадлежность учреждения здравоохранения и собственника (51,2%).

Вместе с тем 14,6% респондентов считает, что такое приобретение поступает в исключительную принадлежность собственника, а 29,3% - что в исключительную принадлежность учреждения здравоохранения. Такое приобретение от средств, выделенных собственником по смете, считает поступающим в самостоятельное распоряжение учреждения здравоохранения 12,2% респондентов, а от приносящей доходы деятельности поступающим в распоряжение учреждения здравоохранения по заданию собственника – 24,4% респондентов.

При этом то, что учреждение здравоохранения не вправе приобрести объект недвижимости за счет средств, выделенных ему по смете – даже по заданию

собственника, полагает 29,3% респондентов, а 12,2% - что и за счет средств от приносящей доходы деятельности.

Если судить по большинству в ответах на эти вопросы, то выясняется:

- приобрести объект недвижимости за счет средств, выделенных ему по смете, учреждение здравоохранения вправе по заданию собственника (65,9%, № 25);

- объект недвижимости, приобретенный учреждением здравоохранения за счет средств, выделенных ему по смете, поступает в распоряжение учреждения здравоохранения по заданию собственника (82,9%, № 28);

- приобрести объект недвижимости на средства от приносящей доходы деятельности учреждение здравоохранения вправе самостоятельно (61,0%, № 26);

- объект недвижимости, приобретенный учреждением здравоохранения за счет средств от приносящей доходы деятельности, поступает в самостоятельное распоряжение учреждения здравоохранения (68,3%, № 29);

- в случае приобретения учреждением здравоохранения объекта недвижимости он поступает одновременно в принадлежность учреждения здравоохранения и собственника (51,2%, № 27).

Если же рассмотреть величины альтернативных предпочтений респондентов в структуре ответов по каждому из этих вопросов, то выясняется, что лишь на вопрос о поступлении объекта недвижимости, приобретенного учреждением здравоохранения за счет средств, выделенных ему по смете (№ 28), альтернативные предпочтения респондентов оказались ниже 20%; по остальным вопросам мнения иные, чем ведущего большинства, разошлись с ним более существенно.

Тем самым, предпочтения большинства не стали свидетельством единообразия по этим вопросам мнений респондентов в общей их совокупности.

Среди остальных вопросов структура предпочтений по каждому из них в отдельности сложилась следующим образом.

- По трем вопросам альтернативные предпочтения респондентов не достигли 10%.

То, что в учреждения здравоохранения поступает имущество, принадлежащее государству или муниципальным образованиям, полагает 95,1% (№ 8) респондентов, и только 2,4% респондентов посчитало, что это – имущество, принадлежащее органам управления здравоохранением. Затруднилось с ответом 2,4% респондентов.

Абсолютным большинством (92,7%, № 9) респонденты признают, что имущество собственника, поступившее по смете, предназначено для потребления самим учреждением здравоохранения. То, что оно предназначено для потребления третьими лицами в отношениях с учреждением здравоохранения считает 2,4% респондентов, столько же (2,4%) – что для воспроизводства, и столько же затруднились с ответом.

На вопрос, может ли учреждение здравоохранения сдать в аренду закрепленное за ним собственником имущество, большинство респондентов (85,4%) полагает, что с согласия собственника – может; почти каждый десятый (9,8%) считает, что не может, даже с согласия собственника, а 2,4% – что может самостоятельно (№ 18). Затруднилось с ответом 2,4% респондентов.

- По трем вопросам альтернативные предпочтения респондентов не достигли 20%.

На вопрос, являются ли поступления в учреждения здравоохранения по смете собственника имущественным обеспечением его задания (№ 10), абсолютное большинство респондентов (73,2%) ответили утвердительно, а 17,1% – отрицательно, притом что почти каждый десятый (9,8%) затруднился с ответом.

К смете доходов и расходов большинство из респондентов (80,5%) относит любые поступления в учреждения здравоохранения, остальные (19,5%) – только поступления из бюджета и из фондов ОМС (№ 16). Никто из респондентов не отнес к смете доходов и расходов поступления в учреждения здравоохранения только из бюджета, затруднившихся с ответом также не было.

Респонденты в большинстве (75,6%, № 17) не считают тождественными понятия сметы собственника и сметы доходов и расходов учреждения

здравоохранения. В тождестве этих понятий сметы уверены 14,6%, а затруднился с ответом почти каждый десятый (9,8%) респондент.

- По шести вопросам альтернативные предпочтения респондентов не достигли 30%.

На вопрос, являются ли поступления из бюджета вариантом товарообмена между собственником и учреждениями здравоохранения (**№ 11**), отрицательно ответило 75,6%, а 24,4% – утвердительно, в отсутствие затруднившихся с ответом.

По вопросу, что составляет смету собственника (**№ 15**), мнения респондентов разошлись: 39,0% из них полагают, что это поступления в учреждения здравоохранения из бюджета и из фондов ОМС; 36,6% - что любые поступления в учреждения здравоохранения; 22,0% – что только поступления из бюджета, при 2,4% затруднившихся с ответом.

На вопрос, состоит ли собственник с учреждением здравоохранения в отношениях по поводу медицинских услуг (**№ 19**), отрицательно ответил 61,0% респондентов, а утвердительно – 29,3%, притом что почти каждый десятый (9,8%) с ответом затруднился.

По вопросу, какое имущество учреждения здравоохранения может быть вовлечено в оборот (**№ 21**), если оно уполномочено осуществлять приносящую доходы деятельность, никто из респондентов не считает, что таким является только поступившее от собственника имущество. Большинство полагает, что в оборот вовлекается все имущество учреждения здравоохранения (65,9%), почти каждый четвертый (24,4%) – что только имущество, самостоятельно создаваемое учреждением здравоохранения, а почти каждый десятый (9,8%) с ответом затруднился.

Респонденты по преимуществу (58,5%, **№ 23**) считают, что приносящую доходы деятельность учреждение здравоохранения осуществляет самостоятельно. Однако почти треть (29,3%) респондентов полагает, что оно осуществляет такую деятельность самостоятельно только тогда, когда отсутствует задание собственника, а почти каждый десятый (9,8%) уверен, что

приносящую доходы деятельность учреждение здравоохранения осуществляет по заданию собственника. Затруднилось с ответом 2,4% респондентов.

Большинство респондентов считает, что распоряжается создаваемым от приносящей доходы деятельности имуществом (**№ 24**) учреждение здравоохранения самостоятельно (61,0%). Однако немало респондентов считает, что распоряжается приобретенным от этой деятельности имуществом учреждение здравоохранения по правилам, установленным собственником (22,0%), либо вообще под руководством собственника (12,2%). Затруднилось с ответом 2,4% респондентов.

- По оставшимся восьми вопросам альтернативные предпочтения респондентов превышают 30%.

По вопросу, какими являются поступления в учреждения здравоохранения из фондов ОМС (**№ 14**), большинство респондентов (58,5%) считает, что они являются поступлениями от приносящей доходы деятельности, т.е. от сделок в обязательственных отношениях; около трети (31,7%) полагает, что они являются поступлениями по смете собственника, т.е. происходящими из вещных отношений, а почти каждый десятый (9,8%) с ответом затруднился.

На вопрос, является ли государство или муниципальное образование приобретателем медицинских услуг в отношениях с учреждениями здравоохранения (**№ 20**), отрицательно ответило 51,2% респондентов, а утвердительно – 43,9%. Затруднилось с ответом 4,9% респондентов.

Большинство респондентов (58,5%, **№ 31**) в качестве излишнего, неиспользуемого или используемого не по назначению допускает изъятие имущества, поступившего от собственника, почти треть (31,7%) – любого находящегося на балансе учреждения здравоохранения имущества. Меньше всего тех респондентов, которые полагают, что собственник вправе изъять имущество, приобретенное учреждением здравоохранения от приносящей доходы деятельности (2,4%). Немало и затруднившихся с ответом – 7,3%.

На вопрос, на какое имущество учреждения здравоохранения распространяется задание собственника (**№ 32**), почти половина

респондентов (48,8%) ответила, что им охватывается все имущество учреждения здравоохранения, несколько меньше (41,5%) – что только поступившее от собственника. Есть и полагающие, что задание собственника распространяется лишь на имущество, приобретенное учреждением здравоохранения от приносящей доходы деятельности (4,9%). Затруднившихся с ответом – 4,9%.

На вопрос, обращается ли имущество учреждения здравоохранения, приобретаемое от приносящей доходы деятельности, в бюджет (№ 22), большинство (61,0%) респондентов полагает, что это имущество поступает на бюджетный учет, а 36,6% – что оно в бюджет вообще не поступает. Никто из респондентов не считает, что такое имущество поступает в распоряжение бюджета. Затруднившихся с ответом – 2,4%.

По мнению 48,8% респондентов до момента поступления в учреждение здравоохранения по смете собственника имущество является нераспределенным и находится во владении, пользовании и распоряжении собственника, и почти столько же (46,3%) считает, что оно – в качестве предназначенного учреждению здравоохранения – уже находится в его владении, пользовании и распоряжении как распределенное (№ 12). Затруднившихся с ответом – 4,9%.

То, что с момента поступления в учреждение здравоохранения по смете собственника имущество становится распределенным и находится во владении, пользовании и распоряжении учреждения здравоохранения, полагает 41,5% – меньше, чем тех, которые считают, что оно находится во владении и пользовании учреждения здравоохранения при сохранении правомочия распоряжения за собственником (48,8%), притом что почти каждый десятый (9,8%) считает все же, что имущество находится во владении, пользовании и распоряжении собственника (№ 13). Затруднившихся с ответом не было.

Среди вопросов, посвященных имущественному устройству учреждений здравоохранения, этот – единственный, в ответах на который сменились

предпочтения респондентов: в базовой группе большинство (52,4%) респондентов полагало, что имущество становится распределенным и находится во владении, пользовании и распоряжении учреждения здравоохранения.

По вопросу, что составляет смету собственника (№ 15), мнения респондентов разошлись: 39,0% из них полагает, что это поступления в учреждения здравоохранения из бюджета и из фондов ОМС; 36,6% - что любые поступления в учреждения здравоохранения; 22,0% – что только поступления из бюджета. Затруднившихся с ответом – 2,4%.

Вопрос, с кем и в каких отношениях формируется имущество, приобретаемое учреждением здравоохранения от приносящей доходы деятельности (№ 30). Ответы на этот вопрос распределились так: 31,7% респондентов полагает, что в отношениях с третьими лицами по обязательствам (сделкам); 29,3% – что в отношениях с собственником; 26,8% – что в любых имущественных отношениях учреждения здравоохранения. На этот вопрос больше всего затруднившихся с ответом (12,2%).

Таким образом, сложилась следующая инфраструктура ответов на вопросы:

Альтернативные предпочтения респондентов:	Организаторы	
	об имущественном устройстве учреждения здравоохранения	
	N=25	%
не превысили 10%	3	12,0
не превысили 20%	4	16,0
не превысили 30%	10	40,0
превысили 30%	8	32,0

Информацию дополняет анализ мест затруднений респондентов с ответом.

Больше всего неопределившихся – при ответе на вопросы:

- с кем и в каких отношениях формируется имущество, приобретаемое учреждением здравоохранения от приносящей доходы деятельности (№ 30) 12,2%

- являются ли поступления в учреждения здравоохранения по смете собственника имуществом обеспечением его задания (№ 10)	9,8%
- поступлениями из каких отношений являются поступления в учреждения здравоохранения из фондов ОМС (№ 14)	9,8%
- тождественна ли смета доходов и расходов учреждения здравоохранения смете собственника (№ 17)	9,8%
- состоит ли собственник с учреждением здравоохранения в отношениях по поводу медицинских услуг (№ 19)	9,8%
- какое имущество учреждения здравоохранения вовлекается в оборот, если оно уполномочено осуществлять приносящую доходы деятельность (№ 21)	9,8%
- вопрос о поступлении приобретенного за счет средств от приносящей доходы деятельности объекта недвижимости в соответствующее распоряжение учреждения здравоохранения (№ 29)	7,3%
- какое имущество учреждения здравоохранения собственник вправе изъять как излишнее, неиспользуемое или используемое не по назначению (№ 31)	7,3%

В целом, в результате проведенного анализа ответов респондентов на 25 вопросов, посвященных имущественному устройству учреждения здравоохранения, выяснилось:

1. Значение момента поступления имущества от собственника в учреждения здравоохранения респонденты оценили, по существу, альтернативно:

До момента поступления в учреждение здравоохранения по смете собственника имущество (№ 12):		С момента поступления в учреждение здравоохранения по смете собственника имущество (№ 13):	
является нераспределенным и находится во владении, пользовании и распоряжении	48,8%	находится во владении и пользовании учреждения здравоохранения при сохранении правомочия распоряжения за собственником	48,8%

собственника		становится распределенным и находится во владении, пользовании и распоряжении учреждения здравоохранения	41,5%
является распределенным и находится во владении, пользовании и распоряжении учреждения здравоохранения	46,3%	остается во владении, пользовании и распоряжении собственника	9,8%

Несмотря на то, что 48,8% респондентов считает, что до момента поступления в учреждение здравоохранения по смете собственника имущество является нераспределенным и находится во владении, пользовании и распоряжении собственника, 46,3% из них полагают, что имущество, предназначенное учреждению, поступает в его владение, пользование и распоряжение, еще находясь в бюджете.

При этом возобладало мнение, что с момента поступления в учреждение здравоохранения по смете собственника имущество находится во владении и пользовании учреждения здравоохранения при сохранении правомочия распоряжения за собственником. Это, однако, не помешало респондентам в большинстве полагать, что объект недвижимости, приобретенный учреждением здравоохранения за счет средств, выделенных ему по смете, поступает в распоряжение учреждения здравоохранения по заданию собственника (82,9%, № 28), а приобретенный на средства от приносящей доходы деятельности – в самостоятельное распоряжение учреждения здравоохранения (68,3%, № 29), как и все имущество от приносящей доходы деятельности учреждения здравоохранения (61,0%, № 24). Это свидетельствует о том, что понятию распоряжения респонденты придают смысл принадлежности имущества и прерогативы собственника. Различий в понятии распоряжения имуществом, осуществляемого собственником и осуществляемого учреждением здравоохранения, респондентами не делается.

2. Респонденты большинством (92,78%, № 9) признают, что, будучи предназначено для потребления самим учреждением здравоохранения,

имущество по смете собственника поступает к нему не в порядке товарообмена и оплаты медицинских услуг.

Обратное мнение, что имущество собственника предназначено для потребления третьими лицами в отношениях с учреждением здравоохранения (2,4%, № 9), а потому формируется в товарообменных отношениях учреждения здравоохранения с собственником по реализации медицинских услуг, имеет тенденцию к возрастанию.

При этом респонденты не находят тождества в отношениях товарообмена и реализации медицинских услуг, притом что пропорция различий между ними и отношениями принадлежности имущества в представлениях респондентов от $\frac{1}{4} : \frac{3}{4}$ доходит почти до 1 : 1:

	да	нет
Являются ли поступления из бюджета вариантом товарообмена между собственником и учреждениями здравоохранения (№ 11):	24,4%	75,6%
Состоит ли собственник с учреждением здравоохранения в отношениях по поводу медицинских услуг (№ 19):	29,3%	61,0%
Является ли государство или муниципальное образование приобретателем медицинских услуг в отношениях с учреждениями здравоохранения (№ 20):	43,9%	51,2%

Это свидетельствует о том, что респонденты не считают значимым различие происхождения поступающего в учреждения здравоохранения имущества по принадлежности от собственника и в порядке товарообмена по обязательствам.

3. Респонденты в основном различают понятия сметы собственника и сметы доходов и расходов.

Поскольку смета доходов и расходов, по мнению большинства респондентов (75,6%, № 17), складывается из вещных и обязательственных поступлений, эти поступления в границах сметы доходов и расходов составляют смету собственника и имущество, приобретаемое от приносящей доходы деятельности учреждения здравоохранения.

Однако в вопросах, как формируются смета собственника (№ 15) и имущество, приобретаемое от приносящей доходы деятельности учреждения здравоохранения (№ 30), мнения респондентов распались на три почти равные части; несмотря на то, что, по мнению респондентов, поступления в учреждение здравоохранения из фондов ОМС являются поступлениями от приносящей доходы деятельности (58,5%, № 14), а приобретенное от этой деятельности имущество поступает в его самостоятельное распоряжение (61,0%, № 24), тем не менее и поступления из бюджета, и поступления из фондов ОМС относятся к смете собственника (39,0%, № 15), являющейся имущественным обеспечением его задания (73,2%, № 10):

Тождественна ли смета доходов и расходов учреждения здравоохранения смете собственника (№ 17):			
14,6%	да	нет, поскольку формируется от поступлений не только в вещных, но и в обязательственных отношениях	75,6%
К смете собственника относятся (№ 15):		Имущество, приобретаемое от приносящей доходы деятельности учреждения здравоохранения, формируется (№ 30):	
22,0%	поступления в учреждения здравоохранения из бюджета	в отношениях с собственником	29,3%
39,0%	поступления в учреждения здравоохранения из бюджета и из фондов ОМС	в отношениях с третьими лицами по обязательствам (сделкам)	31,7%
36,6%	любые поступления в учреждения здравоохранения	в любых имущественных отношениях	26,8%

Обращает внимание, что если при определении сметы собственника затруднившихся с ответом немного (2,4%), то при определении сметы доходов и расходов, равно как поступлений из фондов ОМС, с ответом затруднился

почти каждый десятый (9,8%), а по поводу происхождения имущества от приносящей доходы деятельности – более чем каждый восьмой (12,9%).

Все вместе это свидетельствует о том, что респонденты при употреблении единых понятий сметы в разных значениях имеют неодинаковые представления о содержании этих понятий.

4. Имущество учреждения здравоохранения не только как объект поступления, но и как объект распоряжения также неодинаково определяется респондентами.

По мнению респондентов, установление задания собственника и оценка исполнения этого задания распространяется на все имущество учреждения здравоохранения (48,8%, № 32), несмотря на то, что приносящую доходы деятельность оно осуществляет самостоятельно (58,5%, № 23), и приобретенное от этой деятельности имущество поступает в его самостоятельное распоряжение (61,0%, № 24):

Если учреждение здравоохранения управомочено осуществлять приносящую доходы деятельность, то в оборот вовлекается (№ 21):		Установление задания собственника учреждению здравоохранения и оценка исполнения учреждением здравоохранения этого задания распространяется (№ 32) на:	
0	поступившее от собственника имущество		41,5%
24,4%	имущество, самостоятельно создаваемое учреждением здравоохранения на доходы от этой деятельности		4,9%
65,9%	все имущество учреждения здравоохранения		48,8%
9,8%	не знаю		4,9%

Приобретенное от приносящей доходы деятельности учреждения здравоохранения имущество поступает (№ 24):		Приносящую доходы деятельность учреждение здравоохранения осуществляет (№ 23):	
12,2%	в распоряжение учреждения здравоохранения под руководством собственника	по заданию собственника	9,8%
22,0%	в распоряжение учреждения	самостоятельно, если отсутствует задание	29,3%

	здравоохранения по правилам, установленным собственником	собственника	
61,0%	в самостоятельное распоряжение учреждения здравоохранения	самостоятельно	58,5%

Несмотря на то, что только приобретенное от приносящей доходы деятельности имущество поступает в самостоятельное распоряжение учреждения здравоохранения (61,0%, № 24), все же, если оно уполномочено осуществлять приносящую доходы деятельность, в оборот вовлекается все его имущество (65,9%, № 21).

И напротив, несмотря на то, что имущество собственника, поступившее по смете, предназначено для потребления самим учреждением здравоохранения (92,7%, № 9), учреждение здравоохранения может закрепленное за ним имущество сдать в аренду с согласия собственника (85,4 %, № 18), т.е., несмотря на крайнюю непопулярность этого (2,4%, № 9), использовать для потребления третьими лицами в отношениях с учреждением здравоохранения.

Отсюда: респонденты не обладают одинаковыми представлениями о поступлении имущества по смете и от приносящей доходы деятельности, распоряжении им по заданию собственника и самостоятельно учреждением здравоохранения.

5. Респонденты не едины в своем отношении к имуществу учреждения здравоохранения как к объекту имущественных интересов – собственника и самого учреждения здравоохранения:

Имущество учреждения здравоохранения, приобретаемое от приносящей доходы деятельности (№ 22):		Собственник вправе изъять излишнее, неиспользуемое или используемое не по назначению имущество учреждения здравоохранения (№ 31):	
в бюджет не	36,6%	которое поступило от	58,5%

поступает		собственника	
поступает в распоряжение бюджета	0	которое приобретено учреждением здравоохранения от приносящей доходы деятельности	2,4%
поступает на бюджетный учет	61,0%	любое, находящееся на балансе учреждения здравоохранения	31,7%
не знаю	2,4%	не знаю	7,3%

Если имущество, приобретаемое учреждением здравоохранения от приносящей доходы деятельности, в бюджет не поступает (36,6%, № 22), то логично предположить, что оно становится недоступным для изъятия собственником. Между тем 2,4% респондентов полагают, что собственник в качестве излишнего, неиспользуемого или используемого не по назначению вправе изъять именно это, а 31,7% - что любое находящееся на балансе имущество учреждения здравоохранения (№ 31).

Никто из респондентов не считает, что имущество учреждения здравоохранения, приобретаемое от приносящей доходы деятельности, поступает в распоряжение бюджета (№ 22). Но поступления в учреждения здравоохранения из фондов ОМС 58,5% респондентов относит к поступлениям от приносящей доходы деятельности (№ 14), а 39,0% - к смете собственника (№ 15), что невозможно иначе, чем через их обращение в распоряжение бюджета. С тем, что до момента поступления в учреждение здравоохранения по смете собственника имущество является нераспределенным и находится во владении, пользовании и распоряжении собственника, согласна половина респондентов (48,8%, № 12). Однако то, что имущество, приобретенное учреждением здравоохранения от приносящей доходы деятельности, обращается в распоряжение бюджета, противоречит мнению 61,0% респондентов, полагающих, что оно поступает на бюджетный учет (№ 22).

В целом, очевидно, что респонденты разошлись во мнениях, а в том, в чем их мнения сошлись, обнаруживаются очевидные противоречия.

Таким образом, и в этой части подтвердилась основная гипотеза исследования – представления руководителей учреждений здравоохранения

об имущественном устройстве возглавляемых ими организаций не являются единообразными, устойчивыми и взаимосвязанными.

По вопросам, кто (собственник или учреждение здравоохранения) в отношении чего (распределенного или нераспределенного; поступившего по смете или приобретенного от приносящей доходы деятельности имущества) что (владение, пользование и распоряжение) и в каком объеме (по заданию или самостоятельно) предпринимает, респонденты имеют разобщенные и не структурированные представления. Отношения принадлежности имущества и отношения перехода имущества (товарообмена) между собственником, учреждением здравоохранения и иными лицами респондентами понимаются по-разному и не на основе индивидуально-устоявшихся представлений, что свидетельствует и об отсутствии общих и единых ориентиров.

Раздел 4.2. Положение и имущественное устройство учреждений здравоохранения: сравнительный анализ представлений их руководителей и юристов.

За основную гипотезу исследования принято следующее: в настоящее время представления большей части руководителей учреждений здравоохранения о положении и имущественном устройстве организаций, которые они возглавляют, не являются юридически основательными.

Следствием этого предполагается несоответствие их представлений тем требованиям, которые предъявляются к таким организациям, как учреждения, со стороны закона.

Отсутствие устойчивых и основательных правовых детерминант в представлениях руководителей учреждений здравоохранения:

- во-первых, свидетельствует о том, что существующие детерминанты их представлений не являются правовыми;
- во-вторых, влечет расхождение детерминант, на основании которых они осуществляют свою деятельность и на основании которых должны ее осуществлять;

- в-третьих, является фактором, препятствующим интеграции возглавляемых ими организаций в единое правовое пространство и в единый хозяйственно-экономический оборот.

Для выяснения этого результаты ранее проведенного анкетирования организаторов (41 руководителя учреждений здравоохранения) по 38 вопросам были сопоставлены с результатами анкетирования 175 юристов. Юристам в анкетах было поставлено 43 вопроса (Приложение 2). Поскольку специфичным для юристов является рассмотрение понятия учреждения через суть его организационно-правовой формы, независимо от области их деятельности, постольку в вопросах указывались учреждения вообще, без ограничения сферой здравоохранения. Из 43 вопросов отобраны корреспондирующие поставленным перед организаторами – всего 30 (Приложение 3). Вопросы представлены под номерами анкеты для организаторов.

Предпочтения юристов, т.е. частотное большинство, по их ответам на поставленные вопросы, сосредоточились в основном в диапазоне 80÷100%.

Предпочтения организаторов рассредоточились в основном в диапазоне 40÷80%, допуская весомую долю альтернативных предпочтений, отличных от ведущего большинства.

Если альтернативные предпочтения юристов по более чем половине вопросов сосредоточились в диапазоне 2-3%, то по двум третям вопросов альтернативные предпочтения организаторов были в 10 раз больше (не менее 20%):

100%	>97,0%	>95,0%	>90,0%	>80,0%	>70,0%	>60,0%	>50,0%	>40,0%	>30,0%
Распределение вопросов по ведущим предпочтениям юристов:									
3,3%	46,7%	23,3%	10,0%	13,3%		3,3%			
Распределение вопросов по ведущим предпочтениям организаторов:									
			6,7%	13,3%	16,7%	26,7%	20,0%	10,0%	6,7%
>40,0%	>30,0%	>20,0%	>15,0%	>10,0%	>5,0%	>3,0%	>2,0%	<2,0%	0
Распределение вопросов по альтернативным предпочтениям юристов:									
		3,3%		10,0%	10,0%	6,7%	26,7%	30,0%	13,3%
Распределение вопросов по альтернативным предпочтениям организаторов:									
16,7%	16,7%	33,3%	13,3%	10,0%	3,3%		6,7%		

Тем самым в настоящем исследовании величина альтернативных предпочтений организаторов в 20% принята как показатель сосредоточенности ответов, а превышение этой величины – как показатель их рассредоточенности.

Ведущие предпочтения респондентов обеих групп разошлись по 7 вопросам из 30 (23,3%), что с учетом сосредоточенности или рассредоточенности ответов позволило распределить вопросы по четырем группам:

	Совпадающие ведущие предпочтения респондентов	Несовпадающие ведущие предпочтения респондентов	Всего
Сосредоточенные ответы	1 группа 26,7%	2 группа 6,7%	33,3%
Рассредоточенные ответы	3 группа 50,0%	4 группа 16,7%	66,7%
Всего	76,7%	23,3%	100%

В целом, поставленные вопросы тематически распределились на два обособленных раздела: 11 – о положении учреждения здравоохранения, и 19 – о его имущественном устройстве.

В первой части исследования проведено сравнительное сопоставление ответов организаторов и юристов в корреспондирующих парах вопросов. Одновременно осуществлено статистическое исследование связи между ними. Производился расчет коэффициента Чупрова с последующим вычислением χ^2 как произведение φ^2 и числа единиц частот.

Положение учреждения здравоохранения в представлениях респондентов:

1 группа.

На вопрос (№ 1), может ли учреждение здравоохранения существовать без оформления в качестве юридического лица, 17,1% организаторов ответило утвердительно и 82,9% - отрицательно. Почти безальтернативно (97,1%) юристы исключили возможность существования юридического лица в организационно-

правовой форме учреждения без государственной регистрации. Затруднившихся с ответом в обеих группах респондентов не было. Коэффициент Чупрова 0,297; $\chi^2 - 0,297$.

Большинство организаторов (75,6%) и юристов (96,6%) сошлось в отрицательном мнении по вопросу, может ли орган управления здравоохранением осуществлять функции хозяйствующего субъекта – допускает такую возможность лишь 2,9% юристов и почти каждый пятый (19,5%) организатор. Затруднилось с ответом 0,6% юристов и 4,9% организаторов (№ 34). Коэффициент Чупрова 0,222; $\chi^2 - 0,592$.

На вопрос (№ 33), является ли учреждение здравоохранения хозяйствующим субъектом, абсолютное большинство организаторов (87,8%) и юристов (96,6%) ответило утвердительно под условием, если учреждению разрешена приносящая доходы (предпринимательская) деятельность. Отказывает учреждению здравоохранения в возможности обладать качествами хозяйствующего субъекта 9,8% организаторов и 2,9% юристов. Затруднилось с ответом 0,6% юристов и 2,4% организаторов. Коэффициент Чупрова 0,111; $\chi^2 - 0,148$.

Не вызвал существенного расхождения мнений респондентов вопрос (№ 38), в каком качестве выступает исполнительный орган (руководитель) учреждения здравоохранения. Абсолютное большинство организаторов (75,6%) и юристов (93,1%) полагает, что руководитель учреждения здравоохранения выступает от лица возглавляемой им организации, осуществляя ее дееспособность. При этом почти каждый пятый (19,5%) респондент из числа организаторов и каждый двадцатый (5,1%) юрист полагает, что руководитель действует от лица создавшего учреждение здравоохранения органа управления здравоохранением. Среди респондентов также 2,4% организаторов и 1,7% юристов считает, что руководитель учреждения здравоохранения выступает от имени коллектива возглавляемой им организации. Затруднилось с ответом 2,4% организаторов в отсутствие затруднившихся среди юристов. Коэффициент Чупрова 0,164; $\chi^2 - 0,461$.

3 группа.

Более половины организаторов (51,2%) полагает, что органы управления здравоохранением относятся к числу учреждений. С этим согласно 97,7% юристов и не согласно 48,8% организаторов и лишь 1,7% юристов. Затруднения этот вопрос вызвал у 0,57% юристов и ни у кого из организаторов (**№ 5**). Коэффициент Чупрова 0,253; χ^2 – 1,792.

На вопрос (**№ 3**), меняет ли характеристики организационно-правовой формы учреждения род осуществляемой деятельности, большинство организаторов (61,0%) ответило отрицательно, почти треть (31,7%) – утвердительно, притом что немало (7,3%) с ответом затруднились. Юристы абсолютным большинством (97,1%) считают, что род осуществляемой деятельности характеристики организационно-правовой формы учреждения не меняет, обратное полагает 2,9% в отсутствие затруднившихся с ответом. Коэффициент Чупрова 0,408; χ^2 – 1,176.

2 группа.

Большинство организаторов (85,4%) считает (**№ 4**), что учреждения здравоохранения относятся к числу государственных или муниципальных органов. То, что не обладающие публичной компетенцией учреждения могут быть отнесены к числу государственных или муниципальных органов, допускает 10,3% юристов. Обратного мнения придерживается абсолютное большинство (89,1%) юристов и лишь каждый седьмой (14,6%) организатор. Вопрос вызвал затруднения у 0,57% юристов и ни у кого из организаторов. Коэффициент Чупрова 0,575; χ^2 – 3,341.

То, что отношения органов управления здравоохранением с учреждениями здравоохранения являются отношениями административного подчинения, считает 95,1% организаторов и 6,9% юристов. Напротив, то, что эти отношения являются отношениями по поводу имущества (управления имуществом), полагает 2,4% организаторов и 91,4% юристов. Затруднившихся с ответом организаторов – 2,4%, юристов – 1,7% (**№ 6**). Коэффициент Чупрова 0,689; χ^2 – 4,028.

4 группа.

По мнению абсолютного большинства юристов (88,6%) в создании учреждений органы (власти, управления) выступают от лица учредителя, притом что 11,4% полагает – что в качестве учредителя. Организаторы в равных долях (31,7%) считают, что органы управления здравоохранением могут выступать и от лица учредителя, и в качестве учредителя учреждений здравоохранения. Несколько больше (34,2%) организаторов уверено, что органы управления здравоохранением выступают в создании учреждений здравоохранения в своем качестве учреждения. Затруднившихся с ответом на этом вопрос юристов не было, организаторов – 2,4% (№ 7). Коэффициент Чупрова 0,517; χ^2 – 1,887.

Из числа организаторов 65,9% респондентов учреждениями здравоохранения признают больницы, поликлиники, Центры и т.д. в соответствии с Номенклатурой (Приказ МЗ РФ от 3 ноября 1999 г. № 395), а 22,0% - организации различных организационно-правовых форм и форм собственности, включая индивидуальных предпринимателей, осуществляющие медицинские услуги населению (Приказ МЗ РФ от 31 января 2001 г. № 18). Лишь 12,2% организаторов учреждениями здравоохранения считают юридические лица соответствующей организационно-правовой формы (№ 2). Юристы в абсолютном большинстве полагают, что к числу учреждений не может быть отнесено юридическое лицо любой другой организационно-правовой формы (92,6%), в обратном уверено лишь 7,4% юристов. Коэффициент Чупрова 0,702; χ^2 – 4,270.

По вопросу (№ 35), является ли орган управления здравоохранением высшим органом управления учреждением здравоохранения, мнения как организаторов, так и юристов разошлись значительно: более половины (51,2%) организаторов и 12,0% юристов с этим согласны, в то время как почти половина (46,3%) организаторов и 21,1% юристов с этим не согласны, притом что более двух третей (66,9%) юристов и 2,4% организаторов с ответом затруднились. Коэффициент Чупрова 0,372; χ^2 – 1,657.

Имущественное устройство учреждения здравоохранения в представлениях респондентов:

1 группа.

Абсолютное большинство организаторов (95,1%) и юристов (89,1%) считает, что в учреждения здравоохранения поступает имущество, принадлежащее государству и муниципальным образованиям (№ 8). Меньшинство организаторов (2,4%) и юристов (6,9%) считает это имущество принадлежащим государственным и муниципальным органам (органам управления здравоохранения), а 4,0% юристов полагает, что это имущество было лишено предшествующей принадлежности. С ответом затруднилось 2,4% организаторов в отсутствие затруднившихся среди юристов. Коэффициент Чупрова 0,134; $\chi^2 - 0,187$.

На вопрос (№ 10), являются ли поступления в учреждения здравоохранения по смете собственника имуществом обеспечением его задания, абсолютное большинство организаторов (73,2%) и юристов (96,0%) ответило утвердительно, а 17,1% организаторов и 4,0% юристов – отрицательно. Среди организаторов затруднилось с ответом на этот вопрос 9,8% респондентов, среди юристов затруднившихся не было. Коэффициент Чупрова 0,302; $\chi^2 - 0,645$.

Смету доходов и расходов учреждения здравоохранения не считает тождественной смете собственника абсолютное большинство организаторов (75,6%) и юристов (97,7%). Поддерживает это тождество 14,6% организаторов (№ 17) и 2,3% юристов. Почти каждый десятый организатор (9,8%) с ответом на этот вопрос затруднился в отсутствие затруднившихся среди юристов. Коэффициент Чупрова 0,312; $\chi^2 - 0,689$.

С тем, что объект недвижимости, приобретенный учреждением за счет средств, выделенных по смете, поступает в распоряжение учреждения здравоохранения по заданию собственника, согласно 82,9% организаторов и 98,9% юристов. Однако 12,2% организаторов и 1,1% юристов полагает, что такое приобретение поступает в самостоятельное распоряжение учреждения

здравоохранения (№ 28). У 4,9% организаторов ответ на этот вопрос вызвал затруднения. Коэффициент Чупрова 0,266; $\chi^2 - 0,502$.

3 группа.

На вопрос (№ 11), являются ли поступления из бюджета вариантом товарообмена между собственником и учреждениями, абсолютное большинство организаторов (75,6%) и юристов (97,1%) ответило отрицательно, а почти четверть организаторов (24,4%) и 2,9% юристов – утвердительно. Затруднившихся с ответом не было. Коэффициент Чупрова 0,332; $\chi^2 - 0,441$.

До момента поступления в учреждение здравоохранения по смете собственника имущество абсолютное большинство юристов (98,9%) считает нераспределенным и находящимся во владении, пользовании и распоряжении собственника. С этим соглашается почти половина организаторов (48,8%). Почти столько же организаторов (46,3%) и 1,1% юристов полагает, что это имущество состоит во владении, пользовании и распоряжении учреждения здравоохранения как распределенное, будучи ему предназначено, но еще находясь в бюджете. Затруднилось с ответом 4,9% организаторов в отсутствие затруднившихся среди юристов (№ 12). Коэффициент Чупрова 0,286; $\chi^2 - 2,025$.

Поступления в учреждения из внебюджетных фондов (ОМС) большинство юристов (97,14%) и организаторов (58,5%) считает поступлениями от приносящей доходы деятельности (от сделок в обязательственных отношениях). Однако почти треть организаторов (31,71%) полагает, что они являются поступлениями по смете собственника (в вещных отношениях). Так же считает 2,3% юристов. Затруднения ответ на этот вопрос вызвал почти у каждого десятого организатора (9,8%) и у 0,6% юристов (№ 14). Коэффициент Чупрова 0,421; $\chi^2 - 1,504$.

Большинство организаторов (61,0%) и юристов (97,7%) считает, что имущество учреждения здравоохранения, приобретаемое от приносящей доходы деятельности, поступает на бюджетный учет (№ 22). Более трети организаторов (36,6%) и 1,1% юристов полагает, что в бюджет оно вообще не поступает, а 1,1% юристов полагает, что оно поступает в распоряжение

бюджета. Согласившихся с этим организаторов не было. Затруднения с ответом этот вопрос вызвал у 2,4% организаторов и ни у кого из юристов. Коэффициент Чупрова 0,381; $\chi^2 - 1,741$.

То, что приносящую доходы деятельность учреждение здравоохранения осуществляет самостоятельно (№ 23), считает 58,5% организаторов и 95,4% юристов; самостоятельно, если отсутствует задание собственника – 29,3% организаторов и 2,3% юристов. То, что такую деятельность учреждение здравоохранения осуществляет по заданию собственника, полагает почти каждый десятый организатор (9,8%) и 2,3% юристов. Затруднилось с ответом 2,4% организаторов, в отсутствие затруднившихся среди юристов. Коэффициент Чупрова 0,094; $\chi^2 - 1,525$.

По мнению большинства юристов (98,9%) и организаторов (61,0%), приобретенное от приносящей доходы деятельности учреждения имущество поступает в самостоятельное распоряжение учреждения здравоохранения. Однако более чем каждый пятый организатор (22,0%) считает, что это имущество поступает в распоряжение учреждения по правилам, установленным собственником. С этим согласно мало юристов (1,1%). Почти каждый восьмой организатор (12,2%) полагает, что такое имущество поступает в распоряжение учреждения под руководством собственника, с чем не согласился ни один юрист. Затруднилось с ответом 4,9% организаторов (№ 24). Среди юристов затруднившихся не было. Коэффициент Чупрова 0,412; $\chi^2 - 1,760$.

На вопрос (№ 25), вправе ли учреждение здравоохранения приобрести объект недвижимости за счет средств, выделенных по смете, 29,3% организаторов и 1,7% юристов ответило, что не вправе, притом что большинство организаторов (65,9%) и юристов (96,6%) считает, что вправе – по заданию собственника. Немногие респонденты среди организаторов (2,4%) и юристов (1,7%) полагают, что учреждение приобрести такое имущество вправе самостоятельно. Затруднилось с ответом лишь 2,4% организаторов, в отсутствие затруднившихся среди юристов. Коэффициент Чупрова 0,289; $\chi^2 - 1,430$.

Большинство организаторов (61,0%) и юристов (98,3%) считает, что учреждение здравоохранения приобрести объект недвижимости на средства от приносящей доходы деятельности вправе самостоятельно. Однако 12,2% организаторов (и никто – из числа юристов) полагает, что учреждение здравоохранения не вправе сделать такое приобретение на средства от приносящей доходы деятельности. Более чем каждый пятый организатор (22,0%) полагает, что учреждение здравоохранения сделать такое приобретение вправе только по заданию собственника (№ 26). С этим согласно 1,7% юристов. Затруднившиеся с ответом – только из числа организаторов (4,9%). Коэффициент Чупрова 0,398; χ^2 – 1,644.

То, что в случае приобретения учреждением здравоохранения объекта недвижимости он поступает одновременно в принадлежность учреждения и собственника, считают все юристы (100%) и половина организаторов (51,2%). Треть организаторов (29,3%) полагает, что такой объект поступает в исключительную принадлежность учреждения здравоохранения, а 14,6% - что в исключительную принадлежность собственника (№ 27). Ответ вызвал затруднения почти у каждого двадцатого организатора (4,9%).

С тем, что объект недвижимости, приобретенный учреждением за счет средств от приносящей доходы деятельности, поступает в распоряжение учреждения здравоохранения по заданию собственника, согласно 68,3% организаторов и 97,1% юристов. Однако 12,2% организаторов и 1,1% юристов полагает, что такое приобретение поступает в распоряжение учреждения здравоохранения по заданию собственника (№ 29). У 7,3% организаторов ответ на этот вопрос вызвал затруднения. Коэффициент Чупрова 0,353; χ^2 – 0,880.

Имущество, приобретаемое от приносящей доходы деятельности учреждения, по мнению большинства юристов (98,3%), формируется в отношениях с третьими лицами по обязательствам (сделкам). С этим согласна почти треть организаторов (31,7%). Почти столько же организаторов (29,3%) считает, что такое имущество формируется в отношениях с собственником, с

чем не согласился ни один юрист. Несколько меньше организаторов (26,8%) полагает, что имущество приобретается учреждением здравоохранения от приносящей доходы деятельности в любых имущественных отношениях, с чем совпало мнение 1,7% юристов. Больше всего затруднений среди организаторов (12,2%) вызвал именно этот вопрос (**№ 30**). Затруднений у юристов этот вопрос не вызвал. Коэффициент Чупрова 0,571; $\chi^2 - 3,392$.

Большинство юристов (96,00%) и организаторов (58,54%) полагает, что собственник вправе изъять излишнее, неиспользуемое или используемое не по назначению имущество учреждения (**№ 31**), которое поступило от собственника, притом что почти каждый третий организатор (31,71%) и 4,0% - что любое, находящееся на балансе учреждения. Немного организаторов (2,44%), считающих, что это – имущество, которое приобретено учреждением здравоохранения от приносящей доходы деятельности. С этим не согласился ни один юрист. Затруднившиеся были лишь среди организаторов (7,3%). Коэффициент Чупрова 0,365; $\chi^2 - 1,385$.

По мнению большинства юристов (98,9%), установление задания собственнику учреждению и оценка исполнения учреждением этого задания распространяется на поступившее от собственника имущество. С этим соглашается 41,46% организаторов. Однако почти половина организаторов (48,8%) считает, что заданием собственника охватывается все имущество учреждения здравоохранения. С этим соглашается лишь 1,1% юристов. Затруднилось с ответом 4,9% организаторов (**№ 32**). У юристов ответ на этот вопрос затруднений не вызвал. Коэффициент Чупрова 0,526; $\chi^2 - 2,870$.

Ни один из вопросов об имущественном устройстве учреждений здравоохранения не отнесен ко 2 группе (несовпадающих с юристами и рассредоточенных ответов организаторов).

4 группа.

С момента поступления в учреждение здравоохранения по смете собственника имущество становится распределенным и находится во

владении, пользовании и распоряжении учреждения, как считает 88,0% юристов и вполнину меньше организаторов (41,46%). То, что это имущество поступает во владение и пользование учреждения при сохранении правомочия распоряжения за собственником, считает почти половина организаторов (48,78%) и 11,4% юристов, а то, что оно остается во владении, пользовании и распоряжении собственника – 9,8% организаторов и 0,6% юристов. Затруднившихся с ответом на этот вопрос среди респондентов обеих групп не было (**№ 13**). Коэффициент Чупрова 0,388; $\chi^2 - 1,277$.

Большинство юристов (95,4%) считает, что если учреждение здравоохранения управомочено осуществлять приносящую доходы деятельность, то в оборот вовлекается имущество, самостоятельно создаваемое учреждением. С этим согласна почти четверть (24,39%) организаторов. Большинство организаторов (65,85%) полагает, что в этом случае в оборот вовлекается все имущество учреждений здравоохранения. С этим согласно 2,9% респондентов. При этом 1,7% юристов полагает, что таким имуществом является поступившее по смете собственника. Согласившихся с этим организаторов не было. Затруднился с ответом на этот вопрос почти каждый десятый организатор (9,8%). Затруднений с ответом у юристов этот вопрос не вызвал (**№ 21**). Коэффициент Чупрова 0,543; $\chi^2 - 3,534$.

В целом сопоставление ответов респондентов обеих групп позволило выявить следующее:

1. Организаторы относят учреждения здравоохранения к числу государственных или муниципальных органов (85,4%, **№ 4**) и почти единодушно (95,1%, **№ 6**) полагают, что между учреждениями здравоохранения и органами управления здравоохранением устанавливаются отношения административного подчинения. Юристы, напротив, не считают, что учреждения здравоохранения являются государственными или муниципальными органами (89,1%, **№ 4**), а между учреждениями

здравоохранения и органами управления здравоохранением складываются отношения по поводу имущества (91,4%, № 6).

Объяснение своей позиции юристы видят в том, что учреждение здравоохранения является юридическим лицом: оно не может существовать без оформления в качестве юридического лица (97,1%, № 1) и к числу учреждений не может быть отнесено юридическое лицо другой организационно-правовой формы (92,6%, № 2).

К качеству юридического лица (организационно-правовой форме) учреждения здравоохранения организаторы безразличны (12,2%, № 2), выбирая между тем, как качество учреждения здравоохранения определяет Приказ МЗ РФ от 3 ноября 1999 г. № 395 (больницы, поликлиники, Центра и т.д. в соответствии с Номенклатурой) – 65,9% (№ 2) и Приказ МЗ РФ от 31 января 2001 г. (организации различных организационно-правовых форм и форм собственности, включая индивидуальных предпринимателей, осуществляющие медицинские услуги населению) – 22,0% (№ 2).

Организаторы проводят логическую связь между качеством государственных или муниципальных органов, которое они придают учреждениям здравоохранения, и качеством, которое учреждениям здравоохранения придают акты органов управления здравоохранением, с которыми, по мнению организаторов, учреждения здравоохранения состоят в отношениях административного подчинения. Тем самым организаторы полагают, что учреждения здравоохранения находятся в сфере публичных отношений.

Юристы, напротив, придавая значение качеству юридического лица и специфике организационно-правовой формы субъекта гражданских прав, не наделенного публичной компетенцией, считают, что учреждения здравоохранения находятся в сфере частноправовых отношений, т.е. товарно-денежных и других имущественно-стоимостных отношений, а также личных неимущественных отношений взаимооценочного характера – отношений по поводу имущества.

2. Принадлежность к числу учреждений не тождественна принадлежности к публичной сфере. Равно в сфере публичных и в сфере частноправовых отношений действуют учреждения. Однако в сфере публичных отношений в форме учреждений действуют государственные или муниципальные органы, наделенные в соответствии с законом соответствующей компетенцией. Лишенные такой компетенции учреждения действуют в сфере частноправовых отношений.

Поэтому на вопрос (№ 3), меняет ли характеристики организационно-правовой формы учреждения род осуществляемой деятельности, юристы почти единодушно (97,1%) ответили отрицательно. И учреждения здравоохранения, и органы управления здравоохранением наделены организационно-правовой формой учреждения, осуществляя каждое нетождественную деятельность.

Отвечая также отрицательно (61,0%) на этот (№ 3), как и на вопрос (№ 1), может ли учреждение существовать без оформления в качестве юридического лица (82,9%), организаторы не руководствовались теми же представлениями: значение качеству учреждения здравоохранения как юридического лица соответствующей организационно-правовой формы придает лишь 12,2% организаторов (№ 2), а по вопросу (№ 5), относятся ли органы управления здравоохранением к числу учреждений, мнения организаторов разделились пополам (51,2% и 48,8%).

3. Единственный вопрос, при ответе на который разошлись и мнения организаторов, и мнения юристов, это: является ли орган управления здравоохранением высшим органом управления учреждением здравоохранения (№ 35). При этом если организаторы выбирали между положительным (51,2%) и отрицательным (46,3%) ответами, то юристы по преимуществу (66,9%) с ответом затруднились. Если организаторы решали этот вопрос мерой отнесения учреждений здравоохранения к числу государственных или муниципальных органов (85,4%, № 4) и подчинения учреждений здравоохранения в

административном порядке органам управления здравоохранением (95,1%, № 6), то юристы исходили из того, что отсутствуют правовые акты, определяющие такое положение органов управления здравоохранением в отношениях с учреждениями здравоохранения.

4. Юристы (93,1%) и организаторы (75,6%) сошлись во мнении, что исполнительный орган (руководитель) учреждения здравоохранения выступает от лица возглавляемой им организации, осуществляя ее дееспособность (№ 38), т.е. способность организации своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их.

К такому выводу организаторы пришли вопреки отнесению должности руководителя учреждения здравоохранения к Номенклатуре должностей соответствующего органа управления здравоохранением: за то, что руководитель учреждения здравоохранения выступает от лица создавшего возглавляемую им организацию органа власти или местного самоуправления, высказалось лишь 19,5% организаторов (№ 38).

Однако к такому выводу организаторы пришли и вопреки тому, что лишь 12,2% (№ 2) из них относят к учреждениям здравоохранения юридические лица соответствующей организационно-правовой формы.

5. Юристы, исходя из того, что понятие хозяйствующего субъекта прежде всего является характеристикой юридического лица, осуществляющего деятельность в обороте, считают, что учреждение здравоохранения вправе осуществлять функции хозяйствующего субъекта, если ему разрешена приносящая доходы деятельность (96,6%, № 33), а орган управления здравоохранением – не вправе (96,6%, № 34), поскольку является государственным или муниципальным органом.

Организаторы, притом что лишь 12,2% (№ 2) из них относят к учреждениям здравоохранения юридические лица соответствующей

организационно-правовой формы, твердо полагая (85,4%, № 4), что учреждения здравоохранения являются государственными или муниципальными органами, считают, что осуществлять функции хозяйствующего субъекта органы управления здравоохранением не вправе (75,6%, № 34), а учреждения здравоохранения – вправе, если им разрешена приносящая доходы деятельность (87,8%, № 33).

6. Организаторы не однозначны в том, кто является учредителем и собственником имущества учреждений здравоохранения.

Несмотря на то, что организаторы почти единодушны (95,1%, № 8) в том, что в учреждения здравоохранения поступает имущество, принадлежащее государству или муниципальным образованиям, с тем, что в создании учреждений здравоохранения органы управления здравоохранением выступают от лица учредителя, согласилось лишь 31,7% организаторов, притом что столько же из них (31,7%) полагает, что учредителем учреждений здравоохранения являются сами органы управления здравоохранением (№ 7).

Несмотря на то, что половина организаторов (48,8%, № 5) отказывает органам управления здравоохранением в качестве учреждения, 34,2% организаторов считает, что в создании учреждений здравоохранения органы управления здравоохранением все же выступают в своем качестве учреждения (№ 7), а, следовательно, наделяют принадлежащим им имуществом создаваемые учреждения здравоохранения.

Юристы в абсолютном большинстве уверены, что и собственником имущества (89,1%), и учредителем (88,6%) учреждений являются государство и муниципальные образования, а не государственные или муниципальные органы.

7. Кто, когда и какие осуществляет полномочия в отношении имущества собственника, поступающего в учреждения здравоохранения, организаторы имеют рассредоточенные и не взаимообусловленные представления.

То, что до момента поступления в учреждение здравоохранения по смете собственника имущество является нераспределенным и находится во владении, пользовании и распоряжении собственника (**№ 12**) уверены почти все юристы (98,9%) и менее половины организаторов (48,8%). Почти столько же организаторов (46,3%) считает, что, будучи еще в бюджете, это имущество уже находится во владении, пользовании и распоряжении учреждения здравоохранения. При этом 48,8% организаторов полагает, что с момента поступления в учреждение здравоохранения по смете собственника это имущество все же находится лишь во владении и пользовании учреждения здравоохранения при сохранении правомочия распоряжения за собственником, а 9,8% - что оно вообще остается во владении, пользовании и распоряжении собственника (**№ 13**). Юристы же убеждены (88,0%), что с момента поступления в учреждение здравоохранения имущество собственника становится распределенным и находится во владении, пользовании и распоряжении самого учреждения здравоохранения. С этим согласно 41,5% организаторов.

8. Происхождению имущества, поступающего в учреждения здравоохранения, юристы придают определяющее значение, в то время как организаторы к этому не склонны.

Организаторы (75,6%) в согласии с юристами (97,7%) считают, что смета доходов и расходов учреждения здравоохранения не является тождественной смете собственника, поскольку формируется от поступлений не только в вещных, но и в обязательственных отношениях (**№ 17**). Однако только 31,7% организаторов (**№ 30**) полагает, что имущество от приносящей доходы деятельности учреждения здравоохранения формируется в отношениях по обязательствам (сделкам), т.е. не в вещных отношениях с собственником, а 26,8% организаторов вообще таких различий не делают, считая, что имущество от приносящей доходы деятельности формируется в любых имущественных отношениях учреждения здравоохранения.

Организаторы (75,6%) в согласии с юристами (97,1%) считают, что поступления из бюджета не являются вариантом товарообмена между

собственником и учреждением здравоохранения (№ 11). При этом 29,3% организаторов (№ 30) полагает, что имущество, приобретаемое учреждением здравоохранения от приносящей доходы деятельности, формируется именно в отношениях с собственником.

Отсюда – расхождение мнений организаторов, чем являются поступления в учреждения здравоохранения из фондов ОМС (№ 14): поступлениями по смете собственника, т.е. в вещных отношениях (31,7%), или поступлениями от приносящей доходы деятельности, т.е. от сделок в обязательственных отношениях (58,5%), притом что юристы согласились (97,1%) именно с последними.

9. Организаторы не делают различий между субъектом и объектом распоряжения имуществом по заданию собственника и самостоятельного распоряжения имуществом учреждения здравоохранения.

Если юристы (95,4%) считают, что приносящую доходы деятельность учреждение здравоохранения осуществляет самостоятельно, т.е. независимо, по своему усмотрению, то с этим согласно 58,5% организаторов (№ 23). Столько же (58,8%) организаторов полагает, что приобретенное от этой деятельности имущество поступает в самостоятельное распоряжение учреждения здравоохранения (№ 24). Однако немало организаторов (29,3%) исходит из того, что учреждение вправе на самостоятельность, только если собственник не находит ему занятие по заданию, а 9,8% организаторов убеждено, что приносящую доходы деятельность учреждение здравоохранения осуществляет только по заданию собственника (№ 23). А то, что приобретенное от этой деятельности имущество поступает в распоряжение учреждения здравоохранения так или иначе с участием собственника, считает в общей сложности 34,1% организаторов (№ 24).

По мнению юристов (95,4%), если учреждение здравоохранения управомочено осуществлять приносящую доходы деятельность, в оборот вовлекается лишь имущество, самостоятельно создаваемое учреждением здравоохранения (№ 21). С этим согласно только 24,4% организаторов.

Большинство организаторов (65,9%) считает, что в оборот в этом случае вовлекается все имущество учреждения здравоохранения, т.е. как самостоятельно создаваемое им от участия в приносящей доходы деятельности, так и поступившее от собственника.

Следуя логике предпочтений в обоих предшествующих вопросах, организаторы в большинстве (48,8%) полагают, что установление задания собственника и оценка им исполнения этого задания распространяются на все имущество учреждения здравоохранения (**№ 32**). Юристы считают (98,9%), что задание собственника распространяется только на поступившее от него имущество. С этим согласно 41,5% организаторов. Понятно, почему: юристы (96,0%) в согласии с организаторами (73,2%) считают, что поступления в учреждения здравоохранения по смете собственника являются имущественным обеспечением его задания (**№ 10**).

Вопреки тому, что большинство организаторов (65,9%) считает, что при осуществлении приносящей доходы деятельности в оборот вовлекается все имущество учреждения здравоохранения (**№ 21**), и что установление задания собственника и оценка им исполнения этого задания распространяются на все имущество учреждения здравоохранения (48,8%, **№ 32**), организаторы в большинстве (58,5%) в согласии с юристами (96,0%) полагают, что собственник в качестве излишнего, неиспользуемого или используемого не по назначению вправе изъять имущество учреждения здравоохранения, только поступившее от собственника (**№ 31**). То, что собственник вправе изъять в этом случае любое находящееся на балансе имущество учреждения здравоохранения, считает 31,7% организаторов.

Несмотря на признание организаторами активного участия собственника в осуществлении учреждением здравоохранения приносящей доходы, 36,6% из них полагает, что приобретенное от этой деятельности имущество в бюджет не поступает (**№ 22**), но и с тем, что это имущество поступает в бюджетное распоряжение, никто из организаторов не согласился. В согласии с юристами

(97,7%) большинство из организаторов (61,0%) считает, что это имущество поступает не в распоряжение, а на учет в бюджете.

Иными словами, самостоятельное осуществление учреждением здравоохранения приносящей доходы деятельности и самостоятельное распоряжение приобретенным от этой деятельности имуществом рассматривается организаторами как вариант задания собственника, а задание собственника – как вариант учета в бюджете, а потому и задание собственника, и приносящая доходы деятельность распространяются на все имущество учреждения здравоохранения, но изъять собственник может только поступившее от него имущество учреждения здравоохранения.

10. Если даже исключить фактор неопределенности имущества, и на модели объекта недвижимости выяснить, как организаторы рассматривают возможность его приобретения и поступление в принадлежность и в соответствующее распоряжение учреждения здравоохранения, это не консолидирует их мнения.

То, что учреждение здравоохранения не вправе приобрести объект недвижимости ни за счет средств, выделенных по смете, ни за счет средств от приносящей доходы деятельности, полагает соответственно 29,3% (**№ 25**) и 12,1% (**№ 26**) организаторов. Юристы и большинство организаторов считают, что приобрести объект недвижимости за счет средств, выделенных по смете учреждение здравоохранения вправе по заданию собственника (соответственно 96,6% и 65,9%), а за счет средств от приносящей доходы деятельности – самостоятельно (соответственно 98,3% и 61,0%), хотя 22,0% организаторов полагает, что в последнем случае такое приобретение возможно только по заданию собственника.

Как и юристы (98,9%), организаторы почти единодушны (82,9%), что если объект недвижимости приобретен за счет средств, выделенных по смете, он поступает в распоряжение учреждения здравоохранения по заданию собственника (**№ 28**). Если же речь идет о таком приобретении за счет

средств от приносящей доходы деятельности, то несмотря на единодушие юристов (97,1%) в том, что оно поступает в самостоятельное распоряжение учреждения здравоохранения, с этим соглашается уже 68,3% организаторов, а почти четверть (24,4%) полагает, что оно поступает в распоряжение учреждения здравоохранения по заданию собственника (№ 29).

Мерой поступления такого приобретения в распоряжение учреждения здравоохранения организаторы пытаются объяснить поступление объекта недвижимости в соответствующую принадлежность. Юристы едины (100%) в том, что в случае приобретения учреждением здравоохранения объекта недвижимости он поступает одновременно в принадлежность учреждения здравоохранения и собственника (№ 27). С этим согласно около половины (51,2%) организаторов.

Таким образом, несмотря на то, что в сравнении с предпочтениями юристов ответы большинства организаторов на большинство вопросов качественно совпадают, количественные различия между ними таковы, что делают сравнимыми с предпочтениями организаторов другие их мнения. Это, с учетом расхождений с предпочтениями юристов, приводит к тому, что мнения организаторов в целом обнаруживают внутреннюю противоречивость, отсутствие взаимосвязанности и единых отправных начал.

Смысловый, логический анализ продолжен исследованием статистической связи между ответами респондентов обеих групп. Величина коэффициента Чупрова в 19 из 30 (63,3%) случаев превышала 0,3.

Из 19 лишь в 2 случаях (№ 10 и № 17) коэффициент Чупрова демонстрировал связь между вопросами, отнесенными к 1 группе, т.е. совпадающими и сосредоточенными ответами респондентов. В 7 случаях высокие показатели коэффициента Чупрова характеризовали связь несовпадающих ответов респондентов: в 2 случаях (№ 4 и № 6) сосредоточенных, т.е. отнесенных ко 2 группе, и в 5 случаях (№ 2, № 7, № 13, № 21, № 35) – рассредоточенных, отнесенных к 4 группе. В оставшихся 10 случаях тесная связь по значению коэффициента Чупрова установлена

между совпадающими, но рассредоточенными ответами респондентов на вопросы, отнесенные к 3 группе.

Таким образом, величины коэффициента Чупрова свидетельствуют о наличии тесной связи между ответами респондентов. Однако они являются свидетельством наличия такой связи в совокупностях сходящихся и противоположно расходящихся мнений респондентов разных групп, концентрированных абсолютных предпочтений юристов и рассеянных мнений организаторов.

Очевидно, что коэффициент Чупрова не дает представления о том, что опосредует, какие признаки в ответах респондентов обеих групп являются проводником той связи, тесноту которой он выражает, вне зависимости от величин этой связи.

Если мнения респондентов обеих групп связаны между собой, такая связь может существовать между ведущими предпочтениями организаторов и ведущими предпочтениями юристов по каждому из вопросов либо ведущими предпочтениями тех или других с показателями корреспондирующих категорий вне зависимости от того, являются они альтернативными предпочтениями или вообще предпочтениями не являются.

Чтобы выяснить, как связаны между собой мнения организаторов и юристов, во второй части исследования с использованием программы SPSS 11.0 изучена парная линейная корреляционная регрессия следующих сочетаний частостей:

- ведущие предпочтения организаторов и корреспондирующие величины в ответах юристов (А);
- ведущие предпочтения организаторов и ведущие предпочтения юристов (В);
- ведущие предпочтения юристов и корреспондирующие величины в ответах организаторов (С):

	Парная линейная корреляционная регрессия		
	А	В	С
	по предпочтениям организаторов	по предпочтениям юристов	

Коэффициент корреляции	0,168	0,005	0,273	0,424
Стандартизированный коэффициент регрессии (коэффициент корреляции Пирсона)	- 0,056	0,052	0,052	0,515
Коэффициент детерминации R ²	0,003	0,003	0,003	0,265
Коэффициент регрессии	- 0,122	0,019	0,144	2,068
Средняя ошибка коэффициента регрессии	0,410	0,068	0,522	0,651
tφ	0,298	0,279	0,276	3,176
	Надежность связи по критерию Стьюдента:			
	-			+

Отсюда следует, что:

1. Положительное или отрицательное отклонение показателя доли сложившихся предпочтений юристов в ответах на каждый из вопросов на величину своего среднего квадратического отклонения связано с однонаправленным отклонением показателя доли корреспондирующих мнений организаторов в среднем на 0,515 его среднего квадратического отклонения.

2. Среднее по совокупности отклонение показателя доли сложившихся предпочтений юристов в ответах на каждый из вопросов на 1% связано с однонаправленным отклонением показателя доли корреспондирующих мнений организаторов в среднем на 2,068%.

3. Вариациям сложившихся предпочтений юристов в ответах на каждый из вопросов сопутствует 0,265-кратное изменение общей дисперсии корреспондирующих мнений организаторов.

Таким образом, фактором, опосредующим связь между ответами респондентов обеих групп, является то общее, в чем они сходятся, однако фактор, определяющий эту общность, является умеренно влияющим на мнения организаторов, корреспондирующие предпочтениям юристов.

Принимая во внимание большую амплитуду расхождения от вопроса к вопросу величин мнений организаторов, корреспондирующих предпочтениям юристов, предположено, что средоточием действия фактора, определяющего такое расхождение, является структура ответов организаторов.

В целом, предпочтения юристов составляют 94,7%, а корреспондирующие им мнения организаторов – 54,4% от общей величины (каждые в своей совокупности ответов на 30 вопросов).

Чтобы выяснить, как они соотносятся между собой и каковы их структурные взаимовлияния, в третьей части исследования относительные показатели предпочтений юристов и корреспондирующих им мнений организаторов выражены в долях соответствующих суммарных 100%-ных совокупностей. В качестве обобщающего абсолютного показателя структурных соотношений между ними использована сумма модулей абсолютных изменений долей, выраженная в процентных пунктах.

Выяснилось:

1. по сравнению со структурой предпочтений юристов структура корреспондирующих мнений организаторов изменена в целом на 32,7 процентных пункта;

2. квадратическая мера такого абсолютного сдвига в среднем составляет 1,37 процентных пунктов, что при максимальном значении этой величины 25,8 составляет лишь 5% возможного, т.е. потенциал помодульного выравнивания отклонений в структуре корреспондирующих мнений организаторов от структуры предпочтений юристов достигает в среднем 95%;

3. среднее относительное линейное изменение по модулю в структуре корреспондирующих мнений организаторов по сравнению со структурой предпочтений юристов составляет 35,5%.

Таким образом, по сравнению со структурой предпочтений юристов структура корреспондирующих мнений организаторов имеет отклонения в своей третьей части.

В той мере, в какой организаторы придерживаются тех же ориентиров, что и юристы, у них остается двадцатикратный запас, чтобы следовать этим ориентирам так же, как юристы.

Подводя итоги проведенного исследования, можно сделать следующие обобщающие выводы:

1. Организаторы по сравнению с юристами в целом имеют сходные представления о положении и имущественном устройстве учреждений здравоохранения.

Однако такие представления организаторов не обладают устойчивостью, взаимосвязанностью и единством отправных начал. Не обладают они также общностью с представлениями юристов.

2. Представления организаторов и юристов о положении и имущественном устройстве учреждений здравоохранения связаны лишь в части соответствия предпочтениям юристов корреспондирующих им мнений организаторов.

3. Полного совпадения мнений организаторов с мнениями юристов не обнаружено ни в одном случае.

В целом организаторы распределяются на две половины:

- руководствующиеся иными, чем юристы, ориентирами (45,6%);
- руководствующиеся теми же, что и юристы (54,4%), ориентирами, но структура следующих этим ориентирам мнений организаторов изменена на треть, а чтобы привести ее в соответствие с предпочтениями юристов, необходим двадцатикратный рост корреспондирующих им мнений организаторов.

Глава 5. Пути совершенствования управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности.

Раздел 5.1. Потенциал юридического преобразования подходов к управлению учреждениями здравоохранения в отношениях собственности.

Как показало проведенное исследование:

1. В здравоохранении происходит отраслевое определение положения органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения (Номенклатура учреждений здравоохранения, массив Приказов МЗ РФ о центрах).

1.1. Поэтому первым возникает вопрос о юридическом значении отрасли.

В теории и практике организации здравоохранения сохраняются представления об отраслевом единстве системы здравоохранения (136, С.321), хотя и со значительной утратой ее комплексности, а во многом – и признаков системности (30).

Подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации органы управления здравоохранением и учреждения здравоохранения составляют систему Министерства здравоохранения Российской Федерации (51, п.4). Система Министерства здравоохранения Российской Федерации является частью государственной системы здравоохранения (22, ст.12), в которую входят также органы управления здравоохранением и учреждения здравоохранения, созданные субъектами Российской Федерации. Последние не относятся к системе Министерства здравоохранения Российской Федерации, как не относится к ней муниципальная система здравоохранения (22, ст.13). К любой из этих систем не относится частная система здравоохранения (22, ст.14).

Фактором разъединения служит различие принадлежности имущества в системах здравоохранения.

Юридические основания отраслевого устройства, а, тем более, отраслевого единства, государственной и муниципальной систем здравоохранения отсутствуют, как отсутствуют юридические основания отнесения к отрасли частной системы здравоохранения (22, ст.14).

1.2. Вторым является вопрос о положении государственных и муниципальных органов в здравоохранении.

В здравоохранении действуют представления, что формирование органов управления здравоохранением является прерогативой органов же управления здравоохранением.

В отсутствие органа управления здравоохранением функции такого органа Номенклатура учреждений здравоохранения возлагает на Центральную районную больницу или поликлинику, Центральную окружную больницу, Центральную бассейновую больницу или поликлинику (п.1 Примечаний к Номенклатуре). В соответствии с п.8 Примечаний для лечебно-профилактических учреждений, приведенных в Номенклатуре, которым предоставлена возможность добровольно объединяться в ТМО, предусматривается головная организация – поликлиника или больница, на которую «вышестоящим органом здравоохранения возлагаются функции органа управления ТМО». Законом запрещается наделение хозяйствующих субъектов функциями и правами федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, в том числе функциями и правами органов государственного надзора, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации (20, п.2 ст.7).

Каждый государственный орган как структурно обособленное звено, относительно самостоятельная часть государственного аппарата обладает следующими основными признаками (153, С.114; 27, С.69; 28, С.240; 41, С.161):

а) формирование его по воле государства и осуществление им своих функций от имени государства;

б) выполнение каждым государственным органом строго определенных, установленных в законодательном порядке видов и форм деятельности;

в) наличие у каждого государственного органа юридически закрепленных: организационной структуры, территориального масштаба деятельности, специального положения, определяющего его место и роль в государственном аппарате, а также – порядка его взаимоотношений с другими государственными органами и организациями;

г) наделение государственных органов полномочиями государственно-властного характера.

Наличие последних является наиболее существенным признаком государственного органа. В совокупности с другими признаками они позволяют провести достаточно четкое различие между государственными органами, с одной стороны, и государственными организациями (учреждениями и предприятиями), а также негосударственными органами и организациями – с другой (41, С.161).

Основное свойство государственного органа заключается в том, что он может издавать юридические акты, обязательные для исполнения теми, кому они адресованы; применять наряду с иными воздействиями меры принуждения для обеспечения исполнения требований этих актов; осуществлять надзор за их реализацией.

Веления государственного органа могут быть обязательными либо для всех, либо для определенного круга подвластных, они могут выходить за рамки данного государственного органа и распространяться на ту или иную область или отрасль социально-экономического, социально-культурного строительства, на административно-политическую деятельность, связанную с функционированием данного государственного органа (27, С.69; 28, С.240).

В отличие от государственных органов органы местного самоуправления не осуществляют государственно-властных полномочий, хотя им присущи все остальные признаки из перечисленных.

Муниципальные органы – это органы местных самоуправляющихся территориальных сообществ, которыми они формируются и перед которыми ответственны за осуществление своих полномочий (10, С.673).

Таким образом, орган управления, в том числе управления здравоохранением, как и другие государственные органы и органы местного самоуправления, формируется на основании закона и в порядке, установленном законом, а не по факту возложения функций органа управления на избранную «вышестоящим» органом управления государственную или муниципальную организацию.

1.3. Третьим стоит вопрос о положении государственных и муниципальных учреждений в здравоохранении.

В здравоохранении учреждение здравоохранения рассматривается в качестве медико-организационной единицы системы здравоохранения, исполнительного продолжения органа управления здравоохранением и объекта управления (148), но не в качестве субъекта права, юридического лица как оно определено законом.

В здравоохранении находит широкое применение создание суррогатных и суборганизационных аналогов учреждений здравоохранения. Тем самым проводятся различия между учреждениями здравоохранения, созданными в качестве юридического лица, и учреждениями здравоохранения, таким качеством не обладающими, а среди последних часть существует «на функциональной основе» и «на правах юридического лица», приданных им органами управления здравоохранения, в отличие от остальных, лишенных и этого.

«Хотя существующее законодательство однозначно определяет, что государственные и муниципальные лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) являются юридическими лицами, на практике значительная часть больниц и поликлиник не имеет прав юридического лица. Наиболее типичны следующие ситуации:

В городах правами юридического лица обладают больницы, крупные диспансеры, диагностические центры, часть поликлиник. Многие

поликлиники не имеют прав юридического лица и либо являются структурными подразделениями больниц, либо сохраняют статус, присущий им в административно-командной экономике: все финансовые операции осуществляются через бухгалтерию органа управления здравоохранением, и в лучшем случае для них предусмотрен субсчет для зачисления на него доходов от платных услуг. Расходование бюджетных средств производится по распоряжениям руководителей органов управления здравоохранения.

В сельских районах правами юридического лица обладает лишь центральная районная больница или территориальное медицинское объединение, в состав которого входят остальные ЛПУ, находящиеся в муниципальной собственности. Участковые больницы, поликлиники, диспансеры получают и расходуют средства через бухгалтерию ЦРБ или ТМО. Встречается также ситуация, когда сельские ЛПУ, будучи структурными подразделениями ЦРБ или ТМО и не имея прав юридического лица, обслуживаются бухгалтериями органов местного самоуправления» (202, С.289-291).

Таким образом, в здравоохранении происходит параллельное государственному определению положения органов и учреждений. Определение положения учреждений в праве и в практике деятельности органов управления здравоохранением осуществляется в разных системах координат.

2. В здравоохранении происходит смешение социального управления с управлением имуществом. Управление здравоохранением осуществляется ценой потребления имущества собственника. Однако эффективность потребления этого имущества оценивается не имущественной мерой, поскольку управление имуществом не отделено от социального управления. Отсюда имущество учреждений здравоохранения не рассматривается обособленно от имущества казны, как это установлено законом (11, ст.126), и отдельно в зависимости от источников происхождения этого имущества (11, ст.298). А поскольку социальные нужды отождествляются с потребностями здравоохранения, имущество учреждений здравоохранения считается

предназначенным для удовлетворения этих потребностей, и потому находящимся в распоряжении органов управления здравоохранением.

2.1. В литературе этому находится объяснение в несовершенстве законодательства: неисчерпывающая определенность положений закона «дает широкие возможности органам власти субъектов РФ и органам местного самоуправления самостоятельно трактовать понятие оперативного управления и определять содержание прав и обязанностей государственных и муниципальных медицинских учреждений при утверждении их уставов (положений). В реальности это приводит к тому, что некоторые лечебно-профилактические учреждения, будучи юридическими лицами, несамостоятельны даже в утверждении своего штатного расписания, что вряд ли можно признать оправданным в условиях рыночной экономики. И наоборот, руководители и сотрудники государственных и муниципальных медицинских учреждений нередко по собственному усмотрению используют помещения и оборудование для развития платных услуг и для извлечения доходов в ущерб основной деятельности этих учреждений, финансируемой государством...» (202, С.289-291).

В большей части это – вопрос юридической осведомленности должностных лиц органов управления здравоохранением и руководства учреждений здравоохранения. Примером этому служит, в частности, приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации о передаче имущества аптечного учреждения в оперативное управление унитарному предприятию (93), которое правом оперативного управления не обладает.

В другой части – это вопрос избыточности административного управления, например, если получение учреждениями здравоохранения разрешения на осуществление приносящей доходы деятельности дублирует получение ими лицензии на осуществляемый вид деятельности (124).

2.2. Литературные же источники усматривают проблему в том, что «организационно-правовая форма учреждения не отвечает задачам разделения функций и ответственности между органами управления здравоохранением и

медицинскими организациями, учредителями которых выступают первые» (202,С.288), и «... учитывая, что все ЛПУ учреждены администрациями, то в правовом отношении взаимодействие Управления здравоохранения и подведомственных ЛПУ ущебно. На своего учредителя в суд не обратишься, так как он является хозяином бюджетного учреждения» (1).

Действительно, разделение функций органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения необходимо.

К государственным органам и органам местного самоуправления предъявляются иные требования, чем к государственным и муниципальным организациям. Соблюдение социально-территориальных норм и нормативов (например, 38, 129) является функцией не учреждений здравоохранения, а органов управления здравоохранением, поскольку именно они выступают от имени государства или муниципального образования, не будучи вправе – не имея законных оснований – передоверить эту функцию не облеченным соответствующими юридически закрепленными полномочиями государственным и муниципальным организациям.

Если учреждения здравоохранения используются как исполнительная структура органа управления здравоохранением по осуществлению части его функций, это свидетельствует о неспособности органа управления здравоохранением справляться со своими функциями. Это является посягательством на интересы создавшего его государства или муниципального образования, поскольку влечет неосновательно производимые затраты на его содержание. Кроме того, учреждения здравоохранения, занятые переложеными на них функциями органов управления здравоохранения, осуществляют их в ущерб своим основным функциям.

Учреждения же здравоохранения призваны исполнять отличные от управления функции, состоящие в практической здравоохранительной деятельности, ради осуществления которых они созданы.

Для осуществления этих функций учреждения здравоохранения наделяются соответствующим имуществом, но не территорией –

территориальный масштаб деятельности свойственен органам управления здравоохранением, распространение же его на учреждения здравоохранения лишено правовых оснований.

В отличие от государственных органов и органов местного самоуправления, в том числе органов управления, включая органы управления здравоохранением, учреждения здравоохранения не наделены правомочиями властного понуждения.

В отличие от тех учреждений, которые действуют в отношении государственных органов и органов местного самоуправления как обеспечивающие их потребности вспомогательные, технические структуры (например, бюро медицинской статистики), учреждения здравоохранения осуществляют деятельность в отношении граждан.

Плоды деятельности учреждений здравоохранения потребляются не органами управления здравоохранением, а гражданами, в отношениях с которыми учреждения здравоохранения выступают не от лица и не в качестве представителей власти или местного самоуправления, в том числе не как уполномоченные органами управления здравоохранением, а наравне с другими организациями – негосударственными (немуниципальными), удовлетворяющими нужды потребителей.

Существенно, что организационно-правовой формой учреждения обладают равно и органы управления здравоохранением, и учреждения здравоохранения. Проблема, следовательно, не в том, что организационно-правовая форма не отвечает задачам разделения функций между ними, а в том, как эта форма употребляется теми и другими; и не в том, что «в правовом отношении взаимодействие Управления здравоохранения и подведомственных ЛПУ ущербно», а в правовых пороках фактической связи органов управления здравоохранением с учреждениями здравоохранения.

2.3. Такая связь складывается не между органами социального управления (управления здравоохранением) и учреждениями здравоохранения, а между собственником и созданными им на основе его имущества учреждениями

(органами управления здравоохранением наряду с учреждениями здравоохранения).

Собственник (государство или муниципальное образование), учреждая основанные на его имуществе учреждения, преследует неодинаковые цели. Создавая учреждение для осуществления деятельности (в том числе социального управления), результаты которой не имеют значения товара, собственник наделяет его имуществом для материально-технического обеспечения этой деятельности, исключая его вовлечение в отношения товарообмена, в хозяйственный оборот. Напротив, создавая учреждение, производящее продукцию (услуги), имеющую значение товара, собственник наделяет его имуществом в той мере, в какой оно является гарантией правосубъектности этого юридического лица (11, п.1 ст.48).

В отношении созданного им учреждения собственник действует через органы этого учреждения. Как и любое юридическое лицо, некоммерческая организация, включая учреждения здравоохранения, осуществляет дееспособность через свои органы в соответствии с законом, иными правовыми актами и учредительными документами (11, п.1 ст.54). Для некоммерческих организаций законом предусмотрено наличие высшего (189, ст.29) и исполнительного (189, ст.30) органов.

Именно через органы юридического лица, основанного на несобственном имуществе (наряду с определением его правоспособности и реализацией предусмотренных законом правомочий), собственник осуществляет связь с учреждением здравоохранения. Такая связь складывается в имущественной сфере отношений собственника с созданным им учреждением здравоохранения.

2.4. Высший орган управления учреждением здравоохранения не определен. Правовые основания считать высшим органом управления учреждениями здравоохранения органы управления здравоохранением отсутствуют. Это приводит к тому, что имущественного характера связь учреждения здравоохранения с собственником подменяется административным подчинением учреждений здравоохранения органам управления здравоохранением на основе

приказов, лишаящих учреждения здравоохранения возможности осуществлять предоставленную им законом (11, ст.49) правоспособность.

2.5. Если высший орган управления учреждением здравоохранения не определен, то исполнительный орган (руководитель) учреждения здравоохранения дезориентирован в своем качестве. Отнесение должности руководителя учреждения здравоохранения к Номенклатуре должностей органов управления здравоохранением ставит его перед дилеммой, представляет он в этом случае учреждение здравоохранения в органе управления здравоохранением или орган управления здравоохранением в учреждении здравоохранения.

3. В здравоохранении придается значение структуре источников финансирования охраны здоровья граждан (22, ст.10), а не структуре распоряжения поступлениями в зависимости от их источников. В отсутствие у учреждений здравоохранения организационного суверенитета и автономии в хозяйственной сфере управление имуществом осуществляется не его правообладателем, а административным распорядителем. Тем самым имущественные интересы правообладателей (собственника и учреждения здравоохранения) ставятся в зависимость не от возможности их удовлетворения, а от возможности удовлетворения за их счет усмотрений административных распорядителей. А согласующаяся с интересами собственника и обеспечивающая воспроизводство имущества самостоятельность учреждений здравоохранения в осуществлении приносящей доходы деятельности и в распоряжении ее плодами подвергается неоправданным ограничениям и дополнительным рискам.

3.1. Организаторы дезориентированы в различиях отношений принадлежности и перехода имущества учреждений здравоохранения.

Организаторы усматривают различия не в том, из каких отношений, а в том, от кого поступает имущество в учреждения здравоохранения. В их представлениях любые поступления от государства и муниципального образования обособляются от любых иных поступлений в учреждения здравоохранения. Это в значительной мере обусловлено выделением категории

«платных» медицинских услуг (48), «дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи». Тем самым поступления из бюджета и внебюджетного фонда ОМС противопоставляются в здравоохранении поступлениям от «платных» медицинских услуг.

Между тем поступления в учреждения здравоохранения из фондов ОМС являются поступлениями от приносящей доход деятельности, т.е. из обязательств – договорной характер предоставления медицинских услуг в системе ОМС прямо предусмотрен законом (21, ст.23).

Поступления в учреждения здравоохранения от участия в системе ОМС юридически ничем не отличаются от поступлений от оказания «платных» медицинских услуг и не относятся к смете собственника как происходящие не из отношений принадлежности имущества, а из обязательств.

Государство или муниципальное образование не может быть получателем медицинских услуг. Получателями медицинских услуг являются граждане. Их права, неотъемлемо связанные с личностью, не передаваемы (11, ст.383). Государство или муниципальное образование не могут осуществлять вместо граждан принадлежащие им права. Государство или муниципальные образования могут быть лишь плательщиками за граждан при получении ими медицинских услуг. В этом случае между плательщиком и исполнителем медицинских услуг устанавливаются договорные отношения в пользу граждан (11, ст.430). Если таким плательщиком являются государство или муниципальные образования, а исполнителем – учреждения здравоохранения, то между ними существуют отношения не принадлежности имущества, а перехода имущества, товарообмена. Вариантом таких отношений являются отношения в системе ОМС.

3.2. Организаторы дезориентированы в границах задания собственника и самостоятельности учреждений здравоохранения в зависимости от субъекта распоряжения имуществом.

Учреждение не вправе отчуждать или иным способом распоряжаться закрепленным за ним имуществом и имуществом, приобретенным за счет

средств, выделенных ему по смете (11, п.1 ст.298). Иными словами, только по заданию собственника только в отношении одного объекта (денежных средств, выделенных по смете) учреждение вправе осуществить распоряжение – сделку только одного вида (приобретение имущества). Иных сделок, в том числе не связанных с отчуждением имущества (например, аренды) оно совершать не вправе, даже с согласия или по заданию собственника. Правомочие распоряжения в отношении иных объектов, поступивших от собственника, учреждению принадлежит номинально. И, наоборот, при осуществлении приносящей доходы деятельности в самостоятельное распоряжение учреждения поступают лишь доходы, полученные от такой деятельности, и приобретенное за счет этих доходов имущество (11, п.2 ст.298), исключая имущество, поступившее от собственника.

Таким образом, имеются значимые различия в правомочиях субъекта в зависимости от объекта их приложения:

п.1 ст.298 ГК РФ	п.2 ст.298 ГК РФ
в отношениях с собственником по принадлежности имущества	в отношениях по договорам с неопределенным кругом лиц
учреждение осуществляет владение и пользование имуществом	
закрепленным за учреждением и поступающим по смете от собственника, а также приобретаемым учреждением от приносящей доходы деятельности	
учреждение осуществляет распоряжение	
по заданию собственника	самостоятельное
средствами, выделенными собственником по смете на приобретение имущества	имуществом, приобретаемым от приносящей доходы деятельности

Объектом распоряжения собственника является имущество казны (11, п.1 ст.126). С момента поступления в учреждение здравоохранения оно становится объектом распоряжения учреждения здравоохранения (11, п.1 ст.296). Объектом распоряжения по заданию собственника являются денежные

средства, выделенные собственником по смете на приобретение имущества (11, п.1 ст.298). Объектом самостоятельного распоряжения учреждения здравоохранения является имущество, приобретенное им от приносящей доходы деятельности (11, п.2 ст.298). Остальное имущество находится исключительно во владении и пользовании учреждения здравоохранения.

Если учреждение осуществляет деятельность по заданию собственника, оно состоит с ним в отношениях принадлежности имущества, а в иные отношения с третьими лицами вступает только для приобретения имущества за счет средств, выделенных собственником по смете. Плодами деятельности учреждения пользуется исключительно собственник. Между собственником и учреждением при этом не устанавливаются отношения товарообмена, производства, реализации и оплаты услуг.

Если учреждение осуществляет приносящую доходы деятельность, то – в отношениях товарообмена, в обороте товаров, работ и услуг. Продукт деятельности учреждения (услуги) является объектом возмездных отношений с приобретателем (плательщиком). От реализации продукта своей деятельности учреждение формирует имущество, отличное от поступившего от собственника, и самостоятельно распоряжается им, осуществляя любые не запрещенные законом хозяйственные операции.

3.5. Административное управление имуществом не сокращает, а увеличивает имущественные риски в деятельности учреждений здравоохранения.

Наряду с имущественными рисками в отношениях с контрагентами по хозяйственным договорам и потребителями (154-159, 162-169, 171, 174), рисками фискальных отношений (160), деятельность учреждений здравоохранения сопровождается имущественными рисками отношений с собственником, от имени которого действуют государственные и муниципальные органы.

Иными словами, управление имуществом, которое в интересах собственника должно состоять в управлении рисками (риск-менеджменте),

создает дополнительные имущественные риски для учреждения здравоохранения и для собственника его имущества.

Таким образом, в целом очевидно, что в условиях параллельного законодательному нормотворчества в здравоохранении организаторы в своих представлениях придерживаются не тех основ, которые определяют представления юристов. Существенно, что если юристы излагают свое мнение, то это – не вопрос их точки зрения, это вопрос их знания закона. Они выражают не свою личную позицию, а позицию закона. Позиция организаторов и актов органов управления основана на иных детерминантах.

Причиной такого расхождения является применение в здравоохранении к деятельности учреждений здравоохранения понятий, отличное от их юридического значения, т.е., во-первых, предпочтение юридическим понятиям организационных; во-вторых, превратное истолкование юридических понятий; в-третьих, отождествление юридически различающихся, но корреспондирующих друг другу понятий.

Тем самым абсолютное большинство правовых препятствий кроется в самой сфере управления здравоохранением. То обстоятельство, что представления лишь половины организаторов на две трети мозаично согласуются с представлениями юристов, является свидетельством не юридической неосведомленности организаторов, а отсутствия необходимости иметь юридическую осведомленность в отношениях, которые складываются вне правового поля.

Воспользоваться юридическими возможностями совершенствования управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности станет возможным при условии, что организационное состояние здравоохранения будет приведено в соответствие с юридическими требованиями.

Для этого:

1. Учреждения здравоохранения в предусмотренном законом порядке должны быть наделены качеством юридического лица. Следует исключить практику придания учреждениям здравоохранения суррогатных и

суборганизационных форм, существования учреждений здравоохранения «на функциональной основе» и «на правах юридического лица» и других отклонений от положений закона, препятствующих учреждениям здравоохранения осуществлять предоставленную им законом правосубъектность.

2. С юридических позиций понятие номенклатуры должностей органов управления здравоохранением в части вовлечения должностей руководителей учреждений здравоохранения имеет отношение к дееспособности учреждений здравоохранения (11, ст.53).

В существующем виде охват Номенклатурами должностей органов управления здравоохранения должностей руководителей учреждений здравоохранения не позволяет ни отделить сферу государственного или муниципального управления от сферы хозяйствования, ни осуществлять руководителям учреждений здравоохранения организационный суверенитет (дееспособность) возглавляемых ими организаций.

В связи с этим из Номенклатур должностей органов управления здравоохранения должны быть исключены должности руководителей учреждений здравоохранения.

3. Различение режимов имущества учреждений здравоохранения обязательно для органов управления здравоохранением.

Необходимо пересмотреть юридически неосновательную практику выделения «платных» медицинских услуг и приравнивания к поступлениям в учреждения здравоохранения по смете собственника поступлений из фондов ОМС с тем, чтобы следовать правовым различиям поступлений в учреждения здравоохранения по принадлежности имущества и поступлений от приносящей доходы деятельности (из отношений товарообмена) без отождествления со сметой собственника сметы доходов и расходов (5, п.3 ст.161).

Структура сметы доходов и расходов учреждений, в том числе в здравоохранении:

- во-первых, отражает различия положения учреждений, лишенных права осуществлять приносящую доходы деятельность (в том числе органов управления здравоохранением и иных государственных и муниципальных органов) и наделенных таким правом в качестве хозяйствующих субъектов (учреждений здравоохранения);

- во-вторых, разграничивает поступления имущества по принадлежности (от собственника) и от приносящей доходы деятельности учреждений – хозяйствующих субъектов;

- в-третьих, обозначает сферу хозяйственной автономии, т.е. самостоятельности учреждений здравоохранения в распоряжении имуществом, поступившим не от собственника.

4. Подразделение видов учреждений здравоохранения должно осуществляться на имеющей юридическое значение основе. С юридических позиций понятие номенклатуры учреждений здравоохранения имеет отношение к их правоспособности (11, ст.49).

Понятие номенклатуры в современных условиях применимо к органам управления здравоохранением в качестве учреждений по аналогии с исторически существовавшей градацией «в зависимости от значимости и масштабов деятельности» (62).

В существующем виде Номенклатура учреждений здравоохранения никак не связана ни с правовым положением, ни с имущественным устройством учреждений здравоохранения.

В связи с этим учреждения здравоохранения целесообразно классифицировать в зависимости от доли поступлений от приносящей доходы деятельности в структуре сметы доходов и расходов (Приложение 6).

5. Для целей повышения компетентности осуществляющих управление имуществом должностных лиц органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения при их аттестации следует проводить экзамен для выяснения уровня юридической осведомленности о положении и имущественном устройстве учреждений здравоохранения (Приложение 5).

Для организаторов здравоохранения необходимо введение обязательного обучения юридическим основам положения и имущественного устройства учреждений здравоохранения. Автором разработана и внедрена в практику Программа обучения организаторов здравоохранения по курсу «Положение и имущественное устройство учреждений» (Приложение 4).

Перечисленные меры доступны для осуществления уже в настоящее время и вне зависимости от иных мер, зависящих не только от здравоохранения.

Раздел 5.2. Юридические пути совершенствования управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности.

В отличие от государственной (22, ст.12) и муниципальной (22, ст.13), частная система здравоохранения не включает в себя централизованные органы управления (22, ст.14). Однако это не препятствует функциональной способности составляющих ее хозяйствующих субъектов, осуществляющих деятельность в области охраны здоровья. Напротив, эта предоставленная самоорганизации система здравоохранения – единственная, лишенная бюджетных ассигнований на потребление имущества и основанная исключительно на его воспроизводстве. Каждый субъект хозяйствования самостоятельно осуществляет управление принадлежащим ему имуществом. Такое управление влечет обеспечение эффективности воспроизводства имущества или прекращение хозяйствующего субъекта.

В отличиях государственной и муниципальной систем здравоохранения от частной, очевидно, и заключены причины их имущественной неэффективности. И если такие отличия состоят во включении в государственную и муниципальную системы здравоохранения наряду с государственными и муниципальными организациями (учреждениями здравоохранения) государственных и муниципальных органов управления здравоохранением, то эти причины кроются в структурировании (системообразовании) здравоохранения.

Действительно, в условиях административного руководства деятельностью учреждения здравоохранения через его руководителя, должность которого

отнесена к номенклатуре должностей органа управления здравоохранением, учреждение здравоохранения является исполнительным продолжением органа управления здравоохранением (142, 148). При оказании медицинских услуг учреждение здравоохранения осуществляет приносящую доходы деятельность, будучи хозяйствующим субъектом.

Руководит учреждением здравоохранения в качестве хозяйствующего субъекта через находящегося в номенклатуре его должностей руководителя орган управления здравоохранением.

Между тем совмещение функций федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления с функциями хозяйствующих субъектов запрещено законом (20, п.2 ст.7).

Тем самым закон требует отделения сферы государственного управления и местного самоуправления от сферы хозяйствования.

Сфера государственного управления и местного самоуправления представлена соответствующими государственными и муниципальными органами, объединенными однородностью осуществляемых функций (управления здравоохранением) в систему.

Сфера хозяйствования складывается на основе конкуренции имущественных интересов и разобщена принадлежностью имущества, а потому системой не является.

Сфера хозяйствования в здравоохранении в условиях единства экономического пространства и равного признания частной, государственной, муниципальной и иных форм собственности (29, ст.8) представлена субъектами здравоохранительной деятельности разных форм собственности и организационно-правовых форм, в том числе учреждениями здравоохранения.

Поэтому можно различать лишь сектора экономического оборота в области охраны здоровья, в одном из которых (общественном) действуют юридические лица в организационно-правовой форме учреждения, основанные на имуществе, находящемся в государственной и муниципальной собственности, а

в другом - юридические лица различных организационно-правовых форм, основанные на имуществе, находящемся в частной собственности:

Система органов управления здравоохранением	
Экономический оборот в области охраны здоровья	
Общественный сектор	Частный сектор
Юридические лица в организационно-правовой форме учреждения, основанные на имуществе, находящемся в государственной и муниципальной собственности, и осуществляющие деятельность в области охраны здоровья граждан	Юридические лица различных организационно-правовых форм, основанные на имуществе, находящемся в частной собственности, и осуществляющие деятельность в области охраны здоровья граждан

Действующее системообразование здравоохранения не соответствует социально-экономическим условиям его существования. Это требует внесения необходимых изменений в Основы законодательства об охране здоровья граждан, определяющие системообразование здравоохранения (Приложение 7).

Объединение государственных и муниципальных органов наряду с учреждениями здравоохранения в системы, обособленные по принадлежности имущества, дезориентирует тех и других в осуществляемых функциях.

Органы управления здравоохранением осуществляют функции обеспечения гарантий государства о праве каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь (29, п.1 ст.41) в условиях различий имущественной принадлежности и конкуренции имущественных интересов субъектов здравоохранительной деятельности.

В целом функции органов управления здравоохранением объективно сводятся к обеспечению доступа граждан к медицинской помощи и допуску к здравоохранительной деятельности субъектов и объектов ее осуществления (159), чем должно достигаться регулирование состояния социальной среды (удовлетворение потребностей граждан в отношении здоровья). Регулирование состояния социальной среды (социальное управление) органы

управления здравоохранением призваны осуществляться путем управления финансовыми средствами, предназначенными для достижения этих целей.

В настоящее время социальное управление осуществляется путем руководства органами управления здравоохранением деятельностью учреждений здравоохранения. Финансовые средства органами управления здравоохранением распределяются по учреждениям здравоохранения в порядке поступлений по смете собственника. Обязательственные поступления в учреждения здравоохранения обеспечивает институт внебюджетных фондов ОМС.

Социальный (государственный или муниципальный) заказ, состоящий в размещении имущества казны на торгах (конкурсе), является вариантом обязательственного освоения бюджета, в том числе учреждениями здравоохранения. Юристы считают (94,9%), что в бюджетном распределении возможно обеспечить переход от вещного к обязательственному финансированию учреждений здравоохранения путем конкурсного размещения социальных заказов на основе имущества казны (№ 41, здесь и далее нумерация вопросов приводится в соответствии с Приложением 2). Этому не противоречат различия принадлежности казны. Участие в социальном заказе может быть стимулом для учреждений здравоохранения осуществлять приносящую доходы деятельность: к участию учреждений здравоохранения в конкурсе на размещение социального заказа может быть установлен допуск в зависимости от структуры сметы доходов и расходов на условиях, например, превышения размера поступлений от приносящей доходы деятельности над размером поступлений по смете собственника. Однако в здравоохранении возможности социального заказа не используются.

Органы управления здравоохранением представляют интересы собственности – соответствующей принадлежности имущества здравоохранительного назначения. Поэтому, обеспечивая соблюдение имущественных интересов учреждений здравоохранения, органы управления здравоохранением действовали бы в интересах собственника, способствуя увеличению имущества здравоохранительного назначения.

Для этого в отношениях учреждений здравоохранения с иными государственными или муниципальными органами и в обязательственных

отношениях учреждений здравоохранения с заказчиком, в том числе размещающим государственные или муниципальные средства, органы управления здравоохранением должны руководствоваться интересами воспроизводства имущества здравоохранительного назначения в принадлежности учреждений здравоохранения.

Не отсутствие единой административной подведомственности органов и организаций здравоохранения, а разобщенность государственной и муниципальной принадлежности их имущества препятствует системности здравоохранения.

Между тем фактор разъединения здравоохранения может быть использован как фактор его объединения. Если в настоящее время учреждения создаются единственным учредителем-собственником как унитарные организации, то закон не содержит запрета на создание учреждений несколькими собственниками. Тот факт, что понятие собственника употреблено в законе (11, п.1 ст.120) в единственном числе, означает собирательное качество этого понятия. В противном случае единственное число этого понятия, употребленное в других нормах (например, 11, ст.ст.209-210), исключает его применение к категории лиц, которым имущество принадлежит на праве общей собственности (11, ст.244), т.е. к сособственникам.

Учреждения здравоохранения могут создаваться разными учредителями (государством и муниципальными образованиями) не только по отдельности, но и вместе. На вопрос, возможно ли наличие соучредителей у учреждений (**№ 11**), 82,9% юристов высказалось утвердительно.

Возможная множественность собственников имущества учреждения, однако, не означает, что они должны состоять в отношениях общей собственности на это имущество. Каждый из них может сохранять право собственности на то имущество, которое им передается учреждению, а также на плоды, продукцию и доходы от самостоятельной деятельности учреждения (а равно и меру субсидиарной ответственности по его долгам).

Участие нескольких собственников в имуществе учреждения здравоохранения имеет в большей мере неимущественное значение –

возможность оказывать централизующее влияние на его деятельность и проводить единую политику в отношении всех учреждений здравоохранения, восстанавливая системность здравоохранения.

Для учреждений здравоохранения наличие нескольких собственников приобретает еще большее значение, поскольку с этим повышается устойчивость исполнительного органа: назначение на должность и смещение с должности руководителя происходит с согласия всех собственников имущества учреждения здравоохранения.

Вне зависимости от того, имеют они одного или нескольких учредителей, учреждения здравоохранения должны обладать предусмотренной законом структурой органов управления некоммерческой организации, не заменяемой вовлечением их в структуру административного подчинения органам управления здравоохранением. Наряду с исполнительным должен быть сформирован высший орган управления учреждением здравоохранения.

Чтобы централизовать все возможные требования к учреждению здравоохранения государственных или муниципальных органов, необходим коллегиальный высший орган управления учреждением здравоохранения с включением в его состав должностных лиц не только органов управления здравоохранением, но и других государственных и муниципальных органов (финансовых и т.д.), причастных к управлению, контролю за деятельностью учреждений здравоохранения и субсидиарной ответственности собственника за ее последствия. Ни один из государственных или муниципальных органов в составе высшего органа управления учреждением здравоохранения не сможет рассматривать учреждение здравоохранения как свое хозяйственное продолжение и возлагать на учреждение здравоохранения часть своих социальных обязанностей. Это позволит одновременно коллегиально выверять обоснованность требований, предъявляемых к учреждению здравоохранения. То обстоятельство, что высший орган в отношениях с учреждениями здравоохранения выступает не в качестве государственного или муниципального

органа, исключает основанность этих отношений на приказах как актах административного управления.

Поскольку компетенция высшего органа управления некоммерческой организации, включая учреждения, в том числе учреждения здравоохранения, предусмотрена законом (189, ст.29), а к компетенции исполнительного органа отнесено все, что не составляет компетенцию высшего органа (189, ст.30), в компетенцию исполнительного органа должно входить осуществление хозяйственной автономии учреждения здравоохранения. Именно исполнительный орган (руководитель), осуществляя дееспособность возглавляемой им организации (11, п.1 ст.53), должен быть носителем самостоятельности учреждения здравоохранения в осуществлении приносящей доходы деятельности и распоряжения ее плодами (11, п.2 ст.298). Предметом охвата компетенцией высшего органа в этом случае является имущество учреждения здравоохранения, поступившее от собственника (11, п.1 ст.298).

Учреждение здравоохранения как лицо, не являющееся собственником и владеющее имуществом по основанию, предусмотренному законом, имеет право на защиту его владения также против собственника (11, ст.305). Защиту владения учреждения здравоохранения обеспечивает его исполнительный орган, осуществляющий дееспособность возглавляемой им организации (11, п.1 ст.53). На вопрос, защищен ли при этом руководитель учреждения здравоохранения в своем должностном положении (**№ 36**), 67,4% юристов ответили отрицательно и еще 17,7% затруднились с ответом. Это означает, что обеспечивающие такую защиту положения закона отсутствуют. Следовательно, на случай и на срок осуществления руководителем учреждения здравоохранения судебной защиты имущественных интересов возглавляемой организации должен законом устанавливаться мораторий на снятие его с должности.

Чтобы управлению имуществом учреждений здравоохранения не противостояло административное управление, необходимо ввести страхование рисков изъятия у учреждения здравоохранения приобретений от приносящей доходы деятельности (150). На вопрос, возможно ли страхование рисков

изъятия имущества учреждений из их самостоятельного распоряжения (№ 38), 93,1% юристов ответило утвердительно. Действительно, правила о равенстве участников имущественных отношений не применяются, если эти отношения (например, налоговые) основаны на административном или ином властном подчинении одной стороны другой (11, п.3 ст.2); в остальных случаях в имущественных отношениях Российская Федерация, субъекты Российской Федерации, муниципальные образования выступают на равных началах с иными участниками этих отношений (11, п.1 ст.124). В отношениях принадлежности имущества собственник и учреждения здравоохранения состоят не в отношениях подчинения, а в отношениях имущественных правомочий. Поэтому, если возможна судебная защита имущественного владения, возможно и страхование имущественных рисков.

Имущественная защита интересов учреждения здравоохранения от необоснованных требований государственных и муниципальных органов, действующих от лица собственника, необходима так же, как имущественная защита интересов собственника от пороков и рисков самостоятельной деятельности учреждений здравоохранения.

Отношения принадлежности имущества определяются законом, и в части владения, пользования и распоряжения имуществом не могут быть изменены усмотрением их участников. В условиях различий вещных прав составляющие одно из них правомочия не могут быть применены к имуществу, находящемуся на другом. Поэтому, например, собственник не вправе требовать от учреждения (тем более на основании договора) части прибыли (доходов) от самостоятельной экономической деятельности, как это предусмотрено законом для права хозяйственного ведения (11, п.1 ст.295). Вместе с тем, собственник может требовать устранения всяких нарушений его права, хотя бы эти нарушения и не были соединены с лишением владения (11, ст.304).

По меньшей мере часть поступившего от собственника имущества используется учреждением при осуществлении предпринимательской (приносящей доходы) деятельности: здания и помещения, оборудование и т.д.,

что не может быть изолировано путем выдела в натуре от использования в целях предпринимательской (приносящей доходы) деятельности учреждения. Это и другое поступающее от собственника имущество в случае его использования учреждением в целях предпринимательской (приносящей доходы) деятельности подвергается более интенсивному износу (амортизации) в сравнении с тем, если бы такая деятельность не осуществлялась. Не будучи покрываем соответствующими компенсациями, подобный – ускоренный – износ имущества собственника влечет для него убытки. При использовании учреждением поступающего от собственника имущества, собственник вправе на компенсацию износа этого имущества (176). С этим соглашается 97,7% юристов (№ 39).

Когда собственник соглашается с рискованной имущественной активностью учреждения, давая разрешение на осуществление приносящей доходы деятельности, он вправе на компенсацию учреждением стоимости наступающих для него (его имущества) рисков. Поскольку собственник несет субсидиарную ответственность по любым обязательствам учреждения, он вправе требовать от учреждения при осуществлении приносящей доходы деятельности создания имущественных (денежных – 11, п.2 ст.120) резервов для покрытия возможных рисков (176). С этим соглашается 97,1% юристов (№ 40).

В интересах собственника – оптимизировать сокращающие собственность поступления по смете и способствовать пополняющему собственность самостоятельному созданию имущества учреждением здравоохранения от приносящей доходы деятельности. На вопрос, могут ли учреждения осуществлять только приносящую доходы деятельность без дотаций по смете собственника (№ 37), 81,7% юристов высказались утвердительно. Если учреждения здравоохранения обеспечивают воспроизводство принадлежащего им имущества, то по мере расширения воспроизводства они должны утрачивать право на притязания к собственнику по имущественному содержанию (сохраняя таковые при простом и соразмерно лишаясь при расширенном воспроизводстве). Тем самым рост эффективности

воспроизводства имущества учреждениями здравоохранения от приносящей доходы деятельности – объективно в интересах здравоохранения в целом.

Этому препятствует, однако, наличие учреждений здравоохранения, не имеющих возможности, а чаще – в силу административного характера управления – ограниченных в возможности эффективно осуществлять приносящую доходы деятельность или возглавляемых руководителями, не способными к эффективному осуществлению этой деятельности. Ликвидация таких убыточных, нерентабельных учреждений здравоохранения в условиях ведомственного разобщения казны влечет выбытие их имущества из общей массы имущества здравоохранительного назначения за поступлением его в общую казну собственника. В этом не заинтересованы органы управления здравоохранением. Оправдать устанавливаемые ими общие потребности финансирования здравоохранения собственником в расчете на содержание нерентабельных учреждений здравоохранения можно только в отсутствие значимого воспроизводства рентабельными учреждениями здравоохранения.

Между тем существуют неадминистративные возможности сохранения имущества здравоохранительного назначения. Поскольку собственник заинтересован в эффективном использовании принадлежащего ему имущества созданными им учреждениями, в случае нерентабельности их деятельности он вправе ее перепрофилировать, не ликвидируя их, не изменяя организационно-правовой формы и не лишая имущества (143). За такую возможность высказалось 100,0% юристов (№ 42). В условиях ведомственного разобщения казны имущество перепрофилированного учреждения здравоохранения остается в ведении органов управления здравоохранением.

Перепрофилирование деятельности учреждений здравоохранения, кроме того, способно привести к решению еще одной важной задачи – формированию инфраструктуры обслуживания потребностей оборота медицинских услуг. В настоящее время инфраструктура этого сегмента рынка не сформирована. По этой причине и учреждения здравоохранения, и – в большей степени – частные

организации, осуществляющие медицинскую деятельность, содержат внутриорганизационные ресурсы позиционирования в конкурентной среде (финансовые, маркетинговые и иные обеспечительные службы), что является накладным и малоэффективным. Появление разнопрофильных вспомогательных рыночных структур, в том числе перепрофилированных учреждений здравоохранения, за счет роста кооперации участников хозяйственного оборота сможет существенно повысить его эффективность.

Не только сохранение имущества здравоохранительного назначения, но и экономия имущества учреждений здравоохранения, а, следовательно, имущества собственника, достижима с помощью правовых средств. В условиях высокой стоимости средств производства (аппаратуры, оборудования и т.д.) амортизация не оправдывает произведенных на их приобретение затрат. Обновление парка средств производства учреждений здравоохранения бременем ложится на собственника. Аналогичная ситуация в США в 70-х годах XX в. была разрешена переходом к специализации лечебных заведений (32, С.636), что привело к оправдывающему вложения повышению скорости амортизации средств производства.

В интересах собственника российские учреждения здравоохранения также нуждаются в целесообразной специализации.

Это достижимо с помощью договорного (не корпоративного) объединения учреждений здравоохранения. На вопрос, может ли учреждение быть участником договора простого товарищества (**№ 43**), 91,4% юристов ответили утвердительно при условии, что этот договор заключается не для осуществления предпринимательской деятельности.

Осуществляя приносящую доходы деятельность каждое в отдельности, учреждения здравоохранения связаны взаиморасчетами за использование в ней обобществленных средств производства в своих отношениях по договору.

Экономией имущества собственника является также ликвидация структурных подразделений и штатных должностей учреждений

здравоохранения, которые с большей эффективностью могут быть заменены привлеченными по договору контрагентами.

Вместо объединенных бухгалтерий возможно договорное привлечение организаций – финансовых агентов (11, гл.43), вместо содержания с малой нагрузкой лабораторий – организаций, специализирующихся на лабораторных исследованиях (в том числе перепрофилированных учреждений здравоохранения) и т.д.

Таким образом, в целом проблема управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности находит юридическое решение: существующий механизм управления в имущественных отношениях порождает центробежные процессы, которые могут прекратиться, если будут прекращены искусственные и не соответствующие характеру этих отношений центростремительные процессы административного понуждения.

Чтобы она была решена, лишь два влияющих на ее решение фактора должны быть изжиты административное управление учреждением здравоохранения в имущественных отношениях и перенесение на хозяйственную деятельность учреждения здравоохранения социальных обязанностей государственных и муниципальных органов управления здравоохранением.

Три фактора должны получить юридически корректное воплощение в практике управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности: их организационно-правовая форма, имущественная принадлежность и право на имущество.

Фактор необходимости сохранения имущества здравоохранительного назначения в условиях ведомственного разобщения казны не является препятствием для управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности:

Бюджетное финансирование юридического лица	
Имущественная принадлежность юридического лица	Ведомственное разобщение казны

Организационно-правовая форма юридического лица	Административное управление юридическим лицом в имущественных отношениях
Право юридического лица на имущество	Перенесение на хозяйственную деятельность юридического лица социальных обязанностей государственных и муниципальных органов

На вопрос, достигнута ли законом необходимая и достаточная формальная определенность отношений собственника (выступающих от его лица органов власти, управления) с учреждениями (№ 12), 79,4% юристов высказались отрицательно.

Дело не в том, что недостаточно правил, а в том, что сами правила недостаточны, чтобы деятельность и отношения учреждений здравоохранения имели ясные отправные начала (144, 146, 147). В этой связи отношения учреждений здравоохранения с собственником, с государственными и муниципальными органами, с третьими лицами, а также отношения исполнительного и высшего органов управления учреждением здравоохранения, нуждаются в значительно более детальной регламентации (151).

И это не вопрос устава учреждений здравоохранения. Попытка унификации устава лечебных заведений в отечественной истории предпринималась и прежде, окончившись ничем: в конце XIX в., несмотря на то, что общий надзор за всеми гражданскими лечебными заведениями осуществлялся министерством внутренних дел, многие больницы находились в других ведомствах и руководствовались особыми уставами и положениями. В 1893 г. был обнародован общий для всех больниц устав, вызвавший со стороны земств и городов многочисленные ходатайства с указаниями на представляемые им неудобства. Введение его в действие, сначала предположенное в 1895 г., отложено на неопределенное время (205, ст. Лечебные заведения).

В настоящее время, несмотря на унифицированный (например, 123) устав, он не способен выступать регулятором устройства и отношений учреждения

здравоохранения, поскольку текущие предписания (приказы) органов управления здравоохранения лишают его действительности.

Необходимо, во-первых, исчерпывающее определение круга и содержания требований к учреждениям здравоохранения со стороны государственных и муниципальных органов; во-вторых, приведение таких требований в соответствие с имущественным характером деятельности учреждений здравоохранения; в-третьих, установление приоритета права над управлением.

Чтобы изложенные подходы к управлению учреждениями здравоохранения в отношениях собственности приобрели обязательность осуществления, они должны получить форму акта общеобязательной юридической силы. Эти задачи могут быть решены только законом. На основе выполненного сравнительного анализа правового и фактического (организационного) положения и имущественного устройства учреждения здравоохранения разработан законопроект «Об учреждениях здравоохранения в Российской Федерации» (152, Приложение 8).

В силу необходимости различать существующие в организационно-правовой форме учреждений государственные и муниципальные органы; обеспечивающие их потребности учреждения, состоящие исключительно в отношениях с собственником; и учреждения, осуществляющие приносящую доходы (предпринимательскую) деятельность в обороте товаров, работ, услуг по обязательствам, устанавливаемым с неопределенным кругом лиц вне отношений с собственником, разработаны дополнения для внесения в ст.120 Гражданского кодекса Российской Федерации и в ст.9 Федерального закона «О некоммерческих организациях» (Приложение 9).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Управление учреждениями здравоохранения в отношениях собственности прежде не становилось предметом интереса исследователей.

Исследование, посвященное организационно-юридическому обоснованию подходов к управлению учреждениями здравоохранения в отношениях собственности, предпринято впервые.

Проведенное исследование позволило сделать следующие обобщения.

Поскольку учреждения здравоохранения основаны на имуществе, остающемся в собственности государства или муниципальных образований, в предусмотренных законом пределах управление этим, как и остальным принадлежащим ему имуществом осуществляет собственник.

В здравоохранении управление имуществом осуществляется органами управления здравоохранением в порядке административного руководства учреждениями здравоохранения, в то время как по поводу имущества учреждения здравоохранения состоят в отношениях с собственником (Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием).

Собственником выделяются средства финансирования здравоохранения.

Органы управления здравоохранением рассматривают эти средства как поступающие в их ведение для решения социальных задач. Те же задачи ставятся перед каждым учреждением здравоохранения в счет средств, поступающих через соответствующий орган управления здравоохранением.

Однако этими средствами поступает не орган управления здравоохранением, а собственник. Будучи получателем имущества собственника (бюджетных средств), учреждение здравоохранения ответственно перед ним по имущественным, а не по социальным показателям.

Чтобы установить, чем обусловлено расхождение организационных и юридических начал управления учреждениями здравоохранения в отношении собственности, каковы последствия и пути преодоления такого расхождения, на первом этапе предпринято исследование актов органов управления здравоохранением, преимущественно приказов Минздрава России и других федеральных ведомств (более 60).

Выяснилось, что в здравоохранении происходит параллельное государственному созданию органов и учреждений здравоохранения. Учреждениями здравоохранения признаются не юридические лица в соответствующей организационно-правовой форме, а больницы, поликлиники, Центры и т.д. в своем медико-организационном качестве. На отдельные из них возлагаются функции органов управления здравоохранением. Это осуществляется на основе Номенклатуры учреждений здравоохранения. Категория номенклатуры учреждений применяется исключительно Министерством здравоохранения Российской Федерации и не используется другими министерствами и ведомствами.

Приказами Минздрава России создаются также суборганизационные или суррогатные формы учреждений здравоохранения «на функциональной основе» и «на правах юридического лица».

В здравоохранении не принято оговаривать имущественно-правовые основы деятельности учреждений здравоохранения: ни в одном случае в изученном массиве приказов Минздрава России это не упомянуто – единичными являются ссылки на «финансирование по подчиненности». В одном из других приказов Минздрава России имущество аптечного учреждения передается унитарному предприятию «в оперативное

управление», что юридически невозможно. Это свидетельствует о правовой неосведомленности должностных лиц органов управления здравоохранением.

В здравоохранении практикуется также отнесение должности руководителя учреждения здравоохранения к номенклатуре должностей соответствующего органа управления здравоохранением (при этом, например, категория номенклатуры должностей Минздрава России не предусмотрена Положением о Министерстве здравоохранения Российской Федерации).

Из этого следует, что учреждение здравоохранения рассматривается в здравоохранении как объект, на управление которым назначается номенклатурно-должностная единица органа управления здравоохранением.

Чтобы установить, какое воплощение акты органов управления здравоохранения находят в реалиях деятельности учреждений здравоохранения, на втором этапе проведено анкетирование руководителей учреждений здравоохранения (всего 41).

Выяснилось, что респонденты вполне последовательны в восприятии актов органов управления здравоохранением, даже в случае их взаимных противоречий. Например, мнения респондентов разошлись по вопросу, являются учреждениями здравоохранения медико-организационные единицы в соответствии с Номенклатурой учреждений здравоохранения или «организации различных организационно-правовых форм и форм собственности, включая индивидуальных предпринимателей, осуществляющие медицинские услуги населению», как это установлено отраслевым стандартом «Порядок контроля за соблюдением требований нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении».

Респонденты в единичных случаях полагают, что учреждением здравоохранения является юридическое лицо соответствующей организационно-правовой формы, и почти единодушны в том, что учреждения здравоохранения относятся к числу государственных или муниципальных органов, а также что они состоят в отношениях административного подчинения органам управления здравоохранением.

Иными словами, руководители учреждений здравоохранения убеждены, что возглавляемые ими организации являются исполнительным продолжением органов управления здравоохранением.

По многим вопросам ответы респондентов вступают в противоречие с их ответами на другие вопросы.

Понятие распоряжения имуществом, тождественное понятию управления имуществом, для респондентов не является определенной категорией.

Ими не дифференцируется, когда такое распоряжение (управление) имуществом осуществляет собственник, а когда – само учреждение здравоохранения; в отношении какого имущества учреждения здравоохранения оно осуществляет распоряжение по заданию собственника, а в отношении какого – самостоятельное распоряжение. Почти в равной мере респонденты признают, что объектом самостоятельного распоряжения учреждения здравоохранения при осуществлении приносящей доходы деятельности является все принадлежащее ему имущество, и что задание собственника также распространяется на все имущество учреждения здравоохранения.

Респонденты не усматривают различий в поступлениях имущества в учреждения здравоохранения в зависимости от источников, поступает оно от собственника по смете или из отношений товарообмена, а потому понятие приносящей доходы деятельности учреждений здравоохранения для респондентов – лишь дополнительное финансирование, а не способ создания имущества для отличного от поступающего от собственника распоряжения. Этим обусловлено и то, что, относя поступления из фондов ОМС по преимуществу к средствам от приносящей доходы деятельности, респонденты так же по преимуществу относят поступления из бюджета и фондов ОМС к смете собственника.

Чтобы установить, насколько мнения организаторов – руководителей учреждений здравоохранения совпадают с мнениями юристов, своим большинством выражающих знание закона, на третьем этапе проведено

анкетирование юристов (всего 175) и выполнено сравнение их ответов на поставленные вопросы с ответами организаторов (всего 30 вопросов).

Выяснилось, что предпочтения юристов, сосредоточенные в основном в диапазоне 80÷100%, лишали альтернативные мнения значимости. Предпочтения организаторов рассредоточились в основном в диапазоне 40÷80%, допуская весомую долю альтернативных предпочтений, отличных от ведущего большинства.

Единственным, при ответе на который распались мнения респондентов обеих групп, был вопрос, является ли орган управления здравоохранением высшим органом управления учреждением здравоохранения. При этом если организаторы выбирали между положительным и отрицательным ответами, то юристы по преимуществу с ответом затруднились. Если организаторы решали этот вопрос мерой отнесения учреждений здравоохранения к числу государственных или муниципальных органов и подчинения учреждений здравоохранения в административном порядке органам управления здравоохранением, то юристы исходили из того, что отсутствуют правовые акты, определяющие такое положение органов управления здравоохранением в отношениях с учреждениями здравоохранения.

Ведущие предпочтения респондентов обеих групп разошлись в среднем почти по каждому четвертому вопросу.

Выявлен круг понятий, своим содержанием и взаимосвязями проблематичных для организаторов:

1. о положении учреждения здравоохранения:

Орган управления здравоохранением	Высший орган управления учреждением здравоохранения
	Государственный или муниципальный орган
	Собственник
	Учредитель
	Хозяйствующий субъект
	Юридическое лицо

Учреждение здравоохранения

Исполнительный орган управления
учреждением здравоохранения

2. об имущественном устройстве учреждений здравоохранения:

	Собственник	Учреждение здравоохранения
Поступление имущества	Смета	Приносящая доходы деятельность
Распоряжение имуществом	Задание	Самостоятельность

Ни в одном случае полного совпадения мнений кого-либо из организаторов с предпочтениями юристов обнаружено не было – ни в части представлений о положении учреждений здравоохранения, ни в части представлений об их имущественном устройстве.

С учетом несовпадений с мнениями юристов и рассредоточенности ответов организаторов единой картины представлений респондентов обеих групп не складывается. Непараметрический анализ связи между ответами респондентов обеих групп оказался нерепрезентативным, несмотря на достаточно высокие значения коэффициента Чупрова: какие исследуемые признаки обуславливают тесноту этой связи в условиях существенного расхождения мнений респондентов, из результатов не следует.

В этой связи проведено исследование с использованием парной линейной корреляционной регрессии между ведущими предпочтениями организаторов и корреспондирующими величинами в ответах юристов, ведущими предпочтениями организаторов и ведущими предпочтениями юристов, ведущими предпочтениями юристов и корреспондирующими величинами в ответах организаторов. Значимая связь была обнаружена лишь между ведущими предпочтениями юристов и корреспондирующими величинами в ответах организаторов, т.е. фактором, опосредующим связь между ответами респондентов обеих групп, является то общее, в чем они сходятся.

Учитывая большую амплитуду расхождения от вопроса к вопросу величин мнений организаторов, корреспондирующих предпочтениям юристов, предположено, что

средоточием действия фактора, определяющего такое расхождение, является структура ответов организаторов. В этой связи проведен сравнительный анализ структуры ведущих предпочтений юристов и корреспондирующих величин в ответах организаторов. Половина организаторов руководствуется совсем иными, чем юристы, ориентирами. По сравнению со структурой предпочтений юристов структура корреспондирующих мнений организаторов имеет отклонения в своей третьей части. В той мере, в какой организаторы придерживаются тех же ориентиров, что и юристы, у них остается двадцатикратный запас, чтобы следовать этим ориентирам так же, как юристы.

Проведенное исследование показало, что в целом так же, как должностные лица органов управления здравоохранения при издании соответствующих актов, исполняющие эти акты руководители учреждений здравоохранения плохо ориентированы в положении и имущественном устройстве организаций, которые они возглавляют. Учреждение здравоохранения рассматривается в здравоохранении как медико-организационная единица, как исполнительное продолжение органа управления здравоохранением и как объект здравоохранительной деятельности, на управление которым назначается номенклатурно-должностная единица органа управления здравоохранением.

В связи с этим следует признать, что в здравоохранении культивируется ведомственная изолированность, в результате чего здравоохранение с правом находится в разных системах координат. То обстоятельство, что представления лишь половины организаторов мозаично согласуются с представлениями юристов, является свидетельством не юридической неосведомленности организаторов, а отсутствия необходимости иметь юридическую осведомленность в отношениях, которые складываются вне правового поля. При этом любые акты управления и действия должностных лиц органов управления здравоохранением и руководителей учреждений здравоохранения влекут правовые последствия, обычно имеющие имущественное выражение, а, следовательно, проявляющиеся утратами для собственника.

Чтобы преодолеть сложившуюся ситуацию, необходимо, во-первых, устранить расхождение организационного и юридического определения

положения и имущественного устройства учреждений здравоохранения; во-вторых, использовать имеющиеся возможности законодательства для улучшения состояния управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности; в-третьих, сформировать дополнительные законодательные и подзаконные механизмы, обязывающие государственные и муниципальные органы, включая органы управления здравоохранением, и учреждения здравоохранения к юридически корректному осуществлению имущественных отношений.

ВЫВОДЫ

1. При исследовании положения и имущественного устройства учреждений здравоохранения установлено, что в здравоохранении сложилось существенное расхождение в определении правового и организационного положения и имущественного устройства учреждений здравоохранения. Такое управление влечет наступление правовых последствий для учреждений здравоохранения и утрат для собственника их имущества.

2. Выяснено, что управление учреждениями здравоохранения основывается на отличающихся от установлений закона актах органов управления здравоохранением (приказах). Результатом отсутствия необходимости основываться на установлениях закона является неосведомленность руководителей учреждений здравоохранения о правовом положении и имущественном устройстве возглавляемых ими организаций.

3. Обнаружено, что руководители учреждений здравоохранения считают возглавляемые ими организации больницами, поликлиниками, Центрами и т.д. в соответствии с Номенклатурой учреждений здравоохранения (65,9%), организациями различных организационно-правовых форм и форм собственности, включая индивидуальных предпринимателей, осуществляющими медицинские услуги населению, в соответствии с отраслевым стандартом (22,0%), и одновременно – государственными и муниципальными органами (85,4%). При этом что большинство организаторов здравоохранения (87,8%) относит учреждения здравоохранения и к числу хозяйствующих субъектов, лишь 12% признает их юридическими лицами в соответствующей организационно-правовой форме.

4. Выявлены факторы, снижающие эффективность управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности. Управление здравоохранением

распространяется на сферу правообладания учреждений здравоохранения. Учреждения здравоохранения рассматриваются как исполнительное продолжение органов управления здравоохранением, как объект, на управление которым назначается номенклатурно-должностная единица, и как медико-организационная номенклатурная единица. Предусмотренная законом структура органов управления учреждениями здравоохранения как некоммерческими организациями подменяется структурой административного управления, существующего в системе государственных и муниципальных органов. В условиях административного управления руководители учреждений здравоохранения не являются носителями дееспособности возглавляемых ими организаций, а учреждения здравоохранения лишаются организационного суверенитета. Осуществляемые учреждениями здравоохранения в административном порядке имущественные отношения складываются вне правового поля и не обеспечивают сбережение и защиту собственности.

5. Определены препятствия для управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности. В здравоохранении структура отношений к имуществу сложилась иначе, чем она определена законом. Финансированию здравоохранения придается значение института потребления бюджетных средств. Финансирование здравоохранения рассматривается как обобщенное административное распределение денежных средств, а не как адресные и дифференцированные поступления в учреждения здравоохранения имущества по принадлежности от собственника или по договорам от заказчика медицинских услуг. Договорные поступления имущества в учреждения здравоохранения получили неосновательное разделение на происходящие от «платных» медицинских услуг и от медицинских услуг, оказываемых в системе ОМС. Поступления в учреждения здравоохранения из государственных внебюджетных фондов ОМС приравниваются к поступлениям по смете собственника. Учреждение здравоохранения лишено хозяйственной автономии, предусмотренной законом самостоятельности в распоряжении имуществом и направленности на воспроизводство имущества в интересах собственника. Возможности преодоления препятствий состоят в терминологическом и содержательном приведении организационных подходов управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности к юридическим.

6. Предложены организационно-юридические пути совершенствования управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности: во-первых, устранить расхождение организационного и юридического определения положения и имущественного устройства учреждений здравоохранения; во-вторых, использовать имеющиеся возможности законодательства для улучшения состояния управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности; в-третьих, сформировать дополнительные законодательные и подзаконные механизмы, обязывающие государственные и муниципальные органы, включая органы управления здравоохранением, и учреждения здравоохранения к юридически корректному осуществлению имущественных отношений.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Органам исполнительной власти различных уровней установить обязательность допуска к исполнению руководящих должностей в органах управления здравоохранением и учреждениях здравоохранения только после прохождения специальной юридической подготовки по предлагаемой программе и сдачи экзамена по предлагаемому тесту. Таковую подготовку и экзамен следует проводить в не относящихся к здравоохранению учреждениях последипломного образования, осуществляющих подготовку юристов, предпочтительно – в сфере прав на имущество.

2. Органам управления здравоохранением различных уровней предусматривать юридические последствия издаваемых нормативных актов, для чего:

2.1. осуществить разграничение системы органов государственного и муниципального управления здравоохранением, выполняющих социальные функции, и общественного сектора здравоохранения, представленного учреждениями здравоохранения, осуществляющими хозяйственные функции, и в связи с этим исключить хозяйственные должности (должности руководителей учреждений здравоохранения) из номенклатуры должностей государственных и муниципальных органов управления здравоохранением;

2.2. провести юридически обоснованную реструктуризацию фактического имущественного устройства учреждений здравоохранения со смещением организационных акцентов с поступлений по принадлежности имущества из бюджета на доходы от деятельности по договорам.

3. Министерству здравоохранения Российской Федерации ходатайствовать перед Правительством Российской Федерации о внесении в Государственную Думу:

3.1. предлагаемого законопроекта «О государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения в Российской Федерации».

3.2. предлагаемых изменений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан;

3.3. предлагаемых дополнений в Гражданский кодекс Российской Федерации и в Федеральный закон «О некоммерческих организациях»).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

(источники, использованные в качестве объектов исследования, отмечены знаком *)

1. Адамян А.Т. Здоровоохранение: Переход к рыночным отношениям. //Врачебная газета, 1999, № 3, С.16-17.
2. Акопян А.С. Механизм реструктуризации стационарных учреждений здравоохранения в рамках действующего законодательства. //Экономика здравоохранения, 1997, № 7(19), С.51-53.
3. Акопян А.С. Ценообразование на медицинские услуги. Методическое пособие. М., 1997
4. Ашмарин И.Н., Васильев Н.Н. Быстрые методы статистической обработки и планирования экспериментов. – Л.: 1975. – 217 с.
5. Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31 июля 1998 года № 145-ФЗ.
6. В редакцию пришло письмо. //Главврач, 2003, № 1, С.18.
7. Вялков А.И., Щепин В.О., Тишук Е.А., Проклова Т.Н. Лечебно-профилактические учреждения федерального подчинения: анализ и оценка деятельности. М.: Гэотар-Медицина, 2000.
8. Герасименко Н.Ф. Реформа здравоохранения: некоторые итоги и перспективы. //Экономика здравоохранения, 1997, № 1, С.5-7.
- 9*. ГОСТ Р 6.30-97. Унифицированные системы документации – унифицированная система организационно-распорядительной документации – требования к оформлению документов (в ред. Постановления Госстандарта РФ от 21.01.2000 № 9-ст).
10. Государственное управление: основы теории и организации. Учебник. /Под ред. В.А.Козбаненко. – М.: Статут, 2000. – 912 с.
11. Гражданский кодекс Российской Федерации от 30.11.1994 года № 51-ФЗ.
12. Гражданское право. Том 1. Учебник. /Под ред. А.П.Сергеева, Ю.К.Толстого. - 5-е изд., перераб. и доп. – М.: ПБОЮЛ Л.В.Рожников, 2001. – 632 с.
13. Гражданское право: В 2 т. Том 1: Учебник. /Отв. ред. Е.А.Суханов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: БЕК, 2000. – 816 с.
14. Гражданское и торговое право капиталистических государств: Учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Междунар. отношения, 1993. – 560 с.
15. Григорьев С.Г., Левандовский В.В., Перфилов А.М. Пакет прикладных программ Statgraphics персонального компьютера. – СПб., 1992. – 104 с.
16. Гришин В.В., Семенов В.Ю., Поляков И.В., Петухова В.В., Уваров С.А., Андреева Е.Н., Кадыров Ф.Н. Обязательное медицинское страхование: организация и финансирование. М., 1995.
17. Громыко Г.Л. Статистика. – М.: Изд. Моск. Ун-та, 1981. – 408 с.
18. Гусаров В.М. Статистика: Учебное пособие для вузов. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002. – 463 с.

19. Елисеева И.И., Юзбашев М.М. Общая теория статистики: Учебник. – 4-е изд., перераб. и доп. М.: Финансы и статистика, 2002. – 480 с.
20. Закон Российской Федерации «О конкуренции и ограничении монополистической деятельности на товарных рынках» от 22 марта 1991 года № 948-1.
21. Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» 28 июня 1991 года № 1499-1.
22. Закон Российской Федерации «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 года № 5487-1.
23. Захаров И.А. Научное обоснование оптимизации планирования и финансового обеспечения региональных систем оказания медицинской помощи. Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 1997.
24. Захаров П.Г. Реформирование экономических отношений в здравоохранении в современных условиях. Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 1997.
25. Кадыров Ф.Н. Платные медицинские услуги. (Экономико-правовые основы организации оказания платных медицинских услуг). – М.: ГРАНТЬ, 1999. – 496 с.
26. Качаловская Э.Е. Принципы расчета тарифов в медицинском страховании. //Медицинское страхование, 1992, № 1, С.14-17.
27. Комаров С.А. Общая теория государства и права: Курс лекций. /Изд. 2-е, исправ. и доп. – М.: Манускрипт, 1996. – 312 с.
28. Комаров С.А., Малько А.В. Теория государства и права. Учебно-методическое пособие. Краткий учебник для вузов. – М.: НОРМА-ИНФРА-М, 2001. – 448 с.
29. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года.
30. Концепция реформы управления и финансирования здравоохранения Российской Федерации. /Проект. //Экономика здравоохранения, 1996, № 11, С.10-34.
31. Корчагин В.П. Состояние финансирования здравоохранения. //Экономика здравоохранения, 1996, № 1, С.10-19.
32. Котлер Ф. Основы маркетинга: Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1990. – 736 с.
33. Леонтьев О.В., Колкутин В.В., Леонтьев Д.В., Гурова Е.В. Врач и закон. – М.: Эдиториал УРСС, 1998. – 109 с.
34. Лисицын Ю.П., Стародубов В.И., Родионова В.Н. Вопросы управления медицинским учреждением в условиях введения медицинского страхования. - М., 1994.
35. Лисицын Ю.П., Савельева Е.Н., Харченко В.И., Акопян А.С. Дифференцированный подход к оплате медицинских услуг и лекарств. //Экономика здравоохранения, 8/9/21, 1997, С.56-58
36. Методика расчета стоимости и тарифов на оказание медицинской помощи. НИИ им. Н.А.Семашко, М., 1996.

37. Методические рекомендации по расчету тарифов на медицинские услуги. Письмо МЗ РФ № 19-15/03 от 01.09.92.

38. Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. Утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации (от 28.12.2000 г. № 2510/14302-34), Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (от 28.12.2000 г. № 5594/40-1/и) по согласованию с Министерством финансов Российской Федерации (от 28.12.2000 г. № 02-10-08).

39*. Налоговый кодекс Российской Федерации, часть II, от 5 августа 2000 года № 117-ФЗ.

40. Овчаров В.К., Могилевский Б.И., Щепин В.О. К вопросу оптимизации деятельности стационаров лечебно-профилактических учреждений Тверской области. // Проблемы социальной гигиены и история медицины, 1996, № 4, С.35-39.

41. Общая теория государства и права. Академический курс в 2-х томах. Отв. ред. проф. М.Н.Марченко. – Том 1. Теория государства. – М.: Зерцало, 1998. – 416 с.

42. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. – М.: АЗЪ, 1993. – 960 с.

43. Перекопская Л.Г., Полунина Н.В. Бюджет и финансирование учреждений здравоохранения. Ценообразование. // Экономика и управление здравоохранением. /Под ред. Лисицына Ю.П. – М., 1993.

44. Письмо Министерства юстиции Российской Федерации от 1 июня 1998 года № 3614-ВЭ.

45. Попов В.Л., Попова Н.П. Правовые основы медицинской деятельности. Справочно-информационное пособие. Изд. 2-е, перераб. и доп. – СПб: Деан, 1999. – 256 с.

46. Постановление Пленума Высшего арбитражного суда Российской Федерации от 25 февраля 1998 г. № 8 «О некоторых вопросах практики разрешения споров, связанных с защитой права собственности и других вещных прав»

47*. Постановление Правительства Российской Федерации от 23 августа 1993 года № 835 «Об утверждении Положения о Министерстве образования Российской Федерации» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 15.09.1995 № 917, от 03.08.1996 № 919).

48. Постановление Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 года № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».

49. Постановление Президиума Высшего арбитражного суда Российской Федерации от 16.01.1996 № 7622/95.

50*. Постановление Правительства Российской Федерации от 3 августа 1996 года № 930 «Об утверждении номенклатуры наркотических средств, сильнодействующих и ядовитых веществ, на которые распространяется порядок ввоза в Российскую Федерацию и вывоза из Российской Федерации, утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации от 16 марта 1996 года № 278, а также квот на ввоз (вывоз) наркотических

средств» (утратило силу – Постановление Правительства РФ от 31.07.1998 № 864).

51*. Постановление Правительства Российской Федерации от 3 июня 1997 года № 659 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 11.12.1997 № 1551, от 12.11.1999 № 1246, от 01.06.2000 № 426).

52. Постановление Правительства Российской Федерации от 13 августа 1997 года № 1009 «Об утверждении Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 11.12.1997 № 1538, от 06.11.1998 № 1304, от 11.02.1999 № 154).

53. Постановление Президиума Высшего арбитражного суда Российской Федерации от 07.10.1997 № 1894/96.

54*. Постановление Государственного комитета Российской Федерации по стандартизации, метрологии и сертификации «О номенклатуре продукции и услуг (работ), подлежащих обязательной сертификации» от 23 февраля 1998 года № 5.

55. Постановление Правительства РФ от 17 июня 1998 г. № 600 «Об утверждении программы экономии государственных расходов».

56. Постановление Президиума Высшего арбитражного суда Российской Федерации от 09.02.1999 № 5412/98.

57. Постановление Правительства РФ от 9 сентября 1999 г. № 1024 «О концепции управления государственным имуществом и приватизации в Российской Федерации».

58. Постановление Президиума Высшего арбитражного суда Российской Федерации от 26.09.2000 № 3531/00.

59*. Постановление Правительства Российской Федерации от 26 октября 2000 года № 812 «Об утверждении Положения о Министерстве промышленности, науки и технологий Российской Федерации».

60. Постановление Президиума Высшего арбитражного суда Российской Федерации от 25.09.2001 № 3411/01.

61. Правовые основы здравоохранения в России. /Под ред. Ю.Л.Шевченко. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 211 с.

62. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 30 мая 1974 года № 493 «О введении в действие Перечня документов со сроками хранения Министерства здравоохранения СССР, органов, учреждений, организаций, предприятий системы здравоохранения».

63*. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 23 октября 1978 года № 1000 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения».

64*. Приказ Министерства здравоохранения РСФСР от 7 июня 1980 года № 410 «О номенклатуре мероприятий по охране труда».

65*. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 22 июня 1983 года № 755 «О типовой номенклатуре должностей, подлежащих замещению специалистами с высшим и средним специальным образованием в учреждениях, предприятиях и организациях системы Министерства здравоохранения СССР (без медицинского и фармацевтического персонала).

66*. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 20 октября 1988 года № 775 «Об организации Всесоюзного центра реабилитации больных со спинно-мозговой травмой и последствиями детского церебрального паралича».

67*. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 6 июля 1989 г. № 398 «О создании Всесоюзного центра по патогенным для человека вибрионам с коллекцией культур».

68*. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 11 июля 1989 года № 406 «О создании центров восстановительного лечения для детей».

69*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 сентября 1992 года № 247 «О включении в номенклатуру учреждений здравоохранения хосписов и частичном изменении Приказа Минздрава России от 01.09.1991 № 19 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц».

70*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 ноября 1993 года № 273 «Об утверждении Положения о территориальном медицинском объединении, Положения о поликлинике восстановительного лечения».

71*. Приказ ФФОМС № 16 от 14.04.94 «О введении тарифов на медицинские и иные услуги в системе ОМС».

72*. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 13 января 1995 г. № 6 «Об утверждении Положений о республиканской (краевой, областной, окружной) больнице и о медицинском диагностическом центре» (утратило силу приложение 2 – Приказ Минздрава РФ от 14.11.97 № 336)

73*. Приказ Министерства науки и технической политики Российской Федерации от 28 февраля 1995 года № 24 «О номенклатуре специальностей научных работников».

74*. Приказ Высшего аттестационного комитета Российской Федерации (ВАК России) от 19 апреля 1995 года № 12 «О номенклатуре специальностей научных работников».

75*. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 14 июня 1995 года № 163 «О внесении дополнения в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» (утратил силу – Приказ Минздрава РФ от 28.09.1999 № 353).

76*. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 28.12.1995 № 371 «О номенклатуре должностей Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации»

77*. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 13 марта 1996 года № 86 «О внесении дополнений в номенклатуру учреждений здравоохранения» (утратил силу – Приказ Минздравмедпрома РФ от 17.04.1996 № 147).

78*. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 17 апреля 1996 года № 147 «О внесении изменений в номенклатуру учреждений здравоохранения».

79*. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 18 апреля 1996 года № 150 «Об организации на базе Государственного научного центра России - Института биофизики сотрудничающего центра ВОЗ в области радиационной медицины и обеспечения экстренной медицинской помощи в случае радиационных чрезвычайных ситуаций».

80*. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 24 апреля 1996 года № 163 «О создании Эпилептологического центра Минздравмедпрома России».

81*. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 24 мая 1996 г. № 213 «Об организации федерального центра пластической абдоминальной хирургии Минздравмедпрома России».

82*. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 29 мая 1996 года № 219 «Об организации Федерального центра нефрологии и диализа Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации с филиалами».

83*. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 3 июня 1996 года № 224 «Об организации консультативно – диагностической поликлиники Государственного научного центра лазерной медицины Минздравмедпрома России».

84*. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 23 июля 1996 года № 295 «Об организации Центра абдоминальной эндоскопической хирургии Минздравмедпрома России».

85*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 октября 1996 года № 353 «О внесении дополнений в номенклатуру учреждений здравоохранения».

86*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 февраля 1997 года № 57 «О создании Федерального информационного центра "Медицинский Интернет" в Государственной центральной научной медицинской библиотеке Минздрава России».

87*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 июля 1997 года № 204 «Об организации Центра информационных технологий в области онкологии в составе Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена».

88*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 июля 1997 года № 209 «О номенклатуре должностей Министерства здравоохранения Российской Федерации».

89*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 июля 1997 г. № 215 «Об утверждении Типового положения о базовом центре профессионального образования».

90*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 1997 года № 232 «О создании Центра и региональных групп мониторинга вредных привычек среди детей и подростков».

91*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 августа 1997 года № 239 «Об организации Центров профилактики остеопороза».

92*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 августа 1997 года № 245 «О создании Федерального центра лечебной физкультуры и спортивной медицины Минздрава России».

93*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 августа 1997 г. № 246 «О передаче центральной аптеки ЛДО МЗ РФ в оперативное управление ГУП "Национальное медицинское агентство"»

94*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 сентября 1997 года № 275 «О внесении дополнений в номенклатуру учреждений здравоохранения».

95*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 октября 1997 года № 300 «Об организации сотрудничающего центра ВОЗ по диагностике ортопоксвирусных инфекций и музея штаммов и ДНК вируса оспы».

96*. Приказ Комитета здравоохранения Правительства Москвы от 9 декабря 1997 года № 633 «О номенклатуре должностей Комитета здравоохранения г. Москвы и о порядке назначения и освобождения работников этой номенклатуры» (отменен Приказом Комитета здравоохранения Правительства Москвы от 25.11.1999 № 516).

97*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 марта 1998 года № 56 «О создании научно-учебно-методического центра реабилитации и социальной адаптации детей с врожденными и наследственными заболеваниями нервной системы Минздрава России».

98*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 марта 1998 года № 73 «О внесении дополнений в номенклатуру учреждений здравоохранения».

99*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 марта 1998 года № 77 «О создании Центра научно-методического обеспечения лицензирования и аккредитации».

100*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 апреля 1998 года № 101 «Об организации научно-учебно-практического объединения "Радиационная гигиена" Минздрава России».

101*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 1998 года № 110 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения» (в ред. Приказов Минздрава РФ от 14.10.1998 № 307; от 24.02.1999 № 61); изменен Приказами Минздрава РФ от 28.07.1999 № 297; от 30.09.1999 № 356; отменен Приказом Минздрава РФ от 12.10.1999 № 370.

102*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 1998 года № 296 «Об организации Центра пульмонологии Министерства здравоохранения Российской Федерации».

103*. Приказ Федеральной авиационной службы России от 10 ноября 1998 года № 327 «О номенклатуре должностей Федеральной авиационной службы России».

104*. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 17 декабря 1998 г. № 100 «Об утверждении и введении инструкции "О порядке проведения территориальными фондами ОМС контрольных проверок целевого и рационального использования средств ОМС в медицинских учреждениях, функционирующих в системе ОМС"».

105*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 1998 года № 372 «О создании Центра по генной диагностике особо опасных инфекционных заболеваний Минздрава России».

106*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 апреля 1999 года № 107 «О создании организационно-методических центров Минздрава России по техническому обслуживанию и метрологическому обеспечению учреждений здравоохранения».

107*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 мая 1999 года № 190 «О Федеральном центре гипербарической медицины Министерства здравоохранения Российской Федерации».

108*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 июня 1999 года № 222 «Об организации Центра мониторинга и конъюнктуры лекарственных средств, изделий медицинского назначения и лицензирования фармацевтической деятельности».

109. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июля 1999 года № 264 «О нарушениях в расходовании государственных средств отдельными медицинскими учреждениями федерального подчинения Минздрава России и РАМН».

110*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июля 1999 года № 269 «Об организации Научно-практического центра детской хирургии, анестезиологии и реанимации Минздрава России».

111*. Приказ Министерства образования Российской Федерации от 16 июля 1999 года № 85 «Об утверждении номенклатуры творческо-исполнительских специальностей научно-педагогических кадров в области искусства».

112*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июля 1999 года № 300 «Об организации Федерального межведомственного центра».

113*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 августа 1999 года № 332 «О реорганизации национального и региональных центров по лабораторной диагностике полиомиелита»

114*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 августа 1999 года № 335 «Об организации научно-методического центра неотложной психиатрии и медико-психологической помощи при чрезвычайных ситуациях Минздрава России».

115*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 августа 1999 года № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации».

116*. Приказ Российской академии медицинских наук и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 1999 года № 113/465 «О создании Центра медико-социальных проблем детей подросткового возраста Минздрава России».

117*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 ноября 1999 года № 395 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения» (в ред. Приказов Минздрава РФ от 28.02.2000 № 73; от 04.06.2001 № 180).

118*. Приказ Комитета здравоохранения Правительства г. Москвы от 25 ноября 1999 года № 516 «О номенклатуре должностей Комитета здравоохранения Москвы и о порядке назначения и освобождения работников этой номенклатуры».

119*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российской академии медицинских наук от 30 мая 2000 года № 185/37 «О создании Центра по йододефицитным состояниям Министерства здравоохранения Российской Федерации».

120*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 июня 2000 года № 204 «О создании Центра санаторно-курортной помощи Министерства здравоохранения Российской Федерации».

121*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 июля 2000 года № 250 «О создании ФГУ "Центр сертификации" Минздрава России».

122*. Приказ Главного управления здравоохранения Администрации Московской области от 12 октября 2000 года № 159 «О переименовании Московского областного диспансера здоровья и медико-социальной реабилитации».

123*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 ноября 2000 г. № 390 «Об организации работы по утверждению уставов (положений) подведомственных Минздраву России предприятий, учреждений и организаций (в ред. Приказа Минздрава РФ от 20.02.2001 № 50).

124*. Приказ Комитета здравоохранения Правительства Москвы от 30 мая 2000 г. № 230 «О порядке выдачи лечебно-профилактическим учреждениям Комитета здравоохранения разрешения на право предоставления платных медицинских услуг».

125*. Приказ Комитета здравоохранения Правительства Москвы от 20 ноября 2000 года № 465 «Об изменениях в сети ЛПУ».

126*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 января 2001 года № 18 «О введении в действие отраслевого стандарта «Порядок контроля за соблюдением требований нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении».

127*. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 августа 2001 года № 310, Министерства юстиции Российской Федерации от 9 августа 2001 года № 241 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Российской Федерации».

128*. Распоряжение Мэра г. Москвы от 20 августа 1997 г. № 643-РМ «Об организации Центра медицинской инспекции Комитета здравоохранения Москвы».

129. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 3 июля 1996 г. № 1063-р.

130. Решение Верховного Суда Российской Федерации от 12 августа 1999 года № ГКПИ 99-581.

131. Ройтман М.П., Линденбрaten А.Л. От нового хозяйственного механизма в здравоохранении к обязательному медицинскому страхованию. //Проблемы социальной гигиены и история медицины, 1996, № 1, С.30-36.

132. Словарь иностранных слов. – 18-е изд., стер. – М.: Рус. яз., 1989. – 624 с.

133. Советский энциклопедический словарь. – 3-е изд. – М., Советская энциклопедия, 1985. – 1600 с.

134. Создаем базу данных экспертов. //Главврач, 2003, № 4, С.30-33.

135. Солодкий В.А. Тарифы на медицинские услуги. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1997.

136. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство. /Ю.П.Лисицын, Н.В.Полунина, К.А.Отдельнова и др. Под ред. Ю.П.Лисицына. – М.: 1999. – 698 с.

137. Стародубов В.И. Научное обоснование развития здравоохранения России в условиях социально-экономических реформ. Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 1997.

138. Стародубов В.И., Гончаренко В.Л., Кадыров Ф.Н., Шияев Д.Р. О разумном сочетании административных и экономических методов управления здравоохранением. //Здравоохранение, 2000, № 2, С.9-21.

139. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Управление деятельностью учреждений здравоохранения: правовая характеристика. //Главврач, 2003, № 5, С.32-38.

140. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Роль субсидиарных обязательств публичного собственника в отношениях обязательного медицинского страхования. //Главврач, 2002, № 8, С.8-12.
141. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Режим имущества государственных и муниципальных учреждений. Специальная часть. Правовые аспекты управления имуществом учреждений здравоохранения. Научно-практическое пособие. М., ЦНИИОИЗ, 2002. – 64 с.
142. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Учреждения здравоохранения как элемент системы здравоохранения. //Главврач, 2002, № 9, С.4-7
143. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Перепрофилирование неэффективных хозяйств учреждений здравоохранения. //Главврач, 2002, № 10, С.11-13.
144. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Разграничение общих и частных отношений органов управления здравоохранением с учреждениями здравоохранения. //Главврач, 2002, № 11, С.18-23.
145. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Юридические основы хозяйственного управления имуществом учреждений здравоохранения. //Главврач, 2002, № 12, С.13-21.
146. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Определенность и определимость отношений учреждений здравоохранения с учредителем. //Главврач, 2003, № 1, с.13-17.
147. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Единообразие и общеприменимость ориентиров и критериев оценки деятельности учреждений здравоохранения. //Главврач, 2003, № 2, С.14-20.
148. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Организационное положение учреждения здравоохранения в системе здравоохранения. //Главврач, 2003, № 4, С.17-28.
149. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Управление деятельностью учреждений здравоохранения: правовая характеристика. //Главврач, 2003, № 5, С.32-38.
150. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Защита права самостоятельного распоряжения имуществом учреждений здравоохранения. //Главврач, 2003, № 6, С.28-31.
151. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Учреждения: pro et contra. //Главный врач: хозяйство и право, 2003, № 1, С.24-41.
152. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Законопроект «Об учреждениях здравоохранения в Российской Федерации. //Главный врач: хозяйство и право, 2003, № 1, С.42-56.
153. Теория государства и права: Курс лекций. /Под ред. М.Н.Марченко. – М.: Зерцало, ТЕИС, 1996. – 475 с.
154. Тихомиров А.В. Медицинская услуга: Правовые аспекты. – М.: ФИЛИНЬ, 1996. – 352 с.
155. Тихомиров А.В. Медицинское право: Практическое пособие. – М.: Статут, 1998. – 418 с.
156. Тихомиров А.В. Медицинская услуга: правовые аспекты. //Здравоохранение, 1999, № 9, С.161-178.

157. Тихомиров А.В. Договор о возмездном оказании медицинских услуг. //Здравоохранение, 1999, № 10, С.159-174.
158. Тихомиров А.В. Договор о возмездном оказании медицинских услуг как документ: общие положения. //Здравоохранение, 1999, № 11, С.147-156.
159. Тихомиров А.В. Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг. – М., Статут, 2001. – 256 с.
160. Тихомиров А.В. Конфликт точек зрения: юридический анализ. //Здравоохранение, 2000, № 2, С.161-166.
161. Тихомиров А.В. Учреждения здравоохранения: хозяйственная самостоятельность или административный контроль. //Здравоохранение, 2000, № 7, С.155-164.
162. Тихомиров А.В. Правовое значение документации в медицине. //Здравоохранение, 2000, № 4, С.167-179.
163. Тихомиров А.В. Договор об оплате медицинских услуг. //Здравоохранение, 2000, № 5, С.155-168.
164. Тихомиров А.В. Разбор практики составления договоров. //Здравоохранение, 2000, № 8, С.163-172.
165. Тихомиров А.В. Разбор практики составления договоров. //Здравоохранение, 2000, № 9, С.157-164.
166. Тихомиров А.В. Вред от врачебных действий. //Здравоохранение, 2000, № 11, С.149-164.
167. Тихомиров А.В. Права пациента. //Здравоохранение, 2001, № 2, С.159-168.
168. Тихомиров А.В. Правовой режим информации, предоставляемой пациенту //Здравоохранение, 2001, № 7, С.161-171.
169. Тихомиров А.В. К вопросу об обязательствах вследствие причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг. //Закон и право, 2001, № 8, С.24-33.
170. Тихомиров А.В. Правовой режим хозяйствования учреждений здравоохранения //Здравоохранение, 2001, № 9, С.171-179.
171. Тихомиров А.В. Рынок медицинских услуг и публичное управление: два пути развития. //Закон и право, 2001, № 9, С.22-29
172. Тихомиров А.В. Разнородность учреждений и единообразие правового режима их деятельности. – В кн.: Регистрация прав на недвижимость: Сборник. /Отв. ред. А.Р.Кирсанов. – Выпуск № 7. – М.: Российская правовая академия Министерства юстиции Российской Федерации, 2002, с.164-174.
173. Тихомиров А.В. Режим имущества государственных и муниципальных учреждений. Общая часть. Научно-практическое пособие. М., РИГР, ЦНИИОИЗ, 2002. – 84 с.

174. Тихомиров А.В. Обязательства вследствие причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг: значение договора. //Российская юстиция, 2002, № 8.

175. Тихомиров А.В. Поступление в бюджет имущества, создаваемого учреждением: на учет или в распоряжение? //Главврач, 2003, № 3, С.24-27.

176. Тихомиров А. Учреждение как хозяйствующий субъект: отношения с собственником. //Российская юстиция, 2003, № 4, С.17-18.

177*. Товарная номенклатура внешнеэкономической деятельности (утратила силу в связи с изданием Приказа ГТК РФ от 31.01.1997 № 43, отменившего Приказ ГТК РФ от 09.03.1992 № 79, в части утверждения и введения в действие 2-го издания ТН ВЭД).

178. Тогунов И.А. Научно-методические и организационные аспекты интеграции городской поликлиники и формирующейся системы обязательного медицинского страхования. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1997.

179. Толковый словарь русского языка: В 4 т. Т.2. /Под ред. Проф. Д.Ушакова. – М.: ТЕРРА, 1996. – 520 с.

180*. Указ Президента Российской Федерации от 18 июля 1996 года № 1039 «Об утверждении положения о Министерстве внутренних дел Российской Федерации».

181. Указ Президента Российской Федерации от 15 марта 2000 года № 511 «О классификаторе правовых актов».

182*. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения (Нью-Йорк, 22 июля 1946 года).

183*. Устав Всемирного почтового союза, измененный дополнительными протоколами, принятыми на конгрессах ВПС в Токио, 1969 год, и Лозанне, 1974 год.

184*. Федеральный закон «О поставках продукции и товаров для государственных нужд» от 28 мая 1992 года № 2859-1, утратил силу - Закон РФ от 13.12.1994 № 60-ФЗ.

185*. Федеральный закон «О таможенном тарифе» от 21 мая 1993 года № 5003-1.

186*. Федеральный закон «О пожарной безопасности» от 21 декабря 1994 года № 69-ФЗ, принят Государственной Думой 18 ноября 1994 года.

187*. Федеральный закон «О государственном материальном резерве» от 29 декабря 1994 года № 79-ФЗ, принят Государственной Думой 23 ноября 1994 года.

188*. Федеральный закон от 13 октября 1995 года № 157-ФЗ «О государственном регулировании внешнеторговой деятельности».

189. Федеральный закон «О некоммерческих организациях» от 12 января 1996 года № 7-ФЗ.

190*. Федеральный закон «О государственной регистрации прав на недвижимое имущество и сделок с ним» № 122-ФЗ.

191*. Федеральный конституционный закон от 17 декабря 1997 года № 2-ФКЗ «О

Правительстве Российской Федерации».

192. Федеральный закон «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 25 сентября 1998 года № 158-ФЗ.

193. Федеральный закон от 22 июня 1998 года № 86-ФЗ «О лекарственных средствах».

194*. Федеральный закон «О государственном земельном кадастре» № 28-ФЗ от 2 января 2000 года.

195*. Федеральный закон «Об утверждении Федеральной программы развития образования» от 10 апреля 2000 года № 51-ФЗ.

196. Федеральный закон «О государственной регистрации юридических лиц» № 129-ФЗ от 8 августа 2001 года.

197. Хальфин Р.А. Оптимальное использование основных фондов учреждений здравоохранения федерального подчинения и проблемы привлечения внебюджетных источников финансирования. - Экономика здравоохранения, 2001, № 1(51). С. 17-18.

198. Царегородцев А.Д. Оптимизация работы учреждения здравоохранения федерального подчинения. - Экономика здравоохранения, 2001, № 1(51). С. 28-29.

199. Шепотько А.И. Реформа здравоохранения и ее организация. //Проблемы социальной гигиены и история медицины, 1996, № 3, С.48-49.

200. Шейман И.М. Преобразование поликлиник в независимые врачебные практики. Значение для российского здравоохранения. //Медицинское страхование, 1995, № 12, С.29-40.

201. Шейман И.М. Анализ системы финансирования и управления федеральными медицинскими учреждениями.- Доклад, подготовленный для проекта ТАСИС «Российская Федерация: Поддержка управления системой здравоохранения». М., 1999.

202. Шишкин С. В. Реформа финансирования российского здравоохранения. Институт экономики переходного периода. Научные труды № 25Р. – М.: 2000. – 438 с.

203. Шишкин С.В. Новые требования к системе финансирования медицинских учреждений федерального подчинения. Экономика здравоохранения, 2001, № 1(51). С. 26-27.

204. Щепин В.О. Научная оценка деятельности лечебно-профилактических учреждений здравоохранения и динамика их структурных преобразований. Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 1997.

205. Энциклопедический словарь. Ф.А.Брокгауз и И.А.Ефрон. В 86 т. – Лейпциг-СПб, 1890-1907.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ
РУКОВОДИТЕЛЕЙ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ по 38 вопросам
(41 исследование)

№	Вопрос	Ответ		%
1.	Может ли учреждение здравоохранения существовать без оформления в качестве юридического лица?	1. да	7	17,1
		2. нет	34	82,9
		3. не знаю	-	0
2.	Учреждениями здравоохранения являются:	1. больницы, поликлиники, Центры и т.д. в соответствии с Номенклатурой (Приказ МЗ РФ от 3 ноября 1999 г. № 395)	27	65,9
		2. организации различных организационно-правовых форм и форм собственности, включая индивидуальных предпринимателей, осуществляющие медицинские услуги населению (Приказ МЗ РФ от 31 января 2001 г. № 18)	9	22,0
		3. юридические лица соответствующей организационно-правовой формы	5	12,2
		4. не знаю	-	0
3.	Меняет ли характеристики организационно-правовой формы учреждения род осуществляемой деятельности?	1. да	13	31,7
		2. нет	25	61,0
		3. не знаю	3	07,3
4.	Относятся ли учреждения здравоохранения к числу государственных или муниципальных органов?	1. да	35	85,4
		2. нет	6	14,6
		3. не знаю	-	0
5.	Относятся ли органы управления здравоохранением к числу учреждений?	1. да	21	51,2
		2. нет	20	48,8
		3. не знаю	-	0
6.	Отношения органов управления здравоохранением с учреждениями здравоохранения являются:	1. отношениями административного подчинения (субординационного руководства)	39	95,1
		2. отношениями по поводу имущества (управления имуществом)	1	02,4
		3. не знаю	1	02,4
7.	В создании учреждений здравоохранения органы управления здравоохранением выступают:	1. в качестве учредителя	13	31,7
		2. от лица учредителя	13	31,7
		3. в своем качестве учреждения	14	34,2
		4. не знаю	1	02,4

8.	В учреждения здравоохранения поступает имущество:	1. принадлежащее государству или муниципальным образованиям	39	95,1
		2. принадлежащее органам управления здравоохранением	1	02,4
		3. не знаю	1	02,4
9.	Имущество собственника, поступившее по смете, предназначено для:	1. потребления самим учреждением здравоохранения	38	92,7
		2. потребления третьими лицами в отношениях с учреждением здравоохранения	1	02,4
		3. воспроизводства	1	02,4
		4. не знаю	1	02,4
10.	Являются ли поступления в учреждения здравоохранения по смете собственника имущественным обеспечением его задания?	1. да	30	73,2
		2. нет	7	17,1
		3. не знаю	4	09,8
11.	Являются ли поступления из бюджета вариантом товарообмена между собственником и учреждениями здравоохранения?	1. да	10	24,4
		2. нет	31	75,6
		3. не знаю		
12.	До момента поступления в учреждение здравоохранения по смете собственника имущество:	1. является нераспределенным и находится во владении, пользовании и распоряжении собственника	20	48,8
		2. в качестве предназначенного учреждению находится в его владении, пользовании и распоряжении как распределенное	19	46,3
		3. не знаю	2	04,9
13.	С момента поступления в учреждение здравоохранения по смете собственника имущество:	1. становится распределенным и находится во владении, пользовании и распоряжении учреждения здравоохранения	17	41,5
		2. остается во владении, пользовании и распоряжении собственника	4	09,8
		3. находится во владении и пользовании учреждения здравоохранения при сохранении правомочия распоряжения за собственником	20	48,8
		4. не знаю		

14.	Поступления в учреждения здравоохранения из фондов ОМС:	1. являются поступлениями по смете собственника (в вещных отношениях)	13	31,7
		2. являются поступлениями от приносящей доходы деятельности (от сделок в обязательственных отношениях)	24	58,5
		3. не знаю	4	09,8
15.	К смете собственника относятся:	1. поступления в учреждения здравоохранения из бюджета	9	22,0
		2. поступления в учреждения здравоохранения из бюджета и из фондов ОМС	16	39,0
		3. любые поступления в учреждения здравоохранения	15	36,6
		4. не знаю	1	02,4
16.	Смету доходов и расходов учреждения здравоохранения составляют:	1. поступления в учреждения здравоохранения из бюджета		
		2. поступления в учреждения здравоохранения из бюджета и из фондов ОМС	8	19,5
		3. любые поступления в учреждения здравоохранения	33	80,5
		4. не знаю		
17.	Тождественна ли смета доходов и расходов учреждения здравоохранения смете собственника?	1. да	6	14,6
		2. нет, поскольку формируется от поступлений не только в вещных, но и в обязательственных отношениях	31	75,6
		3. не знаю	4	09,8
18.	Учреждение здравоохранения сдать в аренду закрепленное за ним собственником имущество:	1. может с согласия собственника	35	85,4
		2. может самостоятельно	1	02,4
		3. не может, даже с согласия собственника	4	09,8
		4. не знаю	1	02,4
19.	Состоит ли собственник с учреждением здравоохранения в отношениях по поводу медицинских услуг?	1. да	12	29,3
		2. нет	25	61,0
		3. не знаю	4	09,8
20.	Является ли государство или муниципальное образование приобретателем медицинских услуг в отношениях с учреждениями здравоохранения?	1. да	18	43,9
		2. нет	21	51,2
		3. не знаю	2	04,9

21.	Если учреждение здравоохранения уполномочено осуществлять приносящую доходы деятельность, то в оборот вовлекается:	1. имущество, поступившее от собственника по смете		
		2. имущество, самостоятельно создаваемое учреждением здравоохранения	10	24,4
		3. все имущество учреждения здравоохранения	27	65,9
		4. не знаю	4	09,8
22.	Имущество учреждения здравоохранения, приобретаемое от приносящей доходы деятельности:	1. в бюджет не поступает	15	36,6
		2. поступает в распоряжение бюджета		
		3. поступает на бюджетный учет	25	61,0
		4. не знаю	1	02,4
23.	Приносящую доходы деятельность учреждение здравоохранения осуществляет:	1. по заданию собственника	4	09,8
		2. самостоятельно	24	58,5
		3. самостоятельно, если отсутствует задание собственника	12	29,3
		4. не знаю	1	02,4
24.	Приобретенное от приносящей доходы деятельности учреждения здравоохранения имущество поступает:	1. в распоряжение учреждения здравоохранения под руководством собственника	5	12,2
		2. в распоряжение учреждения здравоохранения по правилам, установленным собственником	9	22,0
		3. в самостоятельное распоряжение учреждения здравоохранения	25	61,0
		4. не знаю	2	04,9
25.	Приобрести объект недвижимости за счет средств, выделенных ему по смете, учреждение здравоохранения:	1. не вправе	12	29,3
		2. вправе по заданию собственника	27	65,9
		3. вправе самостоятельно	1	02,4
		4. не знаю	1	02,4
26.	Приобрести объект недвижимости на средства от приносящей доходы деятельности учреждение здравоохранения:	1. не вправе	5	12,2
		2. вправе по заданию собственника	9	22,0
		3. вправе самостоятельно	25	61,0
		4. не знаю	2	04,9
27.	В случае приобретения учреждением здравоохранения объекта недвижимости, он:	1. поступает в исключительную принадлежность собственника	6	14,6
		2. поступает в исключительную принадлежность учреждения здравоохранения	12	29,3
		3. поступает одновременно в принадлежность учреждения здравоохранения и собственника	21	51,2

		4. не знаю	2	04,9
28.	Объект недвижимости, приобретенный учреждением здравоохранения за счет средств, выделенных ему по смете:	1. поступает в распоряжение учреждения здравоохранения по заданию собственника	34	82,9
		2. поступает в самостоятельное распоряжение учреждения здравоохранения	5	12,2
		3. не знаю	2	04,9
29.	Объект недвижимости, приобретенный учреждением здравоохранения за счет средств от приносящей доходы деятельности:	1. поступает в распоряжение учреждения здравоохранения по заданию собственника	10	24,4
		2. поступает в самостоятельное распоряжение учреждения здравоохранения	28	68,3
		3. не знаю	3	07,3
30.	Имущество, приобретаемое от приносящей доходы деятельности учреждения здравоохранения, формируется:	1. в отношениях с собственником	12	29,3
		2. в отношениях с третьими лицами по обязательствам (сделкам)	13	31,7
		3. в любых имущественных отношениях	11	26,8
		4. не знаю	5	12,2
31.	Собственник вправе изъять излишнее, неиспользуемое или используемое не по назначению имущество учреждения здравоохранения:	1. которое поступило от собственника	24	58,5
		2. которое приобретено учреждением здравоохранения от приносящей доходы деятельности	1	02,4
		3. любое, находящееся на балансе учреждения здравоохранения	13	31,7
		4. не знаю	3	07,3
32.	Установление задания собственника учреждению здравоохранения и оценка исполнения учреждением здравоохранения этого задания распространяется:	1. на поступившее от собственника имущество	17	41,5
		2. на имущество, приобретенное учреждением здравоохранения от приносящей доходы деятельности	2	04,9
		3. на все имущество учреждения здравоохранения	20	48,8
		4. не знаю	2	04,9
33.	Является ли учреждение здравоохранения хозяйствующим субъектом?	1. да, если учреждению здравоохранения разрешена приносящая доходы (предпринимательская) деятельность	36	87,8
		2. нет	4	09,8
		3. не знаю	1	02,4
34.	Может ли орган управления здравоохранением осуществлять функции	1. да	8	19,5
		2. нет	31	75,6
		3. не знаю	2	04,9

	хозяйствующего субъекта?			
35.	Является ли орган управления здравоохранением высшим органом управления учреждением?	1. да	21	51,2
		2. нет	19	46,3
		3. не знаю	1	02,4
36.	Орган управления здравоохранением в отношении учреждения здравоохранения действует:	1. в своих интересах юридического лица и от своего имени	13	31,7
		2. в своих интересах от лица собственника	8	19,5
		3. в интересах и от лица собственника	17	41,5
		4. не знаю	3	07,3
37.	Отнесение должности руководителя учреждения здравоохранения к номенклатуре должностей органа управления здравоохранением обязывает его действовать:	1. как представителя органа управления здравоохранением в учреждении здравоохранения	10	24,4
		2. как представителя учреждения здравоохранения в органе управления здравоохранением	28	68,3
		3. не знаю	3	07,3
38.	Исполнительный орган (руководитель) учреждения здравоохранения:	1. выступает от лица создавшего учреждение здравоохранения органа управления здравоохранением	8	19,5
		2. выступает от лица учреждения здравоохранения, осуществляя его дееспособность	31	75,6
		3. выступает от имени коллектива учреждения здравоохранения	1	02,4
		4. не знаю	1	02,4

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ЮРИСТОВ по 43 вопросам
(175 исследований)

№	Вопрос	Ответ	абс.	%
1.	Может ли учреждение существовать без оформления в качестве юридического лица?	1. да	5	2,9
		2. нет	170	97,1
		3. затрудняюсь ответить		
2.	Может ли быть отнесено к числу учреждений юридическое лицо любой другой организационно-правовой формы?	1. да	13	7,4
		2. нет	162	92,6
		3. затрудняюсь ответить		
3.	Меняет ли характеристики организационно-правовой формы учреждения род осуществляемой деятельности?	1. да	5	2,9
		2. нет	170	97,1
		3. затрудняюсь ответить		
4.	Определяет ли положение учреждения в качестве органа (власти, управления) или организации род осуществляемой деятельности?	1. да	171	97,7
		2. нет	3	1,7
		3. затрудняюсь ответить	1	0,6
5.	Относятся ли не обладающие публичной компетенцией учреждения к числу государственных или муниципальных органов?	1. да	18	10,3
		2. нет	156	89,1
		3. затрудняюсь ответить	1	0,6
6.	Учреждения, не обладающие компетенцией органов, осуществляют деятельность:	1. публичного характера (управление)	3	1,7
		2. социального характера (регулирование состояния социальной среды)	23	13,1
		3. имущественного характера (реализация эффекта имущественных вложений)	149	85,1
7.	Отношения органов публичного управления (государственных и муниципальных органов) с учреждениями, не обладающими компетенцией органов, являются:	1. отношениями административного подчинения (субординационного руководства)	12	6,9
		2. отношениями по поводу имущества (управления имуществом)	160	91,4
		3. затрудняюсь ответить	3	1,7

8.	Являются ли органы (власти, управления) собственником имущества государственных и муниципальных учреждений?	1. да	1	0,6
		2. нет	174	99,4
		3. затрудняюсь ответить		
9.	В создании учреждений органы (власти, управления) выступают:	1. в качестве учредителя	20	11,4
		2. от лица учредителя	155	88,6
		3. в своем качестве учреждения		
10.	В учреждения поступает имущество:	1. прежде лишенное субъектной принадлежности	7	4,0
		2. принадлежащее государству или муниципальным образованиям	156	89,1
		3. принадлежащее государственным и муниципальным органам	12	6,9
11.	Возможно ли наличие соучредителей у учреждений?	1. да	145	82,9
		2. нет	28	16,0
		3. затрудняюсь ответить	2	1,1
12.	Достигнута ли законом необходимая и достаточная формальная определенность отношений собственника (выступающих от его лица органов власти, управления) с учреждениями?	1. да	24	13,7
		2. нет	139	79,4
		3. затрудняюсь ответить	12	6,9
13.	Являются ли поступления в учреждения по смете собственника имущественным обеспечением его задания?	1. да	168	96,0
		2. нет	7	4,0
		3. затрудняюсь ответить		
14.	Являются ли поступления из бюджета вариантом товарообмена между собственником и учреждениями?	1. да	5	2,9
		2. нет	170	97,1
		3. затрудняюсь ответить		
15.	До момента поступления в учреждение по смете собственника имущество:	1. является нераспределенным и находится во владении, пользовании и распоряжении собственника	173	98,9
		2. является обремененным правами учреждения		
		3. находится во владении, пользовании и распоряжении учреждения как распределенное	2	1,1

16.	С момента поступления в учреждение по смете собственника имущество:	1. становится распределенным и находится во владении, пользовании и распоряжении учреждения	154	88,0
		2. остается во владении, пользовании и распоряжении собственника	1	0,6
		3. находится во владении и пользовании учреждения при сохранении правомочия распоряжения за собственником	20	11,4
17.	Поступления в учреждения из внебюджетных фондов:	1. являются поступлениями по смете собственника (в вещных отношениях)	4	2,3
		2. являются поступлениями от приносящей доходы деятельности (от сделок в обязательственных отношениях)	170	97,1
		3. затрудняюсь ответить	1	0,6
18.	Сохраняется ли субсидиарная зависимость собственника в отношениях учреждений с внебюджетными фондами?	1. да	165	94,3
		2. нет	10	5,7
		3. затрудняюсь ответить		
19.	Является ли смета доходов и расходов бюджетного учреждения тождественной смете собственника?	1. да	4	2,3
		2. нет, поскольку формируется от поступлений не только в вещных, но и в обязательственных отношениях	171	97,7
		3. затрудняюсь ответить		
20.	Если учреждение уполномочено осуществлять приносящую доходы деятельность, то в оборот вовлекается:	1. имущество, поступившее от собственника по смете	3	1,7
		2. имущество, самостоятельно создаваемое учреждением	167	95,4
		3. все имущество учреждения	5	2,9
21.	Имущество учреждения, приобретаемое от приносящей доходы деятельности:	1. в бюджет не поступает	2	1,1
		2. поступает в распоряжение бюджета	2	1,1
		3. поступает на бюджетный учет	171	97,7

22.	Приносящую доходы деятельность учреждение осуществляет:	1. по заданию собственника	4	2,3
		2. самостоятельно	167	95,4
		3. самостоятельно, если отсутствует задание собственника	4	2,3
23.	Приобретенное от приносящей доходы деятельности учреждения имущество поступает:	1. в распоряжение учреждения под руководством собственника		
		2. в распоряжение учреждения по правилам, установленным собственником	2	1,1
		3. в самостоятельное распоряжение учреждения	173	98,9
24.	Приобрести объект недвижимости за счет средств, выделенных ему по смете, учреждение:	1. не вправе	3	1,7
		2. вправе по заданию собственника	169	96,6
		3. вправе самостоятельно	3	1,7
25.	Приобрести объект недвижимости на средства от приносящей доходы деятельности учреждение:	1. не вправе		
		2. вправе по заданию собственника	3	1,7
		3. вправе самостоятельно	172	98,3
26.	В случае приобретения учреждением объекта недвижимости, он:	1. поступает в исключительную принадлежность собственника		
		2. поступает в исключительную принадлежность учреждения		
		3. поступает одновременно в принадлежность учреждения и собственника	175	100
27.	Объект недвижимости, приобретенный учреждением за счет средств, выделенных ему по смете:	1. поступает в распоряжение учреждения по заданию собственника	173	98,9
		2. поступает в самостоятельное распоряжение учреждения	2	1,1
		3. затрудняюсь ответить		
28.	Объект недвижимости, приобретенный учреждением за счет средств от приносящей доходы деятельности:	1. поступает в распоряжение учреждения по заданию собственника	5	2,9
		2. поступает в самостоятельное распоряжение учреждения	170	97,1

		3. затрудняюсь ответить		
29.	Имущество, приобретаемое от приносящей доходы деятельности учреждения, формируется:	1. в отношениях с собственником		
		2. в отношениях с третьими лицами по обязательствам (сделкам)	172	98,3
		3. в любых имущественных отношениях	3	1,7
30.	Собственник вправе изъять излишнее, неиспользуемое или используемое не по назначению имущество учреждения:	1. которое поступило от собственника	168	96,0
		2. которое приобретено учреждением от приносящей доходы деятельности		
		3. любое, находящееся на балансе учреждения	7	4,0
31.	Установление задания собственнику учреждению и оценка исполнения учреждением этого задания распространяется:	1. на поступившее от собственника имущество	173	98,9
		2. на имущество, приобретенное учреждением от приносящей доходы деятельности		
		3. на все имущество учреждения	2	1,1
32.	Позволяет ли организационно-правовая форма учреждения обладать качествами хозяйствующего субъекта?	1. да, если учреждению разрешена предпринимательская деятельность	169	96,6
		2. нет	5	2,9
		3. затрудняюсь ответить	1	0,6
33.	Позволяет ли организационно-правовая форма учреждения обладать качествами хозяйствующего субъекта органу государственной власти или местного самоуправления?	1. да	5	2,9
		2. нет	169	96,6
		3. затрудняюсь ответить	1	0,6
34.	Является ли соответствующий государственный (муниципальный) орган высшим органом управления учреждением?	1. да	21	12,0
		2. нет	37	21,1
		3. затрудняюсь ответить	117	66,9

35.	Исполнительный орган (руководитель) учреждения:	1. выступает от лица создавшего учреждение органа власти или местного самоуправления	9	5,1
		2. выступает от лица учреждения, осуществляя его дееспособность	163	93,1
		3. выступает от имени коллектива учреждения	3	1,7
36.	Поскольку учреждение обладает судебной защитой прав владельца, не являющегося собственником, также и против собственника, защищен ли с этим исполнительный орган (руководитель) учреждения в своем должностном положении?	1. да	26	14,9
		2. нет	118	67,4
		3. затрудняюсь ответить	31	17,7
37.	Могут ли учреждения осуществлять только приносящую доходы деятельность без вещных дотаций?	1. да	143	81,7
		2. нет	29	16,6
		3. затрудняюсь ответить	3	1,7
38.	Возможно ли страхование рисков изъятия имущества учреждений из их самостоятельного распоряжения?	1. да	163	93,1
		2. нет	9	5,1
		3. затрудняюсь ответить	3	1,7
39.	Поскольку при осуществлении учреждением приносящей доходы деятельности из его владения и пользования не выбывает имущество, поступившее от собственника, вправе ли собственник на соразмерную компенсацию учреждением амортизации этого имущества?	1. да	171	97,7
		2. нет	4	2,3
		3. затрудняюсь ответить		
40.	Поскольку при осуществлении учреждением приносящей доходы деятельности по его долгам	1. да	170	97,1
		2. нет	3	1,7
		3. затрудняюсь ответить	2	1,1

	собственник не лишается рисков субсидиарной ответственности, вправе ли собственник требовать от учреждения создания для этих целей соответствующих страховых (резервных) денежных фондов?			
41.	Возможно ли в бюджетном распределении обеспечить переход от вещного к обязательственному финансированию учреждений путем конкурсного размещения социальных заказов?	1. да, нераспределенным имуществом	166	94,9
2. нет		9	5,1	
3. затрудняюсь ответить				
42.	Как могут быть изменены виды деятельности учреждения без изменения его организационного и имущественного положения?	1. преобразованием в другую организационно-правовую форму		
2. ликвидацией и созданием нового юридического лица				
3. перепрофилированием видов деятельности с изменением уставного содержания правоспособности		175	100	
43.	Может ли учреждение быть участником договора простого товарищества?	1. да, но только не для осуществления предпринимательской деятельности	160	91,4
2. нет		14	8,0	
3. затрудняюсь ответить		1	0,6	

Приложение 3

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА РЕЗУЛЬТАТОВ АНКЕТИРОВАНИЯ
РУКОВОДИТЕЛЕЙ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЮРИСТОВ
по 30 корреспондирующим вопросам

Нумерация вопросов для организаторов (слева) приводится в соответствии с Приложением 1; для юристов (справа) – в соответствии с Приложением 2.

		1.	1.
Может ли учреждение существовать без оформления в качестве юридического лица?	да	7 – 17,07%	5 – 2,86%
	нет	34 – 82,93%	170 – 97,14%

2.		2.	
Учреждениями здравоохранения являются:		Может ли быть отнесено к числу учреждений юридическое лицо любой другой организационно-правовой формы?	
больницы, поликлиники, Центры и т.д. в соответствии с Номенклатурой (Приказ МЗ РФ от 3 ноября 1999 г. № 395)	27 – 65,9%	13 – 7,4%	да
организации различных организационно-правовых форм и форм собственности, включая индивидуальных предпринимателей, осуществляющие медицинские услуги населению (Приказ МЗ РФ от 31 января 2001 г. № 18)	9 – 22,0%	162 – 92,6%	нет
юридические лица соответствующей организационно-правовой формы	5 – 12,2%		

		3.	3.
Меняет ли характеристики организационно-правовой формы учреждения род осуществляемой деятельности?	да	13 – 31,7%	5 – 2,9%
	нет	25 – 61,0%	170 – 97,1%
	?	3 – 7,3%	

5.			4.	
Относятся ли органы управления здравоохранением к числу учреждений?	20 – 48,78%	да	171 – 97,7%	Определяет ли положение учреждения в качестве органа (власти, управления) или организации род осуществляемой деятельности?
	21 – 51,22%	нет	3 – 1,7%	
		?	1 – 0,6%	

4.			5.	
Относятся ли учреждения здравоохранения к числу государственных или муниципальных органов?	35 – 85,4%	да	18 – 10,3%	Относятся ли не обладающие публичной компетенцией учреждения к числу государственных или муниципальных органов?
	6 – 14,6%	нет	156 – 89,1%	
		?	1 – 0,6%	

		6.	7.
Отношения органов публичного управления (государственных и муниципальных органов) с учреждениями, не обладающими компетенцией органов, являются:	отношениями административного подчинения (субординационного руководства)	39 – 95,1%	12 – 6,9%
	отношениями по поводу имущества (управления имуществом)	1 – 2,4%	160 – 91,4%
	?	1 – 2,4%	3 – 1,7%

		7.	9.
В создании учреждений органы (власти, управления) выступают:	в качестве учредителя	13 – 31,7%	20 – 11,4%
	от лица учредителя	13 – 31,7%	155 – 88,6%
	в своем качестве учреждения	14 – 34,2%	
	?	1 – 2,4%	

		8.	10.
В учреждения поступает имущество:	прежде лишенное субъектной принадлежности		7 – 4,0%
	принадлежащее государству или муниципальным образованиям	39 – 95,1%	156 – 89,1%
	принадлежащее государственным и муниципальным органам	1 – 2,4%	12 – 6,9%
	?	1 – 2,4%	

		10.	13.
Являются ли поступления в учреждения по смете собственника имуществом обеспечением его задания?	да	30 – 73,2%	168 – 96,0%
	нет	7 – 17,1%	7 – 4,0%
	?	4 – 9,8%	

		11.	14.
Являются ли поступления из бюджета вариантом товарообмена между собственником и учреждениями?	да	10 – 24,4%	5 – 2,9%
	нет	31 – 75,6%	170 – 97,1%
	?		

		12.	15.
До момента поступления в учреждение по смете собственника имущество:	является нераспределенным и находится во владении, пользовании и распоряжении собственника	20 – 48,8%	173 – 98,9%
	в качестве предназначенного учреждению находится в его владении, пользовании и распоряжении как распределенное	19 – 46,3%	2 – 1,1%
	?	2 – 4,9%	

		13.	16.
С момента поступления в учреждение по смете собственника имущество:	становится распределенным и находится во владении, пользовании и распоряжении учреждения	17 – 41,5%	154 – 88,0%
	остается во владении, пользовании и распоряжении собственника	4 – 9,8%	1 – 0,6%
	находится во владении и пользовании учреждения при сохранении правомочия распоряжения за собственником	20 – 48,8%	20 – 11,4%

		14.	17.
Поступления в учреждения из внебюджетных фондов (ОМС):	являются поступлениями по смете собственника (в вещных отношениях)	13 -31,7%	4 – 2,29%
	являются поступлениями от приносящей доходы деятельности (от сделок в обязательственных отношениях)	24 – 58,5%	170 – 97,1%
	?	4 – 9,8%	1 – 0,6%

		17.	19.
Является ли смета доходов и расходов бюджетного учреждения тождественной смете собственника?	да	6 – 14,6%	4 – 2,3%
	нет, поскольку формируется от поступлений не только в вещных, но и в обязательственных отношениях	31 – 75,6%	171 – 97,7%
	?	4 – 9,8%	

		21.	20.
Если учреждение управомочено осуществлять приносящую доходы деятельность, то в оборот вовлекается:	имущество, поступившее от собственника по смете		3 – 1,7%
	имущество, самостоятельно создаваемое учреждением	10 – 24,4%	167 – 95,4%
	все имущество учреждения	27 – 65,9%	5 – 2,9%
	?	4 – 9,8%	

		22.	21.
Имущество учреждения, приобретаемое от приносящей доходы деятельности:	в бюджет не поступает	15 – 36,6%	2 – 1,1%
	поступает в распоряжение бюджета		2 – 1,1%
	поступает на бюджетный учет	25 – 61,0%	171 – 97,7%
	?	1 – 2,4%	

		23.	22.
Приносящую доходы деятельность учреждение осуществляет:	по заданию собственника	4 – 9,8%	4 – 2,3%
	самостоятельно	24 – 58,5%	167 – 95,4%
	самостоятельно, если отсутствует задание собственника	12 – 29,3%	4 – 2,3%
	?	1 – 2,4%	

		24.	23.
Приобретенное от приносящей доходы деятельности учреждения имущество поступает:	в распоряжение учреждения под руководством собственника	5 – 12,2%	
	в распоряжение учреждения по правилам, установленным собственником	9 – 22,0%	2 – 1,1%
	в самостоятельное распоряжение учреждения	25 – 61,0%	173 – 98,9%
	?	2 – 4,9%	

		25.	24.
Приобрести объект недвижимости за счет средств, выделенных ему по смете, учреждение:	не вправе	12 -29,3%	3 – 1,7%
	вправе по заданию собственника	27 – 65,9%	169 – 96,6%
	вправе самостоятельно	1 – 2,4%	3 – 1,7%
	?	1 – 2,4%	

		26.	25.
Приобрести объект недвижимости на средства от приносящей доходы деятельности учреждение:	не вправе	5 – 12,2%	
	вправе по заданию собственника	9 – 22,0%	3 – 1,7%
	вправе самостоятельно	25 – 61,0%	172 – 98,3%
	?	2 – 4,9%	

		27.	26.
В случае приобретения учреждением объекта недвижимости, он:	поступает в исключительную принадлежность собственника	6 – 14,6%	
	поступает в исключительную принадлежность учреждения	12 – 29,3%	
	поступает одновременно в принадлежность учреждения и собственника	21 – 51,2%	175 – 100%
	?	2 – 4,9%	

		28.	27.
Объект недвижимости, приобретенный учреждением за счет средств, выделенных ему по смете:	поступает в распоряжение учреждения по заданию собственника	34 – 82,9%	173 – 98,9%
	поступает в самостоятельное распоряжение учреждения	5 – 12,2%	2 – 1,1%
	?	2 – 4,9%	

		29.	28.
Объект недвижимости, приобретенный учреждением за счет средств от приносящей доходы деятельности:	поступает в распоряжение учреждения по заданию собственника	10 – 24,4%	5 -2,9%
	поступает в самостоятельное распоряжение учреждения	28 – 68,3%	170 – 97,1%
	?	3 – 7,3%	

		30.	29.
Имущество, приобретаемое от приносящей доходы деятельности учреждения, формируется:	в отношениях с собственником	12 – 29,3%	
	в отношениях с третьими лицами по обязательствам (сделкам)	13 – 31,7%	172 – 98,3%
	в любых имущественных отношениях	11 – 26,8%	3 – 1,7%
	?	5 – 12,2%	

		31.	30.
Собственник вправе изъять излишнее, неиспользуемое или используемое не по назначению имущество учреждения:	которое поступило от собственника	24 – 58,5%	168 – 96,0%
	которое приобретено учреждением от приносящей доходы деятельности	1 – 2,4%	
	любое, находящееся на балансе учреждения	13 – 31,7%	7 – 4,0%
	?	3 – 7,3%	

		32.	31.
Установление задания собственнику учреждению и оценка исполнения учреждением этого задания распространяется:	на поступившее от собственника имущество	17 – 41,5%	173 – 98,9%
	на имущество, приобретенное учреждением от приносящей доходы деятельности	2 – 4,9%	
	на все имущество учреждения	20 – 48,8%	2 – 1,1%
	?	2 – 4,9%	

		33.	32.
Может ли учреждение здравоохранения осуществлять функции хозяйствующего субъекта?	да, если учреждению разрешена предпринимательская деятельность	36 – 87,8%	169 – 96,6%
	нет	4 – 9,8%	5 – 2,9%
	?	1 – 2,4%	1 – 0,6%

		34.	33.
Может ли орган управления здравоохранением осуществлять функции хозяйствующего субъекта?	да	8 – 19,5%	5 – 2,9%
	нет	31 – 75,6%	169 – 96,6%
	?	2 – 4,9%	1 – 0,6%

		35.	34.
Является ли орган управления здравоохранением высшим органом управления учреждением здравоохранения?	да	21 – 51,2%	21 – 12,0%
	нет	19 – 46,3%	37 – 21,1%
	?	1 – 2,4%	117 – 66,9%

		38.	35.
Исполнительный орган (руководитель) учреждения:	выступает от лица создавшего учреждение органа власти или местного самоуправления	8 – 19,5%	9 – 5,1%
	выступает от лица учреждения, осуществляя его дееспособность	31 – 75,6%	163 – 93,1%
	выступает от имени коллектива учреждения	1 – 2,4%	3 – 1,71%
	?	1 – 2,4%	

Приложение 4

ПРОГРАММА последипломной хозяйственно-правовой подготовки организаторов здравоохранения по теме «Положение и имущественное устройство учреждений»

1. Учреждения: организационно-правовая форма, виды. Отличия от юридических лиц иных организационно-правовых форм. Различия учреждений по областям и видам деятельности. Учреждения-органы и учреждения-организации. Учреждения-конторы и учреждения-заведения.

Собственник имущества учреждений. Учредитель учреждения.

Создание и прекращение учреждений. Правосубъектность учреждений. Публичная правоспособность (компетенция) государственного или муниципального органа. Гражданская правоспособность учреждения. Органы власти или местного самоуправления как действующие от лица собственника имущества.

Бюджет государства или муниципального образования. Нераспределенное имущество (казна) государства или муниципального образования. Распределенное имущество государства или муниципального образования.

Возникновение и прекращение права учреждений на имущество.

Имущество учреждений: поступления от учредителя и из иных источников. Имущество учреждений как объект учета и объект права. Учреждение как балансодержатель. Принадлежность имущества учреждения: основное и производное право. Учреждение как обладатель права на имущество. Учредитель как обладатель права на имущество учреждения. Содержание и объем правомочий правообладателя.

2. Самостоятельная деятельность учреждений: отличия доходов от поступлений по смете.

Смета собственника и смета доходов и расходов.

Отношения вещные. Отношения обязательственные.

Деятельность учреждения по заданию собственника. Поступления в учреждение имущества от собственника. Отношения принадлежности имущества. Правомочия как составляющие права учреждения в отношении имущества, поступившего от собственника. Правомочие ограниченного (исполнительного) распоряжения имуществом.

Самостоятельная (приносящая доходы, предпринимательская) деятельность учреждения. Поступления в учреждение имущества не от собственника. Отношения товарообмена. Учреждения как субъекты хозяйствования. Правомочия как составляющие права учреждения в отношении имущества, приобретенного от его самостоятельной (приносящей доходы, предпринимательской) деятельности. Правомочие самостоятельного распоряжения имуществом.

Субсидиарная ответственность собственника по обязательствам учреждений. Право собственника изъять имущество учреждений.

Имущество учреждения, не подлежащее вовлечению в оборот. Имущество учреждения, вовлекаемое в оборот.

Поступления в учреждения из бюджета. Поступления в учреждения из казны. Поступления в учреждения из внебюджетных фондов.

Отношения гражданские. Отношения бюджетные.

Участие учреждений в обязательствах (договорах).

Учреждение, не являющееся хозяйствующим субъектом. Учреждение, являющееся хозяйствующим субъектом.

Самостоятельность учреждений в осуществлении приносящей доходы деятельности: основания, ограничения, последствия для учреждения и для учредителя.

Самостоятельность учреждений в распоряжении приобретениями от приносящей доходы деятельности: основания, ограничения, последствия для учреждения и для учредителя.

3. Управление учреждениями. Управление учреждениями-органами (административное управление). Управление учреждениями-организациями (распоряжение имуществом). Бюджетный процесс. Правомочия собственника в бюджетном процессе. Распорядители (главные распорядители) бюджетных средств. Получатели бюджетных средств.

Высший орган управления учреждением. Компетенция высшего органа управления учреждением.

Исполнительный орган управления учреждением. Компетенция исполнительного органа управления учреждением.

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ
ХОЗЯЙСТВЕННО-ПРАВОВОЙ ТЕСТ**
для организаторов здравоохранения

№	Вопрос	Ответ	
1.	Может ли учреждение здравоохранения существовать без оформления в качестве юридического лица?	1. да 2. нет 3. не знаю	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	Учреждениями здравоохранения являются:	1. больницы, поликлиники, Центры и т.д. в соответствии с Номенклатурой (Приказ МЗ РФ от 3 ноября 1999 г. № 395) 2. организации различных организационно-правовых форм и форм собственности, включая индивидуальных предпринимателей, осуществляющие медицинские услуги населению (Приказ МЗ РФ от 31 января 2001 г. № 18) 3. юридические лица соответствующей организационно-правовой формы 4. не знаю	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Меняет ли характеристики организационно-правовой формы учреждения род осуществляемой деятельности?	1. да 2. нет 3. не знаю	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	Относятся ли учреждения здравоохранения к числу государственных или муниципальных органов?	1. да 2. нет 3. не знаю	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.	Относятся ли органы управления здравоохранением к числу учреждений?	1. да 2. нет 3. не знаю	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.	Отношения органов управления здравоохранением с учреждениями здравоохранения являются:	1. отношениями административного подчинения (субординационного руководства) 2. отношениями по поводу имущества (управления имуществом) 3. не знаю	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.	В создании учреждений здравоохранения органы управления здравоохранением выступают:	1. в качестве учредителя 2. от лица учредителя 3. в своем качестве учреждения 4. не знаю	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

- | | | | |
|-----|--|--|--------------------------|
| 8. | В учреждения здравоохранения поступает имущество: | 1. принадлежащее государству или муниципальным образованиям | <input type="checkbox"/> |
| | | 2. принадлежащее органам управления здравоохранением | <input type="checkbox"/> |
| | | 3. не знаю | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Являются ли государственные или муниципальные органы (органы управления здравоохранением) собственником имущества учреждений здравоохранения | 1. да | <input type="checkbox"/> |
| | | 2. нет | <input type="checkbox"/> |
| | | 3. не знаю | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Имущество собственника, поступившее по смете, предназначено для: | 1. потребления самим учреждением здравоохранения | <input type="checkbox"/> |
| | | 2. потребления третьими лицами в отношениях с учреждением здравоохранения | <input type="checkbox"/> |
| | | 3. воспроизводства | <input type="checkbox"/> |
| | | 4. не знаю | <input type="checkbox"/> |
| 11. | За счет средств, выделенных по смете собственника, с его согласия учреждение здравоохранения может: | 1. только приобретать имущество | <input type="checkbox"/> |
| | | 2. приобретать и отчуждать имущество | <input type="checkbox"/> |
| | | 3. распоряжаться имуществом любым образом | <input type="checkbox"/> |
| | | 4. не знаю | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Являются ли поступления в учреждения здравоохранения по смете собственника имущественным обеспечением его задания? | 1. да | <input type="checkbox"/> |
| | | 2. нет | <input type="checkbox"/> |
| | | 3. не знаю | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Являются ли поступления по смете вариантом товарообмена между собственником и учреждениями здравоохранения? | 1. да | <input type="checkbox"/> |
| | | 2. нет | <input type="checkbox"/> |
| | | 3. не знаю | <input type="checkbox"/> |
| 14. | До момента поступления в учреждение здравоохранения по смете собственника имущество: | 1. находится во владении, пользовании и распоряжении собственника (остается нераспределенным) | <input type="checkbox"/> |
| | | 2. находится во владении, пользовании и распоряжении учреждения здравоохранения (становится распределенным) | <input type="checkbox"/> |
| | | 3. находится во владении и пользовании собственника при наличии правомочия распоряжения у учреждения здравоохранения | <input type="checkbox"/> |
| | | 4. находится во владении и пользовании учреждения здравоохранения при наличии правомочия распоряжения у собственника | <input type="checkbox"/> |
| | | 5. не знаю | <input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|-----|---|---|--------------------------|
| 15. | С момента поступления в учреждение здравоохранения по смете собственника имущество: | 1. становится распределенным и находится во владении, пользовании и распоряжении учреждения здравоохранения | <input type="checkbox"/> |
| | | 2. остается во владении, пользовании и распоряжении собственника | <input type="checkbox"/> |
| | | 3. находится во владении и пользовании собственника при наличии правомочия распоряжения у учреждения здравоохранения | <input type="checkbox"/> |
| | | 4. находится во владении и пользовании учреждения здравоохранения при сохранении правомочия распоряжения за собственником | <input type="checkbox"/> |
| | | 5. не знаю | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Поступления в учреждения здравоохранения из фондов ОМС: | 1. являются поступлениями по смете собственника (в вещных отношениях) | <input type="checkbox"/> |
| | | 2. являются поступлениями от приносящей доходы деятельности (от сделок в обязательственных отношениях) | <input type="checkbox"/> |
| | | 3. не знаю | <input type="checkbox"/> |
| 17. | К смете собственника относятся: | 1. поступления в учреждения здравоохранения из бюджета | <input type="checkbox"/> |
| | | 2. поступления в учреждения здравоохранения из бюджета и из фондов ОМС | <input type="checkbox"/> |
| | | 3. любые поступления в учреждения здравоохранения | <input type="checkbox"/> |
| | | 4. не знаю | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Смету доходов и расходов учреждения здравоохранения составляют: | 1. поступления в учреждения здравоохранения из бюджета | <input type="checkbox"/> |
| | | 2. поступления в учреждения здравоохранения из бюджета и из фондов ОМС | <input type="checkbox"/> |
| | | 3. любые поступления в учреждения здравоохранения | <input type="checkbox"/> |
| | | 4. не знаю | <input type="checkbox"/> |
| 19. | Тождественна ли смета доходов и расходов учреждения здравоохранения смете собственника? | 1. да | <input type="checkbox"/> |
| | | 2. нет, поскольку формируется от поступлений не только в вещных, но и в обязательственных отношениях | <input type="checkbox"/> |
| | | 3. не знаю | <input type="checkbox"/> |
| 20. | Является ли государство или муниципальное образование приобретателем медицинских услуг в отношениях с учреждениями здравоохранения? | 1. да | <input type="checkbox"/> |
| | | 2. нет | <input type="checkbox"/> |
| | | 3. не знаю | <input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|-----|--|---|--|
| 21. | Если учреждение здравоохранения уполномочено осуществлять приносящую доходы деятельность, то в оборот вовлекается: | 1. имущество, поступившее от собственника по смете
2. имущество, самостоятельно создаваемое учреждением здравоохранения
3. все имущество учреждения здравоохранения
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 22. | Имущество учреждения здравоохранения, приобретаемое от приносящей доходы деятельности: | 1. в бюджет не поступает
2. поступает в распоряжение бюджета
3. поступает на бюджетный учет
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 23. | Приносящую доходы деятельность учреждение здравоохранения осуществляет: | 1. по заданию собственника
2. самостоятельно
3. самостоятельно, если отсутствует задание собственника
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 24. | Приобретенное от приносящей доходы деятельности учреждения здравоохранения имущество поступает: | 1. в распоряжение собственника
2. в распоряжение учреждения здравоохранения по заданию собственника
3. в самостоятельное распоряжение учреждения здравоохранения
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 25. | Учреждение здравоохранения сдать в аренду закрепленное за ним собственником имущество: | 1. может с согласия собственника
2. может самостоятельно
3. не может, даже с согласия собственника
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 26. | Учреждение здравоохранения сдать в аренду имущество, приобретенное от приносящей доходы деятельности: | 1. может с согласия собственника
2. может самостоятельно
3. не может, даже с согласия собственника
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 27. | Приобрести объект недвижимого имущества за счет средств, выделенных ему по смете, учреждение здравоохранения: | 1. не вправе
2. вправе по заданию собственника
3. вправе самостоятельно
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 28. | Приобрести объект недвижимого имущества на средства от приносящей доходы деятельности учреждение здравоохранения: | 1. не вправе
2. вправе по заданию собственника
3. вправе самостоятельно
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|--|--|
| 29. В случае приобретения учреждением здравоохранения объекта недвижимого имущества, он: | 1. поступает в исключительную принадлежность собственника
2. поступает в исключительную принадлежность учреждения здравоохранения
3. поступает одновременно в принадлежность учреждения здравоохранения и собственника
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 30. Объект недвижимого имущества, приобретенный учреждением здравоохранения за счет средств, выделенных ему по смете: | 1. поступает в распоряжение учреждения здравоохранения по заданию собственника
2. поступает в самостоятельное распоряжение учреждения здравоохранения
3. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 31. Объект недвижимого имущества, приобретенный учреждением здравоохранения за счет средств от приносящей доходы деятельности: | 1. поступает в распоряжение учреждения здравоохранения по заданию собственника
2. поступает в самостоятельное распоряжение учреждения здравоохранения
3. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 32. Продать объект недвижимого имущества, переданный учреждению здравоохранения при создании собственником, оно: | 1. не вправе
2. вправе по заданию собственника
3. вправе самостоятельно
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 33. Продать объект недвижимого имущества, переданный учреждению здравоохранения собственником по смете, оно: | 1. не вправе
2. вправе по заданию собственника
3. вправе самостоятельно
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 34. Продать объект недвижимого имущества, приобретенный за счет средств, выделенных ему по смете, учреждение здравоохранения: | 1. не вправе
2. вправе по заданию собственника
3. вправе самостоятельно
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 35. Продать объект движимого имущества, поступивший от собственника, учреждение здравоохранения: | 1. не вправе
2. вправе по заданию собственника
3. вправе самостоятельно
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 36. Продать объект движимого имущества, приобретенный учреждением здравоохранения от приносящей доходы деятельности, оно: | 1. не вправе
2. вправе по заданию собственника
3. вправе самостоятельно
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|-----|---|---|--|
| 37. | Передать имущество в доверительное управление учреждение здравоохранения: | 1. не вправе
2. вправе по заданию собственника, если это имущество поступило от него
3. вправе самостоятельно, если это имущество приобретено от приносящей доходы деятельности
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 38. | Передать имущество под залог учреждение здравоохранения: | 1. не вправе
2. вправе по заданию собственника, если это имущество поступило от него
3. вправе самостоятельно, если это имущество приобретено от приносящей доходы деятельности
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 39. | Передать имущество в безвозмездное пользование учреждение здравоохранения: | 1. не вправе
2. вправе по заданию собственника, если это имущество поступило от него
3. вправе самостоятельно, если это имущество приобретено от приносящей доходы деятельности
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 40. | Участвовать в хозяйственных обществах и товариществах учреждение здравоохранения: | 1. не вправе
2. вправе с разрешения собственника, если иное не установлено законом
3. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 41. | Участвовать в договоре мены учреждение здравоохранения: | 1. не вправе
2. вправе имуществом, поступившим от собственника
3. вправе имуществом, приобретенным от приносящей доходы деятельности
4. вправе всем принадлежащим ему имуществом
5. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 42. | Участвовать в договоре простого товарищества учреждение здравоохранения: | 1. не вправе
2. вправе имуществом, поступившим от собственника
3. вправе имуществом, приобретенным от приносящей доходы деятельности
4. вправе всем принадлежащим ему имуществом
5. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 43. | Учреждение здравоохранения подарить принадлежащее ему имущество: | 1. не вправе
2. вправе с согласия собственника, если законом не предусмотрено иное
3. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|-----|--|--|--|
| 44. | Учреждение здравоохранения обладать предприятием как имущественный комплекс: | 1. не вправе
2. вправе как имуществом, поступившим от собственника
3. вправе как имуществом, приобретенным от приносящей доходы деятельности
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 45. | Учреждение здравоохранения без изменения видов деятельности вправе осуществлять функции: | 1. хранителя по договору хранения
2. финансового агента по договору финансирования под уступку денежного требования
3. доверительного управляющего по договору доверительного управления имуществом
4. поверенного или агента по договорам поручения и агентирования
5. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 46. | Собственник вправе имущество учреждения здравоохранения: | 1. передать под залог
2. передать в доверительное управление
3. передать в аренду
4. передать в безвозмездное пользование
5. продать
6. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 47. | Собственник вправе распоряжаться имуществом учреждения здравоохранения: | 1. по своему усмотрению и независимо от учреждения здравоохранения
2. наряду с и преимущественно перед учреждением здравоохранения
3. после прекращения распоряжения этим имуществом учреждением здравоохранения
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 48. | Выбытие имущества из распоряжения учреждения здравоохранения в бюджет возможно: | 1. посредством отзыва в бюджет определенной собственником части имущества учреждения здравоохранения
2. посредством обращения в бюджет доходов учреждения здравоохранения
3. посредством изъятия избыточного или неправильно употребляемого имущества либо ликвидации учреждения здравоохранения
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 49. | Собственник вправе изъять излишнее, неиспользуемое или используемое не по назначению имущество учреждения здравоохранения: | 1. которое поступило от собственника
2. которое приобретено учреждением здравоохранения от приносящей доходы деятельности
3. любое, находящееся на балансе учреждения здравоохранения | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|-----|---|---|--|
| | | 4. не знаю | <input type="checkbox"/> |
| 50. | Имущество, приобретаемое от приносящей доходы деятельности учреждения здравоохранения, формируется: | 1. в вещных отношениях с собственником
2. не в вещных, а в обязательственных отношениях
3. в любых имущественных отношениях
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 51. | Установление задания собственника учреждению здравоохранения и оценка исполнения учреждением здравоохранения этого задания распространяется: | 1. на поступившее от собственника имущество
2. на имущество, приобретенное учреждением здравоохранения от приносящей доходы деятельности
3. на все имущество учреждения здравоохранения
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 52. | Является ли учреждение здравоохранения хозяйствующим субъектом? | 1. да, если учреждению здравоохранения разрешена приносящая доходы (предпринимательская) деятельность
2. нет
3. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 53. | Может ли орган управления здравоохранением осуществлять функции хозяйствующего субъекта? | 1. да
2. нет
3. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 54. | В отношениях учреждения здравоохранения с собственником орган управления здравоохранением действует: | 1. в своих интересах юридического лица и от своего имени
2. в своих интересах от лица собственника
3. в интересах и от лица собственника
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 55. | Исполнительный орган (руководитель) учреждения здравоохранения: | 1. выступает от лица создавшего учреждение здравоохранения органа управления здравоохранением
2. выступает от лица учреждения здравоохранения, осуществляя его дееспособность
3. выступает от имени коллектива учреждения здравоохранения
4. не знаю | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 56. | Носителем хозяйственной автономии учреждения здравоохранения (самостоятельности в осуществлении приносящей доходы деятельности и в распоряжении ее плодами) является: | государственный или муниципальный орган управления здравоохранением
высший орган управления учреждением здравоохранения
исполнительный орган управления учреждением здравоохранения | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |

КЛАССИФИКАЦИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

в зависимости от структуры сметы доходов и расходов

Категория учреждения здравоохранения	Смета доходов и расходов от поступлений:	
	по смете собственника	от приносящей доходы деятельности
1	< 10%	> 90%
2	10-25%	75-90%
3	25-50%	50-75%
4	50-75%	25-50%
5	> 75%	< 25%

Проект Федерального закона «О внесении изменений в статьи 12, 13 и 14 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»

<p>Статья 12. Государственная система здравоохранения</p> <p>К государственной системе здравоохранения относятся Министерство здравоохранения Российской Федерации, министерства здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органы управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, Российская академия медицинских наук, Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по реализации государственной политики Российской Федерации, выполнению программ в области здравоохранения и по развитию медицинской науки. К государственной системе здравоохранения также относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и иные предприятия, учреждения и организации.</p> <p>В государственную систему здравоохранения входят лечебно-профилактические учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, создаваемые министерствами, ведомствами, государственными предприятиями, учреждениями и организациями Российской Федерации помимо Министерства здравоохранения Российской Федерации, министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации.</p> <p>Предприятия, учреждения и организации государственной системы здравоохранения независимо от их ведомственной подчиненности являются юридическими лицами и осуществляют свою деятельность в соответствии с настоящими Основами, другими актами законодательства Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органов управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.</p>	<p>Статья 12. Система органов управления здравоохранением</p> <p>К системе органов управления здравоохранением относятся Министерство здравоохранения Российской Федерации, министерства здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органы управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, а также муниципальные органы управления здравоохранением, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по реализации государственной политики Российской Федерации, выполнению программ в области здравоохранения.</p>
---	--

<p>Статья 13. Муниципальная система здравоохранения</p> <p>К муниципальной системе здравоохранения относятся муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения, которые являются юридическими лицами и осуществляют свою деятельность в соответствии с настоящими Основами, другими актами законодательства Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации и органов местного самоуправления.</p> <p>Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение доступности населению гарантированного объема медико-социальной помощи, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, осуществляют контроль за качеством оказания медико-социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями и организациями государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой.</p> <p>Финансирование деятельности предприятий, учреждений и организаций муниципальной системы здравоохранения осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.</p>	<p>Статья 13. Общественный сектор здравоохранения</p> <p>Общественный сектор здравоохранения составляют юридические лица в организационно-правовой форме учреждения, основанные на имуществе, находящемся в государственной и муниципальной собственности, и осуществляющие медицинскую деятельность на основании лицензии.</p>
<p>Статья 14. Частная система здравоохранения</p> <p>К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.</p> <p>В частную систему здравоохранения входят лечебно-профилактические, аптечные, научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, создаваемые и финансируемые частными предприятиями, учреждениями и организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами.</p> <p>Деятельность учреждений частной системы здравоохранения осуществляется в соответствии с настоящими Основами, другими актами законодательства Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и</p>	<p>Статья 14. Частный сектор здравоохранения</p> <p>Частный сектор здравоохранения составляют юридические лица различных организационно-правовых форм, основанные на имуществе, находящемся в частной собственности, а также индивидуальные предприниматели без образования юридического лица, осуществляющие медицинскую деятельность на</p>

Санкт-Петербурга, нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации и органов местного самоуправления.	основании лицензии.
--	---------------------

Разработчики: В.И.Стародубов, А.В.Тихомиров
Опубликован: журнал «Главный врач: хозяйство и право», 2003, № 1, С.42-56.

Проект
ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА
"О государственных и муниципальных
учреждениях здравоохранения в Российской Федерации"

СОДЕРЖАНИЕ

Глава 1.	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
Статья 1.	Предмет регулирования и сфера действия настоящего закона
Статья 2.	Правовое положение учреждений здравоохранения
Статья 3.	Ответственность учреждения здравоохранения
Статья 4.	Наименование и место нахождения учреждения здравоохранения
Глава II.	СОЗДАНИЕ, РЕОРГАНИЗАЦИЯ И ЛИКВИДАЦИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Статья 5.	Создание учреждения здравоохранения
Статья 6.	Участие соучредителей в создании учреждения здравоохранения
Статья 7.	Устав учреждения здравоохранения
Статья 8.	Специализация учреждения здравоохранения и перепрофилирование его деятельности
Статья 9.	Реорганизация учреждения здравоохранения
Статья 10.	Ликвидация учреждения здравоохранения
Глава III.	ПРАВОСПОСОБНОСТЬ И ДЕЕСПОСОБНОСТЬ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Статья 11.	Правоспособность учреждения здравоохранения
Статья 12.	Дееспособность учреждения здравоохранения
Статья 13.	Ограничение праводееспособности учреждения здравоохранения
Глава IV.	ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Статья 14.	Общие положения о деятельности учреждения здравоохранения
Статья 15.	Деятельность учреждения здравоохранения в обороте объектов медицинского назначения
Статья 16.	Деятельность учреждения здравоохранения в обороте объектов немедицинского назначения
Статья 17.	Род и виды деятельности учреждения здравоохранения
Глава V.	ИМУЩЕСТВО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Статья 18.	Имущество учреждения здравоохранения
Статья 19.	Право учреждения здравоохранения на имущество
Статья 20.	Правомочия учреждения здравоохранения в отношении принадлежащего ему имущества

- [Статья 21.](#) Правомочия собственника в отношении имущества, принадлежащего учреждению здравоохранения
- [Статья 22.](#) Переход права собственности на имущество учреждения здравоохранения
- [Глава VI.](#) УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОТНОШЕНИЯХ СОБСТВЕННОСТИ
- [Статья 23.](#) Финансирование учреждения здравоохранения собственником
- [Статья 24.](#) Отношения собственника с учреждением здравоохранения, осуществляющим приносящую доходы деятельность
- [Статья 25.](#) Формальная определенность отношений собственника и учреждений здравоохранения
- [Статья 26.](#) Защита имущественных интересов учреждения здравоохранения
- [Статья 27.](#) Виды учреждений здравоохранения
- [Глава VII.](#) УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В БЮДЖЕТНЫХ ОТНОШЕНИЯХ
- [Статья 28.](#) Участие учреждения здравоохранения в бюджетных отношениях
- [Статья 29.](#) Участие учреждения здравоохранения в отношениях принадлежности имущества при его поступлении от собственника
- [Статья 30.](#) Участие учреждения здравоохранения в обязательствах собственника
- [Статья 31.](#) Участие учреждения здравоохранения в обязательствах по заданию собственника
- [Статья 32.](#) Участие учреждения здравоохранения в обязательствах перед собственником
- [Статья 33.](#) Закупки товаров, работ и услуг учреждением здравоохранения
- [Статья 34.](#) Учреждение здравоохранения в отношениях государственного или муниципального заказа
- [Статья 35.](#) Поступление имущества учреждения здравоохранения в бюджет
- [Глава VIII.](#) УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОБЯЗАТЕЛЬСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЯХ
- [Статья 36.](#) Общие положения об участии учреждения здравоохранения в обязательствах
- [Статья 37.](#) Учреждение здравоохранения в обязательственных отношениях по заданию собственника
- [Статья 38.](#) Общие положения о самостоятельном участии учреждений здравоохранения в обязательствах
- [Статья 39.](#) Обязательственный характер приносящей доходы деятельности учреждения здравоохранения
- [Статья 40.](#) Оплата предоставляемых учреждением здравоохранения товаров, работ и услуг
- [Статья 41.](#) Оплата товаров, работ и услуг, предоставляемых учреждением здравоохранения, за счет казны
- [Статья 42.](#) Оплата товаров, работ и услуг, предоставляемых учреждением здравоохранения, за счет внебюджетного фонда обязательного медицинского страхования
- [Статья 43.](#) Оплата предоставляемых учреждением здравоохранения товаров, работ и услуг в порядке государственного или муниципального заказа
- [Статья 44.](#) Цены на предоставляемые учреждениями здравоохранения товары, работы и услуги
- [Статья 45.](#) Обязательства учреждения здравоохранения, возникающие из

- причинения вреда
- [Статья 46.](#) Обязательства учреждения здравоохранения из неосновательного обогащения
- [Статья 47.](#) Субсидиарная ответственность собственника по обязательствам учреждения здравоохранения
- [Статья 48.](#) Участие собственника в обязательственных отношениях учреждения здравоохранения с третьими лицами
- [Статья 49.](#) Предприятие как имущественный комплекс в принадлежности учреждения здравоохранения
- [Статья 50.](#) Учреждение здравоохранения в качестве инвестора
- [Статья 51.](#) Участие учреждения здравоохранения в отношениях объединения
- [Статья 52.](#) Участие учреждения здравоохранения в хозяйственных товариществах и обществах
- [Статья 53.](#) Осуществление учреждением здравоохранения права на результаты интеллектуальной деятельности
- [Глава IX.](#) УПРАВЛЕНИЕ УЧРЕЖДЕНИЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
- [Статья 54.](#) Цель и задачи управления учреждением здравоохранения
- [Статья 55.](#) Общие принципы управления учреждением здравоохранения
- [Статья 56.](#) Высший орган управления учреждением здравоохранения
- [Статья 57.](#) Представительство соучредителей в высшем органе управления соединенным учреждением здравоохранения
- [Статья 58.](#) Функции высшего органа управления учреждением здравоохранением
- [Статья 59.](#) Компетенция государственных и муниципальных органов в управлении учреждением здравоохранения
- [Статья 60.](#) Исполнительный орган управления учреждением здравоохранения
- [Статья 61.](#) Исполнительный орган управления соединенным учреждением здравоохранения
- [Статья 62.](#) Ограничения смещения лица с занимаемой должности исполнительного органа управления учреждением здравоохранения
- [Статья 63.](#) Оценка деятельности учреждения здравоохранения
- [Статья 64.](#) Управление имуществом учреждения здравоохранения
- [Статья 65.](#) Управление имуществом в сообществе учреждений здравоохранения
- [Глава X.](#) ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ
- [Статья 66.](#) Действие настоящего закона
- [Статья 67.](#) Вступление в силу настоящего закона

ГЛАВА I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Предмет регулирования и сфера действия настоящего закона

1. Настоящий закон определяет правовое положение и имущественное устройство государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (далее – учреждений здравоохранения).

2. Учреждением здравоохранения в целях настоящего закона признается юридическое лицо в организационно-правовой форме учреждения, основанное на имуществе государственной и (или) муниципальной принадлежности и осуществляющее деятельность в отношениях с гражданами по поводу здоровья.

Юридические лица в иных организационно-правовых формах и (или) иной имущественной принадлежности, осуществляющие деятельность в отношениях с гражданами по поводу здоровья, а также органы государственной власти или местного самоуправления в приданной им форме учреждений не признаются учреждениями здравоохранения в целях настоящего закона.

Учреждения, созданные не для осуществления деятельности в отношениях с гражданами по поводу здоровья, а также созданные для обеспечения потребностей органов управления здравоохранением и других государственных и муниципальных органов, не признаются учреждениями здравоохранения в целях настоящего закона.

Органы санитарно-эпидемиологического и иного надзора, контроля качества лекарственных средств и иного контроля, а также учреждения, созданные для обеспечения их потребностей, не признаются учреждениями здравоохранения в целях настоящего закона.

Учреждения среднего специального и высшего, а также послевузовского профессионального медицинского образования признаются учреждениями здравоохранения в целях настоящего закона в той мере, в какой, если это не противоречит законодательству об образовании, они осуществляют деятельность в отношениях с гражданами по поводу здоровья и основаны на имуществе государственной и (или) муниципальной принадлежности, если иное не установлено федеральным законом.

Научные учреждения признаются учреждениями здравоохранения в целях настоящего закона в той мере, в какой они осуществляют деятельность в отношениях с гражданами по поводу здоровья и основаны на имуществе государственной и (или) муниципальной принадлежности, если иное не установлено федеральным законом.

Фармацевтические и иные организации, осуществляющие деятельность в отношениях с гражданами по поводу здоровья, признаются учреждениями здравоохранения в целях настоящего закона, если созданы в организационно-правовой форме учреждений и основаны на имуществе государственной и (или) муниципальной принадлежности.

Статья 2. Правовое положение учреждений здравоохранения

1. Учреждением здравоохранения является юридическое лицо в организационно-правовой форме учреждения, основанное на имуществе государственной или муниципальной принадлежности и осуществляющее деятельность в отношениях с гражданами по поводу здоровья.

Имущество учреждения здравоохранения находится соответственно в государственной и (или) муниципальной собственности и закрепляется за ним на праве оперативного управления в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом "О некоммерческих организациях" и настоящим законом.

2. Учреждение здравоохранения считается созданным как юридическое лицо с момента его государственной регистрации в установленном законом порядке, имеет в оперативном управлении обособленное имущество, учитываемое на его самостоятельном балансе, отвечает по своим обязательствам в пределах, определяемых Гражданским кодексом Российской Федерации и настоящим законом, может от своего имени приобретать и

осуществлять имущественные и личные неимущественные права, необходимые для осуществления видов деятельности, предусмотренных его уставом, нести обязанности, быть истцом и ответчиком в суде.

3. Учреждение здравоохранения создается без ограничения срока деятельности, если иное не установлено федеральным законом.

4. Учреждение здравоохранения вправе в предусмотренном законом порядке открывать счета в кредитных организациях.

5. Учреждение здравоохранения имеет печать с полным наименованием на русском языке. Учреждение здравоохранения вправе иметь штампы и бланки со своим наименованием, а также зарегистрированную в установленном порядке эмблему.

6. Учреждение здравоохранения может создавать филиалы и представительства на территории Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. Особенности правового положения отдельных видов учреждений здравоохранения определяются федеральным законом.

Статья 3. Ответственность учреждения здравоохранения

1. Учреждение здравоохранения отвечает по своим обязательствам всеми денежными средствами, находящимися в его распоряжении.

2. Учреждение здравоохранения не отвечает по обязательствам собственника имущества.

3. Собственник имущества учреждения здравоохранения не отвечает по обязательствам учреждения здравоохранения, кроме случаев, предусмотренных федеральным законом.

Статья 4. Наименование и место нахождения учреждения здравоохранения

1. Учреждение здравоохранения имеет обязательное наименование «учреждение здравоохранения» и указание на государственную и (или) муниципальную имущественную принадлежность.

Наименование учреждения здравоохранения должно содержать название, отражающее его организационное назначение и специализацию в здравоохранении, служащие целям его индивидуализации

Стационарное, амбулаторное и другое организационное назначение учреждения здравоохранения не является характеристикой его правового положения.

Специализация в здравоохранении по широкому или узкому профилю, по возрасту обслуживаемых граждан или по иным признакам не является определяющей виды осуществляемой учреждением здравоохранения деятельности.

Учреждение здравоохранения вправе иметь полное и сокращенное наименование на русском языке и языках народов Российской Федерации.

2. Место нахождения учреждения здравоохранения определяется местом его государственной регистрации.

3. Наименование и место нахождения учреждения здравоохранения указываются в его уставе.

ГЛАВА II. СОЗДАНИЕ, РЕОРГАНИЗАЦИЯ И ЛИКВИДАЦИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Статья 5. Создание учреждения здравоохранения

1. Учреждение здравоохранения создается или образуется в результате реорганизации юридического лица другой организационно-правовой формы в случаях, предусмотренных федеральным законом.

2. Учреждения здравоохранения создаются Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации и (или) муниципальным образованием.

Собственником имущества учреждений здравоохранения являются Российская Федерация, субъект Российской Федерации и (или) муниципальное образование.

Учредитель (собственник имущества) действует в отношении созданных учреждений здравоохранения в качестве субъекта гражданского права.

От имени Российской Федерации, субъекта Российской Федерации и (или) муниципального образования создание учреждений здравоохранения осуществляют государственные или муниципальные органы управления здравоохранением, если иное не предусмотрено федеральным законом.

3. Учреждения здравоохранения могут быть созданы Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием.

Учреждения здравоохранения могут создаваться Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием по отдельности.

Учреждения здравоохранения могут создаваться одновременно Российской Федерацией и субъектом Российской Федерации; или Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации и муниципальным образованием; или Российской Федерацией и муниципальным образованием; или субъектом Российской Федерации и муниципальным образованием.

Учреждение здравоохранения, созданное единственным учредителем, признается унитарным учреждением здравоохранения.

Если учреждение здравоохранения создается одновременно Российской Федерацией и субъектом Российской Федерации; или Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации и муниципальным образованием; или Российской Федерацией и муниципальным образованием; или субъектом Российской Федерации и муниципальным образованием, то оно признается соединенным учреждением здравоохранения.

Статья 6. Участие соучредителей в создании учреждения здравоохранения

1. Если учреждение здравоохранения создается одновременно Российской Федерацией и субъектом Российской Федерации; или Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации и муниципальным образованием; или Российской Федерацией и муниципальным образованием; или субъектом Российской Федерации и муниципальным образованием, то между соучредителями складываются отношения принадлежности имущества и управления учреждением здравоохранения.

2. На имущество учреждения здравоохранения не возникает общей собственности соучредителей, каждый из которых сохраняет право собственности в пределах переданного учреждению здравоохранения имущества.

3. Соучредители объединяются в имуществе учреждения здравоохранения для управления им через высший орган управления.

4. Представительство соучредителей в высшем органе управления учреждением здравоохранения признается кратным числу соучредителей.

5. Размер имущества, передаваемого учреждению здравоохранения при создании каждым из соучредителей, соответствует представительству каждого из них в высшем органе управления учреждением здравоохранения, если иное не установлено договором между соучредителями и (или) не предусмотрено федеральным законом.

Обязанность вести раздельный учет поступившего от соучредителей имущества возлагается на учреждение здравоохранения.

6. Передача имущества учреждению здравоохранения по смете осуществляется соучредителями в равных частях, если иное не установлено договором между соучредителями и (или) не предусмотрено федеральным законом.

7. Соучредители несут субсидиарную ответственность по обязательствам учреждения здравоохранения пропорционально представительству каждого в высшем органе управления учреждением здравоохранения.

8. В случае изъятия излишнего, неиспользуемого или используемого не по назначению имущества учреждения здравоохранения, а также в случае ликвидации учреждения здравоохранения соучредители имеют право на часть этого имущества пропорционально переданному каждому учреждению здравоохранения.

9. Каждый из собственников может выбыть из состава учредителей.

При выбытии из состава соучредителей выбывающий собственник имеет право на часть имущества учреждения здравоохранения, эквивалентную переданному ему при создании.

10. Дополнение состава учредителей ранее созданного учреждения здравоохранения происходит путем внесения изменений в устав и передачи имущества присоединяющимся учредителем учреждению здравоохранения.

Выбытие собственника из состава соучредителей происходит путем внесения изменений в устав и передачи ему имущества учреждением здравоохранения.

11. Порядок и сроки внесения изменений в устав учреждения здравоохранения, передачи ему имущества присоединяющимся соучредителем, а также передачи имущества учреждением здравоохранения собственнику, выбывающему из состава соучредителей, определяются федеральным законом, иными правовыми актами или договором между соучредителями.

Статья 7. Устав учреждения здравоохранения

1. Устав учреждения здравоохранения является его учредительным документом, утверждается высшим органом управления учреждением здравоохранения.

2. Порядок утверждения устава учреждения здравоохранения устанавливается Правительством Российской Федерации.

3. Устав учреждения здравоохранения должен соответствовать положениям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом "О некоммерческих организациях", настоящим законом, другими федеральными законами.

Уставом должны быть определены предмет и цели деятельности учреждения здравоохранения, которая обеспечивается имущественным содержанием собственника.

Уставом должны быть определены сфера и предмет целевой деятельности в обязательственных отношениях с неопределенным кругом лиц, если учреждение здравоохранения уполномочено осуществлять приносящую доходы деятельность, то есть предоставление товаров, работ и услуг в области охраны здоровья граждан.

Статья 8. Специализация учреждения здравоохранения и перепрофилирование его деятельности

1. Если деятельность учреждения здравоохранения не ограничена в уставе только исполнением задания собственника, оно осуществляет также предусмотренную уставом приносящую доходы деятельность по предоставлению товаров, работ и услуг медицинского назначения.

Учреждение здравоохранения может быть многопрофильным или специализированным в зависимости от того, имеет ли осуществляемая деятельность имущественное обеспечение, достаточное для содержания средств производства и производительных сил на уровне не ниже сложившегося в обороте.

Средствами производства в целях настоящего закона признаются материальные ресурсы, позволяющие учреждению здравоохранения осуществлять деятельность, предусмотренную уставом.

Производительными силами в целях настоящего закона признаются кадровые ресурсы, позволяющие учреждению здравоохранения осуществлять деятельность, предусмотренную уставом.

2. Если исполнение задания собственника и приносящая доходы деятельность учреждения здравоохранения по предоставлению товаров, работ и услуг медицинского назначения не имеют достаточного имущественного обеспечения, виды деятельности, осуществляемой учреждением здравоохранения, должны быть изменены.

Изменением видов деятельности учреждения здравоохранения в целях настоящего закона признается переход к осуществлению им только такой деятельности, которая имеет достаточное имущественное обеспечение.

3. Если достаточного имущественного обеспечения осуществляемой учреждением здравоохранения деятельности от изменения ее видов не последовало, деятельность учреждения здравоохранения должна быть перепрофилирована.

Перепрофилированием деятельности учреждения здравоохранения в целях настоящего закона признается переход к осуществлению им приносящей доходы деятельности по предоставлению товаров, работ и услуг немедицинского назначения.

Деятельность перепрофилированных учреждений здравоохранения состоит в удовлетворении потребностей участников хозяйственного оборота в области охраны здоровья граждан в товарах, работах и услугах.

Участниками хозяйственного оборота в целях настоящего закона признаются учреждения здравоохранения, другие организации и предприниматели без образования юридического лица, осуществляющие деятельность в области охраны здоровья граждан.

4. Если достаточное имущественное обеспечение деятельности учреждения здравоохранения не может быть достигнуто изменением ее видов или перепрофилированием, учреждение здравоохранения подлежит реорганизации или ликвидации.

Статья 9. Реорганизация учреждения здравоохранения

1. Реорганизация учреждений здравоохранения допускается по основаниям, в порядке и в случаях, установленных федеральным законом.

2. Реорганизация учреждения здравоохранения может быть осуществлена по решению учредителя в порядке, установленном, соответственно, Правительством Российской Федерации, органом государственной власти субъекта Российской Федерации или органом местного самоуправления в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом "О некоммерческих организациях", настоящим законом и другими федеральными законами.

3. Учреждение здравоохранения может быть реорганизовано, если этим достигается повышение имущественного обеспечения его деятельности по заданию собственника или рентабельности при осуществлении приносящей доходы деятельности, а также более полное удовлетворение запросов граждан в области охраны здоровья.

Рентабельностью учреждения здравоохранения в целях настоящего закона признается оправдывающая расходы и обеспечивающая воспроизводство имущественная эффективность его приносящей доходы деятельности.

Учреждение здравоохранения не может быть реорганизовано, если это влечет снижение имущественного обеспечения его деятельности по заданию собственника или рентабельности при осуществлении приносящей доходы деятельности, а также ухудшение удовлетворения запросов граждан в области охраны здоровья.

Показателем ухудшения удовлетворения запросов граждан в области охраны здоровья в целях настоящего закона признается удельное превышение спроса над предложением, достигнутым учреждением здравоохранения до реорганизации, более чем на пятнадцать процентов, выявляемое по прошествии не менее календарного года после его реорганизации по данным социологических исследований, публикуемым в средствах массовой информации.

Ответственность за неосновательную реорганизацию учреждения здравоохранения как за превышение должностных полномочий несут должностные лица органа

исполнительной власти или органа местного самоуправления, принявшие соответствующее решение.

Статья 10. Ликвидация учреждения здравоохранения

1. Учреждение здравоохранения может быть ликвидировано по решению учредителя в порядке, установленном, соответственно, Правительством Российской Федерации, органом государственной власти субъекта Российской Федерации или органом местного самоуправления в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом "О некоммерческих организациях", настоящим законом и другими федеральными законами.

2. Учреждение здравоохранения может быть ликвидировано, если это не влечет ухудшение удовлетворения запросов граждан в области охраны здоровья.

Ответственность за неосновательную ликвидацию учреждения здравоохранения как за превышение должностных полномочий несут должностные лица органа исполнительной власти или органа местного самоуправления, принявшие соответствующее решение.

8. Ликвидация учреждения здравоохранения считается завершенной, а учреждение здравоохранения – прекратившим существование после внесения об этом записи в единый государственный реестр юридических лиц.

ГЛАВА III. ПРАВОСПОСОБНОСТЬ И ДЕЕСПОСОБНОСТЬ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Статья 11. Правоспособность учреждения здравоохранения

1. Учреждение здравоохранения в качестве юридического лица имеет гражданские права, соответствующие целям его деятельности, предусмотренным в уставе, и несет связанные с этой деятельностью обязанности.

2. Правоспособность учреждения здравоохранения возникает и прекращается на основании волеизъявления собственника и на основании разрешения государства.

3. На основании волеизъявления собственника учреждение здравоохранения приобретает способность исполнять задание собственника и осуществлять самостоятельно приносящую доходы деятельность.

Правоспособность в части исполнения задания собственника на основании его волеизъявления возникает у учреждения здравоохранения в момент внесения записи о государственной регистрации в качестве юридического лица и прекращается в момент внесения записи о государственной регистрации прекращения его существования (завершения его ликвидации).

Правоспособность учреждения здравоохранения в части исполнения задания собственника характеризует осуществляемые функции некоммерческого характера и реализуется в отношениях с собственником.

Правоспособность в части самостоятельного осуществления приносящей доходы деятельности возникает у учреждения здравоохранения в момент государственной регистрации утвержденного собственником положения устава о разрешении осуществления этой деятельности и прекращается в момент внесения записи о государственной регистрации устава учреждения здравоохранения за изъятием по решению собственника положения о разрешении осуществления такой деятельности, если иное не установлено федеральным законом.

Правоспособность учреждения здравоохранения в части осуществлении приносящей доходы деятельности характеризует осуществляемые им функции коммерческого характера и реализуется в отношениях купли-продажи товаров, выполнения работ, оказания услуг медицинского назначения и других отношениях товарообмена с неопределенным кругом лиц.

Приносящую доходы деятельность учреждение здравоохранения осуществляет самостоятельно вне пределов задания собственника и за счет средств, отличных от поступлений по смете собственника.

Учреждение здравоохранения, уполномоченное осуществлять приносящую доходы деятельность, является хозяйствующим субъектом.

4. Правоспособность учреждения здравоохранения на основании разрешения государства возникает с момента получения лицензии на занятие деятельностью, требующей наличия такой лицензии, и прекращается в момент прекращения ее действия.

Статья 12. Дееспособность учреждения здравоохранения

Учреждение здравоохранения приобретает гражданские права и принимает на себя гражданские обязанности через свои органы управления.

Органы управления учреждением здравоохранения действуют в интересах учреждения здравоохранения и не вправе поступать этими интересами.

Статья 13. Ограничение прав дееспособности учреждения здравоохранения

Правоспособность и дееспособность учреждения здравоохранения могут быть ограничены только на основании федерального закона.

Правоспособность и дееспособность учреждения здравоохранения не могут быть ограничены собственником иначе, чем на основании устава учреждения здравоохранения в порядке, установленном федеральным законом.

Правоспособность и дееспособность учреждения здравоохранения не могут быть ограничены в административном порядке, в том числе государственными и муниципальными органами, включая органы управления здравоохранением.

ГЛАВА IV. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Статья 14. Общие положения о деятельности учреждения здравоохранения

1. Деятельность учреждения здравоохранения имеет имущественный характер и влечет имущественные последствия.

Социальный эффект деятельности учреждения здравоохранения не является определяющим имущественный характер этой деятельности.

Оценка деятельности учреждения здравоохранения осуществляется по имущественным показателям.

2. Деятельность учреждения здравоохранения осуществляется в отношениях с собственником и в отношениях с неопределенным кругом лиц.

3. В отношениях с собственником учреждение здравоохранения осуществляет деятельность по заданию собственника.

Результаты деятельности учреждения здравоохранения по заданию собственника используются собственником для удовлетворения своих имущественных и неимущественных потребностей.

Деятельность учреждения здравоохранения в отношениях с собственником является деятельностью вне оборота.

4. Деятельность учреждения здравоохранения в отношениях с неопределенным кругом лиц складывается в обороте товаров, работ, услуг и иных объектов гражданских прав медицинского и немедицинского назначения в области охраны здоровья в едином экономическом пространстве.

5. Деятельность в обороте для учреждения здравоохранения является приносящей доходы (предпринимательской) вне зависимости от источников ее оплаты и личности плательщика и строится на основе возмездных сделок.

Статья 15. Деятельность учреждения здравоохранения в обороте объектов медицинского назначения

1. Деятельность учреждения здравоохранения в обороте товаров, работ, услуг и иных объектов гражданских прав медицинского назначения осуществляется по поводу здоровья их потребителей.

Фактическим содержанием деятельности учреждения здравоохранения в отношениях с потребителями товаров, работ, услуг и иных объектов гражданских прав медицинского назначения является медицинская помощь.

Имущественное содержание и юридическая форма придается медицинской помощи через товары, работы и услуги медицинского назначения в отношениях с их потребителями.

Статья 16. Деятельность учреждения здравоохранения в обороте объектов немедицинского назначения

2. Деятельность учреждения здравоохранения в обороте товаров, работ, услуг и иных объектов гражданских прав немедицинского назначения осуществляется в отношениях с иными хозяйствующими субъектами.

Учреждение здравоохранения вправе осуществлять деятельность в обороте товаров, работ, услуг и иных объектов гражданских прав немедицинского назначения в отношениях с гражданами постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых оно создано, и соответствующую этим целям.

Статья 17. Род и виды деятельности учреждения здравоохранения

1. Род деятельности учреждения здравоохранения определяется тем, осуществляет оно деятельность вне оборота или деятельность в обороте объектов медицинского назначения либо в обороте объектов немедицинского назначения.

Учреждение здравоохранения может осуществлять только деятельность вне оборота, либо сочетать ее с деятельностью в обороте, либо осуществлять только деятельность в обороте.

Деятельность вне оборота может сочетаться только с деятельностью в обороте объектов медицинского назначения.

Род деятельности указывается в уставе учреждения здравоохранения.

2. Учреждение здравоохранения может осуществлять деятельность различных видов.

Отдельные виды деятельности могут осуществляться учреждением здравоохранения только на основании специальных разрешений (лицензий).

Перечень этих видов деятельности определяется законом.

Ограничения на виды деятельности, которыми вправе заниматься учреждение здравоохранения, могут быть установлены федеральным законом.

ГЛАВА V. ИМУЩЕСТВО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Статья 18. Имущество учреждения здравоохранения

1. Имущество учреждения здравоохранения складывается из поступлений от собственника, поступлений от приносящей доходы деятельности учреждения здравоохранения и поступлений по безвозмездным сделкам.

Исчисление и учет поступлений имущества к учреждению здравоохранения из всех источников осуществляется по смете доходов и расходов.

2. К поступлениям от собственника относится имущество, переданное учреждению здравоохранения при создании, передаваемое после создания по смете собственника, а также приобретенное учреждением здравоохранения за счет средств, выделенных ему по смете собственника.

3. К поступлениям от приносящей доходы деятельности относится имущество, приобретаемое учреждением здравоохранения в любых обязательствах вне сметы собственника.

К приносящей доходы деятельности относятся любые виды деятельности учреждения здравоохранения, осуществляемые в пределах его правоспособности по возмездным сделкам с неопределенным кругом лиц.

4. К поступлениям по безвозмездным сделкам относится имущество, полученное учреждением здравоохранения по завещанию или в дар.

5. Все виды имущества учитываются на балансе учреждения здравоохранения раздельно.

Статья 19. Право учреждения здравоохранения на имущество

1. Имущество учреждения здравоохранения принадлежит ему на праве оперативного управления.

Право оперативного управления распространяется на все имущество учреждения здравоохранения вне зависимости от источников его поступления.

2. Поступления имущества обособляются на балансе, представляя собой в зависимости от их источника самостоятельный объект единого права учреждения здравоохранения, в отношении которого оно осуществляет различающиеся правомочия распоряжения.

3. В отношениях с собственником право учреждения здравоохранения на движимое имущество возникает с момента передачи такого имущества на основании решения собственника и прекращается в случае правомерного изъятия собственником излишнего, неиспользуемого или используемого не по назначению имущества – с момента совершения такого изъятия, а также в случае ликвидации учреждения здравоохранения. В случае реорганизации прекращение или переход права на имущество учреждения здравоохранения в порядке правопреемства определяется законом.

4. В обязательственных отношениях у учреждения здравоохранения право на приобретаемое имущество возникает, а на отчуждаемое прекращается с момента, определяемого соответствующим обязательством.

Одновременно с возникновением или прекращением права учреждения здравоохранения на имущество по обязательствам возникает или прекращается право собственности его учредителя.

5. Право на недвижимое имущество у учреждения здравоохранения возникает и прекращается с момента государственной регистрации органом, осуществляющим государственную регистрацию прав на недвижимость и сделок с ней.

6. Право на имущество возникает у учреждения здравоохранения и прекращается по основаниям и в порядке, предусмотренным действующим гражданским законодательством для возникновения и прекращения права собственности.

Прекращение права учреждения здравоохранения на имущество происходит в том же порядке, который предусмотрен законом для его возникновения.

Статья 20. Правомочия учреждения здравоохранения в отношении принадлежащего ему имущества

1. В отношении имущества, поступившего от собственника, учреждение здравоохранения осуществляет права владения, пользования и распоряжения по заданию собственника.

Право учреждения здравоохранения распоряжаться имуществом, поступившим от собственника, состоит в возможности приобретения по заданию собственника имущества за счет средств, выделенных по смете собственника.

Заданием освоения сметы собственника ограничивается право учреждения здравоохранения распоряжаться имуществом, поступившим от собственника.

Иным образом распоряжаться поступившим от собственника имуществом, в том числе с согласия собственника, учреждение здравоохранения не вправе.

Право распоряжения по заданию собственника распространяется только на имущество, поступившее от собственника, и не распространяется на иное имущество учреждения здравоохранения.

2. В отношении имущества, приобретенного от приносящей доходы деятельности, учреждение здравоохранения осуществляет права владения, пользования и самостоятельного распоряжения.

Право самостоятельного распоряжения имуществом, приобретенным учреждением здравоохранения от приносящей доходы деятельности, не может быть ограничено собственником, в том числе с согласия учреждения здравоохранения.

При осуществлении учреждением здравоохранения приносящей доходы деятельности его право самостоятельного распоряжения распространяется только на имущество, приобретенное от такой деятельности.

3. В отношении имущества, полученного по безвозмездным сделкам, учреждение здравоохранения в зависимости от того, завещано или подарено (пожертвовано) оно учреждению здравоохранения или собственнику в лице учреждения здравоохранения, осуществляет соответствующие права владения, пользования или распоряжения.

Если имущество завещано или подарено (пожертвовано) учреждению здравоохранения, оно осуществляет в отношении этого имущества права владения, пользования и самостоятельного распоряжения.

Если имущество завещано или подарено (пожертвовано) собственнику в лице учреждения здравоохранения, оно осуществляет в отношении этого имущества права владения, пользования и распоряжения по заданию собственника.

В отсутствие указания того, учреждению здравоохранения или собственнику в лице учреждения здравоохранения имущество завещано или подарено (пожертвовано), оно признается завещанным или подаренным (пожертвованным) учреждению здравоохранения, и учреждение здравоохранения в отношении этого имущества осуществляет права владения, пользования и самостоятельного распоряжения.

Статья 21. Правомочия собственника в отношении имущества, принадлежащего учреждению здравоохранения

1. Собственник вправе в качестве излишнего, неиспользуемого или используемого не по назначению изъять поступившее от него имущество учреждения здравоохранения в случаях, если указанное имущество не менее года не используется для осуществления деятельности, предусмотренной уставом учреждения здравоохранения, или используется для осуществления деятельности, не предусмотренной уставом, в том числе передается в пользование третьим лицам, а также если имущество является бесхозяйственно содержимым и возникает угроза его утраты (разрушения).

Не подлежит изъятию: недвижимое имущество, являющееся объектом действующего договора строительного подряда, в отношении которого проводятся строительно-монтажные, ремонтные, восстановительные, реставрационные и иные работы, если указанные обстоятельства являются препятствием для использования имущества по целевому назначению; недвижимое имущество, которое не используется по целевому назначению вследствие чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств.

Решение собственника об изъятии неиспользуемого или используемого не по назначению имущества учреждения здравоохранения может быть принято не ранее двухмесячного срока после направления письменного уведомления об изъятии с указанием оснований.

Учреждение здравоохранения вправе в двухмесячный срок с момента получения уведомления об изъятии имущества представить собственнику объяснения и

мотивированные возражения против изъятия имущества, а также предложения по его дальнейшему использованию.

Решение собственника об изъятии поступившего от него имущества учреждения здравоохранения подлежит передаче учреждению здравоохранения для предоставления возможности обжаловать его в суд.

2. Собственник не вправе в качестве излишнего, неиспользуемого или используемого не по назначению изъять имущество учреждения здравоохранения, приобретенное от приносящей доходы деятельности.

3. Собственник вправе в качестве излишнего, неиспользуемого или используемого не по назначению изъять имущество учреждения здравоохранения, полученное им по завещанию или в дар, если оно завещано или подарено (пожертвовано) собственнику в лице учреждения здравоохранения.

Собственник не вправе в качестве излишнего, неиспользуемого или используемого не по назначению изъять имущество учреждения здравоохранения, полученное им по завещанию или в дар, если оно завещано или подарено (пожертвовано) учреждению здравоохранения.

4. Собственник не вправе распоряжаться имуществом, находящимся в принадлежности учреждения здравоохранения, в том числе с согласия учреждения здравоохранения.

5. Собственник имущества учреждения здравоохранения не имеет права на получение доходов (прибыли) от использования имущества, принадлежащего учреждению здравоохранения.

Статья 22. Переход права собственности на имущество учреждения здравоохранения

Учреждение здравоохранения сохраняет право на принадлежащее ему имущество в случае перехода права собственности от его учредителя к другому собственнику государственного или муниципального имущества.

ГЛАВА VI. УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОТНОШЕНИЯХ СОБСТВЕННОСТИ

Статья 23. Финансирование учреждения здравоохранения собственником

1. Учреждение здравоохранения финансируется собственником полностью или частично.

2. Финансирование учреждения здравоохранения осуществляется в отношениях собственника с учреждением здравоохранения.

Имущество, поступившее в учреждение здравоохранения в порядке его финансирования собственником, предназначено для потребления самим учреждением здравоохранения, в том числе в его отношениях с неопределенным кругом лиц.

3. Финансирование учреждения здравоохранения осуществляется собственником в отношениях принадлежности имущества, не являющихся отношениями товарообмена, оборота товаров, работ, услуг и других объектов гражданских прав.

4. Финансирование учреждения здравоохранения осуществляется собственником по смете в соответствии с заданием.

Задание собственника должно быть ясным, конкретным и выполнимым, содержать указание на подлежащий достижению результат и иметь соответствующее технико-экономическое обоснование.

Смета собственника является имущественным выражением его задания учреждению здравоохранения.

Смета собственника должна быть эквивалентной его заданию учреждению здравоохранения.

В случае несоответствия сметы собственника его заданию учреждению здравоохранения оно подлежит выполнению в пределах фактической сметы в порядке, предусмотренном действующим бюджетным законодательством.

При возникновении спора вопрос о степени соответствия сметы собственника его заданию учреждению здравоохранения разрешается судом.

5. По своим обязательствам перед третьими лицами, возникающим в силу неполного финансирования или задержки финансирования собственником, учреждение здравоохранения отвечает денежными средствами, поступившими по смете собственника, при недостаточности которых собственник несет субсидиарную ответственность.

Статья 24. Отношения собственника с учреждением здравоохранения, осуществляющим приносящую доходы деятельность

1. По своим обязательствам перед третьими лицами, возникающим при осуществлении приносящей доходы деятельности, учреждение здравоохранения отвечает всем имуществом, приобретенным от этой деятельности, при недостаточности которого оно отвечает денежными средствами, поступившими по смете собственника, при недостаточности которых собственник несет субсидиарную ответственность по этим обязательствам.

2. Учреждение здравоохранения при осуществлении приносящей доходы деятельности сохраняет право пользования поступившим от собственника имуществом.

3. Собственник имеет право компенсаторных гарантий при осуществлении учреждением здравоохранения приносящей доходы деятельности.

Учреждение здравоохранения за счет средств от приносящей доходы деятельности обязано создать резервный (страховой) денежный фонд, достаточный для несения ответственности по своим обязательствам. Размер, порядок и сроки создания такого фонда учреждением здравоохранения устанавливаются им по соглашению с собственником.

Учреждение здравоохранения за счет средств от приносящей доходы деятельности обязано компенсировать собственнику повышенную амортизацию поступившего от него и используемого учреждением здравоохранения при осуществлении приносящей доходы деятельности имущества. Размер, порядок и сроки таких амортизационных отчислений собственнику устанавливаются им по соглашению с учреждением здравоохранения.

Примерные условия о размере, порядке и сроках обеспечения компенсаторных гарантий собственнику со стороны осуществляющих приносящую доходы деятельность учреждений здравоохранения могут быть установлены в форме примерного договора или иного документа, содержащего эти условия.

Статья 25. Формальная определенность отношений собственника и учреждений здравоохранения

1. Достижение формальной определенности отношений с учреждением здравоохранения лежит на обязанности собственника.

Запрещается требовать от учреждений здравоохранения исполнения правил, отличных от формально установленных, либо не имеющих формальной определенности, либо оформленных ненадлежащим образом, либо меняющихся в порядке, не предусмотренном формально определенными правилами, а также иных правил, не имеющих признаков исчерпывающей формальной определенности.

2. Недостаточная формальная определенность отношений с собственником толкуется в пользу учреждений здравоохранения.

Должностные лица государственных или муниципальных органов, ответственные за недостижение формальной определенности отношений собственника с учреждениями здравоохранения, а также за предъявление незаконных и необоснованных требований к учреждениям здравоохранения от имени собственника, несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством.

Статья 26. Защита имущественных интересов учреждения здравоохранения

1. Учреждение здравоохранения вправе защищать свои имущественные интересы, также и против собственника.

2. Права учреждения здравоохранения подлежат защите от нарушений, связанных с лишением владения, а также не связанных с лишением владения, но создающих препятствия в пользовании и распоряжении индивидуально-определенной вещью, составляющей его имущество.

Права учреждения здравоохранения защищаются также в отношении иного имущества в порядке:

возмещения убытков, причиненных им незаконными действиями государственных органов или органов местного самоуправления;

оспаривания в суде действительности ненормативного акта государственного органа или органа местного самоуправления, а также нормативного акта, не соответствующего закону или иным правовым актам, нарушающих охраняемые законом интересы учреждения здравоохранения;

неприменения судом в случае разбирательства спора акта государственного органа или органа местного самоуправления, противоречащего закону.

3. Имущественные интересы учреждения здравоохранения могут быть застрахованы от рисков их нарушения, в том числе в отношениях с собственником.

Статья 27. Виды учреждений здравоохранения

Учреждения здравоохранения различаются в зависимости от структуры сметы доходов и расходов.

ГЛАВА VII. УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В БЮДЖЕТНЫХ ОТНОШЕНИЯХ

Статья 28. Участие учреждения здравоохранения в бюджетных отношениях

1. Учреждение здравоохранения участвует в отношениях распределения бюджетных средств.

2. При распределении бюджетных средств в отношениях принадлежности имущества учреждения здравоохранения является получателем бюджетных средств.

В качестве получателя бюджетных средств по принадлежности имущества учреждение здравоохранения состоит в отношениях с собственником.

При поступлении от собственника бюджетных средств составляющее их имущество считается распределенным и закрепленным за учреждением здравоохранения с момента, установленного действующим законодательством.

3. При распределении бюджетных средств вне пределов отношений принадлежности имущества между собственником и учреждением здравоохранения могут складываться обязательственные отношения.

Обязательственные отношения между собственником и учреждением здравоохранения могут складываться по поводу имущества, составляющего казну, то есть не распределенного и не закрепленного за учреждением здравоохранения и иными организациями, основанными на имуществе собственника.

В отношении нераспределенного имущества собственника (казны) учреждение здравоохранения может участвовать в обязательствах на стороне собственника или на другой их стороне.

Статья 29. Участие учреждения здравоохранения в отношениях принадлежности имущества при его поступлении от собственника

1. В отношениях принадлежности имущества оно поступает от собственника в порядке финансирования учреждения здравоохранения в виде сметы, субвенций или субсидий.

2. Имущество, поступающее от собственника в отношениях принадлежности, обращается учреждением здравоохранения на цели содержания закрепленного за ним имущества и ресурсов, обеспечивающих пригодное для использования состояние этого имущества.

3. Поступления от собственника в отношениях принадлежности имущества не могут использоваться для оплаты товаров, работ и услуг, предоставляемых учреждением здравоохранения третьим лицам.

Статья 30. Участие учреждения здравоохранения в обязательствах собственника

1. Учреждение здравоохранения может участвовать в обязательствах собственника по его специальному поручению, от его имени и за его счет.

Имущество, по поводу которого и за счет которого совершается сделка, является нераспределенным и не принадлежит учреждению здравоохранения, действующему от имени собственника.

Права и обязанности по сделке, совершенной учреждением здравоохранения от имени собственника, возникают непосредственно у собственника.

2. Учреждение здравоохранения может участвовать в обязательствах собственника в случаях и в порядке, предусмотренных федеральными законами, указами Президента Российской Федерации и постановлениями Правительства Российской Федерации, нормативными актами субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.

Статья 31. Участие учреждения здравоохранения в обязательствах по заданию собственника

Учреждение здравоохранения может участвовать в обязательствах по заданию собственника, от своего имени и за счет средств, выделенных учреждению здравоохранения по смете собственника.

Статья 32. Участие учреждения здравоохранения в обязательствах перед собственником

1. Учреждение здравоохранения может участвовать в качестве исполнителя в обязательствах, в которых собственник является заказчиком.

Если предоставления по обязательствам между собственником и учреждением здравоохранения осуществляются третьим лицам, то собственник как заказчик в обязательствах перед учреждением здравоохранения выступает в качестве плательщика в пользу третьих лиц.

2. Учреждение здравоохранения в обязательствах перед собственником выступает от своего имени, своей волей и в своем интересе.

3. При участии в обязательствах перед собственником учреждение здравоохранения осуществляет приносящую доходы деятельность.

Имущество, приобретенное в обязательственных отношениях с собственником, поступает в самостоятельное распоряжение учреждения здравоохранения.

Статья 33. Закупки товаров, работ и услуг учреждением здравоохранения

1. Закупки товаров, работ и услуг осуществляются учреждением здравоохранения по заданию собственника и самостоятельно.

2. По заданию собственника закупки товаров, работ и услуг осуществляются учреждением здравоохранения от своего имени и за счет средств, выделенных по смете, либо от имени собственника по его специальному поручению за счет казны.

Закупки товаров, работ и услуг на сумму, предусмотренную бюджетным законодательством, осуществляются за счет казны исключительно на основе государственных или муниципальных контрактов собственником в пользу учреждения здравоохранения или учреждением здравоохранения от имени собственника по его специальному поручению.

3. Самостоятельно учреждением здравоохранения осуществляются закупки товаров, работ и услуг за счет средств от приносящей доходы деятельности.

Статья 34. Учреждение здравоохранения в отношениях государственного или муниципального заказа

1. Учреждение здравоохранения находится в отношениях государственного или муниципального заказа при закупке товаров, работ и услуг по государственным или муниципальным контрактам.

Государственный или муниципальный заказ обеспечивается имуществом казны.

2. При закупке товаров, работ и услуг по государственным или муниципальным контрактам на основе государственного или муниципального заказа учреждение здравоохранения может выступать как на стороне заказчика, так и на стороне исполнителя.

2. На стороне заказчика при закупке товаров, работ и услуг по государственным или муниципальным контрактам на основе государственного или муниципального заказа учреждение здравоохранения выступает только в случае, если действует за счет казны от имени собственника по его специальному поручению.

3. На стороне исполнителя при закупке товаров, работ и услуг по государственным или муниципальным контрактам на основе государственного или муниципального заказа учреждение здравоохранения выступает, если выигрывает соответствующее право при конкурсном размещении государственного или муниципального заказа.

Иной порядок привлечения учреждения здравоохранения к исполнению государственного или муниципального заказа может быть установлен другими федеральными законами и законодательными актами субъектов Российской Федерации, нормативными правовыми актами представительных органов местного самоуправления.

Статья 35. Поступление имущества учреждения здравоохранения в бюджет

1. В бюджет полностью поступают плоды, продукция и доходы учреждения здравоохранения от приносящей доходы деятельности.

В бюджет поступает имущество учреждения здравоохранения, изъятое собственником в качестве излишнего, неиспользуемого или используемого не по назначению.

В бюджет поступает имущество учреждения здравоохранения в случае его ликвидации.

2. Имущество от приносящей доходы деятельности поступает исключительно на учет в бюджете, находясь в самостоятельном распоряжении учреждения здравоохранения.

3. Имущество учреждения здравоохранения, изъятое собственником в качестве излишнего, неиспользуемого или используемого не по назначению, поступает в распоряжение собственника (в казну).

4. Имущество учреждения здравоохранения в случае его ликвидации поступает в распоряжение собственника (в казну).

5. Иным способом, кроме установленного настоящим законом, имущество учреждения здравоохранения поступить в бюджет и в распоряжение собственника не может.

ГЛАВА VIII. УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОБЯЗАТЕЛЬСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЯХ

Статья 36. Общие положения об участии учреждения здравоохранения в обязательствах

1. Учреждение здравоохранения участвует в обязательствах по заданию собственника и самостоятельно.
2. Учреждение здравоохранения участвует в обязательствах, возникших из договора и по другим основаниям.
3. Учреждение здравоохранения вправе участвовать в любых обязательствах, если иное не установлено федеральным законом.
4. Учреждение здравоохранения вправе состоять в обязательственных отношениях с неопределенным кругом лиц, в том числе с собственником.
5. Учреждение здравоохранения вправе участвовать в обязательствах только тем имуществом, в отношении которого закон не содержит запретов и ограничений.
6. К числу обязательственных относятся любые отношения учреждения здравоохранения, кроме отношений с собственником по поводу имущества, поступившего от него в порядке закрепления за учреждением здравоохранения при создании и поступающего от него в дальнейшем по смете.

Статья 37. Учреждение здравоохранения в обязательственных отношениях по заданию собственника

1. По заданию собственника учреждение здравоохранения вправе совершать сделки только по приобретению имущества.
2. Учреждение здравоохранения участвует в обязательственных отношениях с третьими лицами по заданию собственника только средствами, поступившими от собственника по смете.
3. Учреждение здравоохранения не вправе совершать в отношении поступившего от собственника имущества сделки:
по приобретению за счет средств, выделенных собственником по смете, имущества, не предусмотренного заданием собственника или отличного от предусмотренного заданием собственника;
связанные или не связанные с отчуждением этого имущества, включая передачу его в пользование третьим лицам, в том числе с согласия собственника.
4. По обязательствам, возникшим перед третьими лицами при осуществлении деятельности по заданию собственника, учреждение здравоохранения отвечает денежными средствами, поступившими по смете собственника, при недостаточности которых субсидиарную ответственность несет собственник имущества учреждения здравоохранения.
Учреждение здравоохранения по соглашению с собственником может отвечать по обязательствам, возникшим при осуществлении деятельности по заданию собственника, также денежными средствами от приносящей доходы деятельности при условии компенсации собственником в срок до шести месяцев в счет имущества в самостоятельном распоряжении учреждения здравоохранения произведенных им расходов.

Статья 38. Общие положения о самостоятельном участии учреждений здравоохранения в обязательствах

1. Учреждение здравоохранения своей волей и в своем интересе участвует в обязательствах имуществом, находящимся в его самостоятельном распоряжении.
2. Учреждение здравоохранения не может быть:
учредителем доверительного управления имуществом и доверительным управляющим;

залогодателем имущества;

участником договора, стороной которого как правообладатель или как обладатель соответствующей организационно-правовой формы учреждение не может быть в силу прямого указания закона.

3. По самостоятельным обязательствам учреждение здравоохранения отвечает всем имуществом, приобретенным от приносящей доходы деятельности, при недостаточности которого учреждение здравоохранения отвечает денежными средствами, поступившими по смете собственника, при недостаточности которых субсидиарную ответственность несет собственник имущества учреждения здравоохранения.

Статья 39. Обязательственный характер приносящей доходы деятельности учреждения здравоохранения

1. Обязательственные отношения учреждением здравоохранения устанавливаются с неопределенным кругом лиц в обороте товаров, работ и услуг медицинского и немедицинского назначения при осуществлении им приносящей доходы деятельности.

2. В отношении имущества, приобретенного от приносящей доходы деятельности, учреждение совершает сделки, в том числе по приобретению и отчуждению движимого и недвижимого имущества, передаче его во временное владение и пользование или в пользование, и участвует в иных обязательствах самостоятельно.

Запрещается любое ограничение самостоятельности учреждения здравоохранения в обязательствах по поводу имущества, приобретенного от приносящей доходы деятельности, кроме случаев, предусмотренных федеральным законом.

Статья 40. Оплата предоставляемых учреждением здравоохранения товаров, работ и услуг

1. Оплата товаров, работ и услуг, предоставляемых учреждением здравоохранения, производится лицом, их оплачивающим (плательщиком).

Плательщиком является любое лицо, оплачивающее товары, работы и услуги, предоставляемые учреждением здравоохранения их потребителю.

2. Оплата товаров, работ и услуг, предоставляемых учреждением здравоохранения, производится на условиях договора.

Если плательщик не совпадает в одном лице с потребителем товаров, работ и услуг, они предоставляются учреждением здравоохранения потребителю на условиях договора в пользу третьего лица, заключаемого учреждением здравоохранения и плательщиком, в том числе за счет казны.

Статья 41. Оплата товаров, работ и услуг, предоставляемых учреждением здравоохранения, за счет казны

1. Предоставляемые учреждением здравоохранения товары, работы и услуги могут оплачиваться за счет казны Российской Федерации, субъекта Российской Федерации и (или) муниципального образования:

из внебюджетного фонда обязательного медицинского страхования;
в порядке государственного или муниципального заказа.

Правительством Российской Федерации могут быть определены перечни граждан и (или) предоставляемых им учреждениями здравоохранения товаров, работ и услуг, оплачиваемых за счет соответствующей казны.

2. За счет казны учреждением здравоохранения товары, работы и услуги предоставляются только на условиях договора.

Договор с учреждением здравоохранения заключается соответствующими государственными или муниципальными органами в пределах их компетенции.

В случаях, предусмотренных федеральным законом, договор с учреждениями здравоохранения заключается поименованными им лицами.

Статья 42. Оплата товаров, работ и услуг, предоставляемых учреждением здравоохранения, за счет средств внебюджетного фонда обязательного медицинского страхования

1. Предоставляемые учреждением здравоохранения товары, работы и услуги оплачиваются за счет средств внебюджетного фонда обязательного медицинского страхования как непосредственно, так и опосредованно через страховые медицинские организации.

2. Товары, работы и услуги, оплачиваемые за счет средств внебюджетного фонда обязательного медицинского страхования, предоставляются учреждениями здравоохранения только гражданам.

3. Предоставляемые учреждениями здравоохранения гражданам и оплачиваемые за счет средств внебюджетного фонда обязательного медицинского страхования товары, работы и услуги могут иметь только медицинское назначение.

Статья 43. Оплата предоставляемых учреждением здравоохранения товаров, работ и услуг в порядке государственного или муниципального заказа

1. Предоставляемые учреждением здравоохранения товары, работы и услуги оплачиваются за счет казны в порядке государственного или муниципального заказа, размещаемого исключительно на конкурсной основе.

Конкурс на размещение государственного или муниципального заказа организуется в порядке, установленном действующим законодательством.

2. Товары, работы и услуги, оплачиваемые за счет казны в порядке размещения государственного или муниципального заказа на конкурсе, предоставляются учреждениями здравоохранения только гражданам.

3. Предоставляемые учреждениями здравоохранения гражданам и оплачиваемые за счет казны в порядке размещения государственного или муниципального заказа на конкурсе товары, работы и услуги могут иметь только медицинское назначение.

Статья 44. Цены на предоставляемые учреждениями здравоохранения товары, работы и услуги

1. Цены на предоставляемые товары, работы и услуги устанавливаются учреждениями здравоохранения самостоятельно в соответствии со складывающимися в обороте.

Запрещается любое ограничение самостоятельности учреждения здравоохранения в установлении цен на составляющие предмет приносящей доходы деятельности товары, работы, услуги, кроме случаев, предусмотренных федеральным законом.

2. Если цены учреждений здравоохранения на предоставляемые ими товары, работы, услуги в соответствии с федеральным законом ограничиваются тарифами, такие тарифы должны быть не ниже цен в обороте.

Тарифы на товары, работы и услуги медицинского назначения в отношениях обязательного медицинского страхования устанавливаются в интересах собственности, обеспечивая рентабельность учреждения здравоохранения.

Статья 45. Обязательства учреждения здравоохранения, возникающие из причинения вреда

1. Учреждение здравоохранения несет ответственность по обязательствам из причинения вреда соответственно тому, при осуществлении какого рода деятельности он причинен.

2. Если вред учреждением здравоохранения причинен при осуществлении деятельности по заданию собственника, то по обязательствам из причинения вреда оно отвечает только денежными средствами, поступающими от собственника по смете, при недостаточности которых наступает субсидиарная ответственность собственника.

3. Если вред учреждением здравоохранения причинен при осуществлении приносящей доходы деятельности, то по обязательствам из причинения вреда оно отвечает всем имуществом, приобретенным от этой деятельности, при недостаточности которого оно отвечает денежными средствами, поступившими по смете собственника, при недостаточности которых собственник несет субсидиарную ответственность по этим обязательствам.

Статья 46. Обязательства учреждения здравоохранения из неосновательного обогащения

1. Поступления имущества, не имеющие оснований его происхождения для учреждения здравоохранения, в том числе поступления имущества от третьих лиц, состоящих в договорных отношениях с собственником, считаются неосновательным обогащением учреждения здравоохранения.

2. Имущество, составляющее неосновательное обогащение учреждения здравоохранения, подлежит безусловному возврату лицу, его передавшему.

Статья 47. Субсидиарная ответственность собственника по обязательствам учреждения здравоохранения

1. Собственник несет субсидиарную ответственность по любым обязательствам учреждения здравоохранения.

2. Собственник несет субсидиарную ответственность по обязательствам учреждения здравоохранения вне зависимости от источников поступлений по обязательствам, в том числе в отношениях обязательного медицинского страхования и государственного или муниципального заказа.

Статья 48. Участие собственника в обязательственных отношениях учреждения здравоохранения с третьими лицами

1. Собственник не вправе любым способом оказывать влияние на обязательственные отношения учреждения здравоохранения с третьими лицами или участвовать в них, кроме случаев, предусмотренных федеральным законом.

2. Собственник вправе участвовать в определении условий обязательств, в определении и разрешении последствий их неисполнения или ненадлежащего исполнения сторонами в отношениях обязательного медицинского страхования и государственного или муниципального заказа.

При применении к учреждению здравоохранения предусмотренных законом санкций по договору в отношениях обязательного медицинского страхования собственник обязан вступить в эти отношения на стороне учреждения здравоохранения.

3. Собственник вправе участвовать в определении и разрешении последствий неисполнения или ненадлежащего исполнения учреждением здравоохранения обязательств в отношениях купли-продажи с рассрочкой платежа и в иных отношениях возврата средств в счет будущих периодов, если размер резервного (страхового) фонда учреждения здравоохранения не позволяет одновременно погасить образовавшуюся задолженность.

4. Собственник обязан участвовать в определении обязательств, возникающих из участия учреждения здравоохранения в хозяйственных товариществах и обществах, и в разрешении последствий их неисполнения или ненадлежащего исполнения учреждением здравоохранения.

Статья 49. Предприятие как имущественный комплекс в принадлежности учреждения здравоохранения

1. Учреждение здравоохранения может выделять в составе имущества, приобретенного от приносящей доходы деятельности, обладающую признаками единства и замкнутости технологического цикла его часть в качестве предприятия как имущественный комплекс.

Учреждение здравоохранения вправе отчуждать предприятие как имущественный комплекс.

2. Учреждение здравоохранения на средства от приносящей доходы деятельности вправе приобретать предприятие как имущественный комплекс.

3. Учреждение здравоохранения вправе передавать во владение и пользование или в пользование принадлежащее ему предприятие как имущественный комплекс.

Статья 50. Учреждение здравоохранения в качестве инвестора

1. Учреждение здравоохранения вправе самостоятельно размещать средства от приносящей доходы деятельности в ценных бумагах и вкладывать их в другие инвестиционные проекты.

2. Учреждение здравоохранения не может участвовать в инвестиционных проектах на условиях возникновения на объект инвестирования общей долевой собственности.

Статья 51. Участие учреждения здравоохранения в отношениях объединения

1. Учреждение здравоохранения может участвовать в корпоративных и в договорных объединениях (сообществах).

Юридическими лицами, в которых вправе участвовать учреждение здравоохранения в порядке корпоративного объединения, являются ассоциация (союз), потребительский кооператив, некоммерческое партнерство и иные формы, предусмотренные федеральным законом, участие в которых учреждений не запрещено.

Договорным объединением учреждений здравоохранения является договор простого товарищества. Другие формы договорного объединения учреждений здравоохранения могут быть предусмотрены федеральным законом.

2. Учреждение здравоохранения может участвовать в объединениях с другими хозяйствующими субъектами только имуществом, приобретенным от приносящей доходы деятельности.

3. Учреждение здравоохранения не может участвовать в объединениях с другими хозяйствующими субъектами для осуществления предпринимательской деятельности, кроме случаев, предусмотренных федеральным законом.

Статья 52. Участие учреждения здравоохранения в хозяйственных товариществах и обществах

1. Учреждения здравоохранения могут быть участниками хозяйственных товариществ и обществ, если иное не установлено федеральным законом.

2. Учреждения здравоохранения могут участвовать в хозяйственных товариществах и обществах имуществом, поступившим от собственника, только с разрешения собственника.

2. Учреждения здравоохранения могут самостоятельно участвовать в хозяйственных товариществах и обществах имуществом, приобретенным от приносящей доходы деятельности.

Статья 53. Осуществление учреждением здравоохранения права на результаты интеллектуальной деятельности

1. Если иное не установлено федеральным законом, учреждение здравоохранения может создавать, а также на условиях договора приобретать, получать и передавать в

пользование, отчуждать объекты исключительных прав в случаях, предусмотренных федеральным законом.

2. Учреждение здравоохранения может использовать права на результаты интеллектуальной деятельности только при осуществлении приносящей доходы деятельности.

ГЛАВА IX. УПРАВЛЕНИЕ УЧРЕЖДЕНИЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Статья 54. Цель и задачи управления учреждением здравоохранения

Управление учреждением здравоохранения осуществляется для достижения такого его имущественного обеспечения, которое позволяет наиболее полно удовлетворять имущественные интересы собственника.

Задачами управления учреждением здравоохранения являются:

устранение нерационального потребления учреждением здравоохранения имущества, поступающего от собственника;

обеспечение эффективности воспроизводства имущества при осуществлении учреждением здравоохранения приносящей доходы деятельности.

Статья 55. Общие принципы управления учреждением здравоохранения

1. Управление учреждением здравоохранения осуществляется в соответствии с его уставом.

2. Управление учреждением здравоохранения осуществляется в отношении собственности.

3. Управление учреждением здравоохранения в бюджетном процессе происходит через распределение имущества казны для его поступления к учреждению здравоохранения по смете собственника, в порядке субвенций или субсидий.

4. После поступления имущества казны к учреждению здравоохранения управление им осуществляется собственником посредством:

определения содержания правоспособности учреждения здравоохранения;

через органы управления учреждением здравоохранения как органы юридического лица;

посредством осуществления правомочий собственника в отношении учреждения здравоохранения.

5. Управление учреждением здравоохранения осуществляется его высшим и исполнительными органами управления.

Статья 56. Высший орган управления учреждением здравоохранения

1. Высшим органом управления учреждением здравоохранения является совокупность государственных или муниципальных органов, участвующих в бюджетном финансировании учреждения здравоохранения и осуществляющих финансовый контроль за его деятельностью, если решением собственника не предусмотрено, что в состав высшего органа управления учреждением здравоохранения включаются также организации общественности.

2. Высший орган управления учреждением здравоохранением, осуществляющим приносящую доходы деятельность, в отношении этого учреждения здравоохранения осуществляет функции аффилированного лица.

Статья 57. Представительство учредителя в высшем органе управления учреждением здравоохранения

1. От имени учредителя в высшем органе управления учреждением здравоохранения выступает государственный или муниципальный орган, уполномоченный на создание учреждения здравоохранения и на наделение его имуществом.

2. Создавать от имени собственника учреждение здравоохранения вправе только государственный или муниципальный орган, уполномоченный на создание учреждения здравоохранения и на наделение его имуществом.

3. Наделять от имени собственника учреждение здравоохранения имуществом вправе только государственный или муниципальный орган, уполномоченный на создание учреждения здравоохранения и на наделение его имуществом.

4. Представлять собственника в высшем органе управления учреждением здравоохранения не может государственный или муниципальный орган, не уполномоченный на создание учреждения здравоохранения и на наделение его имуществом.

5. Учреждение здравоохранения не может совмещать осуществляемые им функции с функциями государственного или муниципального органа, в том числе с функциями органа управления здравоохранением, и выступать в качестве высшего органа управления другим учреждением здравоохранения.

Статья 57. Представительство соучредителей в высшем органе управления соединенным учреждением здравоохранения

1. Если учреждение здравоохранения создано одновременно Российской Федерацией и субъектом Российской Федерации; или Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации и муниципальным образованием; или Российской Федерацией и муниципальным образованием; или субъектом Российской Федерации и муниципальным образованием, то каждый соучредитель равно представлен в высшем органе управления учреждением здравоохранения и имеет одинаковое право голоса.

2. Представительство соучредителей в высшем органе управления учреждением здравоохранения осуществляют соответствующие государственные и муниципальные органы управления здравоохранением, если иное не предусмотрено решением собственника.

Статья 58. Функции высшего органа управления учреждением здравоохранением

Высший орган управления учреждением здравоохранения:
принимает решение о создании, реорганизации и ликвидации учреждения здравоохранения;
принимает решение о закреплении имущества за создаваемым учреждением здравоохранения;
определяет цели деятельности учреждения здравоохранения;
передает учреждению здравоохранения закрепленное имущество;
устанавливает учреждению здравоохранения задание собственника;
передает учреждению здравоохранения имущество по смете собственника;
изымает излишнее, неиспользуемое или используемое не по назначению имущество, закрепленное за учреждением здравоохранения;
выделяет денежные средства учреждению здравоохранения по смете собственника;
предоставляет право учреждению здравоохранения осуществлять приносящую доходы деятельность;
осуществляет субсидиарную ответственность собственника по обязательствам учреждения здравоохранения;
принимает решение об изменении устава учреждения здравоохранения;
определяет приоритетные направления деятельности учреждения здравоохранения в отношении имущества, поступившего от собственника, принципы формирования и использования этого имущества;
образует исполнительный орган управления учреждением здравоохранения и принимает решение о досрочном прекращении его полномочий;

утверждает годовой отчет и годовой бухгалтерский баланс учреждения здравоохранения;

утверждает смету доходов и расходов учреждения здравоохранения и вносит в нее изменения;

определяет порядок создания филиалов и открытия представительств учреждения здравоохранения;

определяет порядок участия учреждения здравоохранения поступившим от собственника имуществом в хозяйственных товариществах и обществах.

Статья 59. Компетенция государственных и муниципальных органов в управлении учреждением здравоохранения

1. Органы, уполномоченные собственником на создание от его имени и наделение имуществом учреждений здравоохранения, в управлении учреждением здравоохранения осуществляют функции распорядителей бюджетных средств.

2. Распорядители бюджетных средств участвуют в распределении имущества казны в порядке, установленном бюджетным законодательством.

После поступления из казны имущества к учреждению здравоохранения распорядители бюджетных средств осуществляют функции контроля над использованием учреждением здравоохранения этого имущества и функции учета в смете доходов и расходов всего имущества учреждения здравоохранения, включая приобретенное им от приносящей доходы деятельности.

3. Если иное специально не предусмотрено законом, государственные и муниципальные органы, не принимающие участия в высшем органе управления учреждением здравоохранения, не могут осуществлять управление и контроль за деятельностью учреждения здравоохранения.

4. Должностные лица государственных или муниципальных органов при применении к учреждениям здравоохранения мер и требований, не предусмотренных положениям настоящего закона или противоречащих ему, несут ответственность, установленную действующим законодательством за превышение должностных полномочий.

Статья 60. Исполнительный орган управления учреждением здравоохранения

1. Текущее руководство деятельностью учреждения здравоохранения осуществляет ее единоличный исполнительный орган (директор, главный врач, управляющий или иной орган, предусмотренный законом или уставом).

2. Функцию исполнительного органа управления учреждением здравоохранения составляют все вопросы руководства деятельностью учреждения здравоохранения за исключением вопросов, отнесенных законом к компетенции высшего органа управления учреждением здравоохранения.

3. Исполнительный орган управления учреждением здравоохранения самостоятелен в организации и осуществлении учреждением здравоохранения приносящей доходы деятельности и в распоряжении учреждением здравоохранения приобретенным от этой деятельности имуществом.

4. Исполнительный орган управления учреждением здравоохранения осуществляет защиту имущественных и личных неимущественных интересов учреждения здравоохранения, также против собственника.

5. Исполнительный орган управления учреждением здравоохранения формируется путем назначения лица на эту должность высшим органом управления учреждением здравоохранения с одновременным заключением с ним трудового договора, если законом не предусмотрен иной порядок формирования этого органа.

На должность исполнительного органа управления учреждением здравоохранения может быть назначено лицо, имеющее высшее образование и выдержавшее

аттестационное испытание юридических познаний в хозяйственной сфере в соответствии с установленными требованиями.

6. Смещение лица с занимаемой должности исполнительного органа управления учреждением здравоохранения осуществляется в порядке, предусмотренном для его назначения на эту должность.

7. Смещение лица с занимаемой должности исполнительного органа управления учреждением здравоохранения возможно только по основаниям неисполнения обязанности защиты имущественных и личных неимущественных интересов учреждения здравоохранения, если иные основания дополнительно не установлены федеральным законом.

Условия трудового договора, предусматривающие возможность смещения с должности исполнительного органа управления учреждением здравоохранения по основаниям несоблюдения требований государственного или муниципального органа, кроме установленных федеральным законом, ничтожны.

8. Должность исполнительного органа управления учреждением здравоохранения не может быть отнесена к числу (номенклатуре) должностей государственных или муниципальных органов, в том числе органов управления здравоохранением.

Статья 61. Исполнительный орган управления соединенным учреждением здравоохранения

1. Исполнительный орган управления учреждением здравоохранения, созданным соучредителями, формируется путем назначения лица на эту должность всеми соучредителями, представленными в высшем органе управления учреждением здравоохранения.

Лицо не может быть назначено на должность исполнительного органа управления учреждением здравоохранения в отсутствие согласия всех соучредителей.

3. Смещение лица с занимаемой должности исполнительного органа управления учреждением здравоохранения осуществляется в порядке, предусмотренном для его назначения на эту должность, при наличии согласия всех соучредителей.

Статья 62. Ограничения смещения лица с занимаемой должности исполнительного органа управления учреждением здравоохранения

1. Если исполнительный орган управления учреждением здравоохранения предпринимает допущенные законом меры защиты имущественных интересов учреждения здравоохранения против собственника, смещение с должности лица, замещающего должность исполнительного органа управления учреждением здравоохранения, возможно только при наличии доказательств того, что этим:

нарушается право собственности;

превышаются полномочия учреждения здравоохранения;

превышаются должностные полномочия исполнительного органа управления учреждением здравоохранения.

На лице, замещающем должность исполнительного органа управления учреждением здравоохранения, лежит обязанность доказать, что его действия состояли в защите имущественных интересов учреждения здравоохранения против собственника.

Постановление о смещении с должности лица, замещающего должность исполнительного органа управления учреждением здравоохранения, предпринимającego допущенные законом меры защиты имущественных интересов учреждения здравоохранения против собственника, принимается судом.

2. Если учреждение здравоохранения обратилось в суд за защитой своих имущественных интересов против собственника, лицо, замещающее должность исполнительного органа управления учреждением здравоохранения, не может быть

смещено с должности в течение календарного года после вынесения судебного постановления.

Статья 63. Оценка деятельности учреждения здравоохранения

1. Деятельность учреждения здравоохранения оценивается по имущественным показателям годового отчета и годового бухгалтерского баланса.

2. Деятельность учреждения здравоохранения не может оцениваться по показателям ее социальной эффективности.

3. Деятельность учреждения здравоохранения не может оцениваться по показателям исполнения требований органов управления здравоохранением, если эти требования не составляют имущественно обеспеченное сметой задание собственника.

4. Деятельность учреждения здравоохранения не может приводиться к нормативам обеспеченности граждан товарами, работами и услугами медицинского назначения на территории деятельности органа управления здравоохранением.

5. К деятельности учреждения здравоохранения не могут применяться критерии оценки деятельности органов управления здравоохранением и других государственных и муниципальных органов.

6. Правила об исполнении задания по смете собственника не могут применяться к оценке приносящей доходы деятельности учреждения здравоохранения, в том числе в отношениях обязательного медицинского страхования.

7. Правила об исполнении задания по смете собственника не могут применяться к оценке исполнения учреждением здравоохранения государственного или муниципального заказа.

Статья 64. Управление имуществом учреждения здравоохранения

1. Учреждение здравоохранения осуществляет управление имуществом, поступившим от собственника, по заданию собственника.

2. Учреждение здравоохранения осуществляет самостоятельное управление имуществом, приобретенным от приносящей доходы деятельности.

Статья 65. Управление имуществом в сообществе учреждений здравоохранения

1. Объединение учреждений здравоохранения в корпоративное или договорное сообщество не может повлечь обобществление или централизацию управления имуществом каждого из них.

2. Объединение в корпоративное или договорное сообщество служит целям координации раздельной деятельности учреждений здравоохранения по поводу имущества в их самостоятельном распоряжении.

3. В пределах корпоративного или договорного объединения учреждений здравоохранения возможно перераспределение ресурсов в сообществе ради сбережения ресурсов каждого из его участников (специализация имущества).

ГЛАВА X. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 66. Действие настоящего закона

1. Положения настоящего закона обладают приоритетом перед общими положениями об учреждениях, в том числе об учреждениях здравоохранения, иных федеральных законов.

2. Если при применении положений настоящего закона возникает неопределенность в их реализации и в соотношении с положениями других законов, толкование соответствующих положений осуществляется только судом.

Статья 67. Вступление в силу настоящего закона

1. Настоящий закон вступает в силу со дня его официального опубликования.
2. Применимые правовые акты подлежат приведению в соответствие с настоящим законом в течение шести месяцев с момента его вступления в силу.

Президент Российской Федерации

ПРОЕКТ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА
«О ВНЕСЕНИИ ДОПОЛНЕНИЙ В СТАТЬЮ 120 ГРАЖДАНСКОГО
КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СТАТЬЮ 9 ФЕДЕРАЛЬНОГО
ЗАКОНА «О НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ»

Абзац первый пункта первого статей названных законов: «Учреждением признается организация, созданная собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера и финансируемая им полностью или частично» продолжить следующим дополнением:

В форме государственных и муниципальных учреждений создаются:

- государственные и муниципальные органы;
- государственные и муниципальные организации, деятельность которых ограничена отношениями с собственником и его заданием;
- государственные и муниципальные организации (заведения), которые уполномочены собственником на осуществление деятельности по обязательствам (предпринимательской, приносящей доходы деятельности).

«Утверждаю»:



Проректор по научной работе
Московского государственного
медико-стоматологического
университета,
профессор Лебедеко И. Ю.

«20» октября 200 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПРАКТИКУ

Настоящим Актом подтверждается внедрение результатов научных исследований А. В. Тихомирова, выполненных под руководством члена-корреспондента РАМН, профессора Стародубова В. И., по разработке программы последипломной хозяйственно-правовой подготовки организаторов здравоохранения по теме «Положение и имущественное устройство учреждений», являющихся результатом диссертационной работы А. В. Тихомирова.

Внедрение программы осуществлено на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Московского государственного медико-стоматологического университета с апреля 2001 года.

Результаты внедрения программы «Положение и имущественное устройство учреждений» используется в последипломной подготовку организаторов здравоохранения на сертификационных циклах.

Предложения не имеют аналогов, эффективность высокая.

Заведующий кафедрой
общественного здоровья и
здравоохранения МГМСУ,
засл. врач РФ, член-корр. РАЕН,
д. м. н., профессор

Комаров Г. А.

Зав. учебной частью
по курсу ФПДО,
доцент

Самодин В. И.

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по научной работе
Российского Государственного
Медицинского Университета,
доктор медицинских наук,
профессор В.В.Банин
2003 г.



АКТ О ВНЕДРЕНИИ

Результаты исследования А.В.Тихомирова «Положение и имущественное устройство учреждений здравоохранения» используются в учебном процессе, проведении семинаров, а также для чтения лекций при постдипломной подготовке организаторов здравоохранения на кафедре управления, экономики здравоохранения и медицинского страхования ФУВ.

Заведующий кафедрой управления,
экономики здравоохранения и
медицинского страхования ФУВ,
чл.- корр. РАМН, профессор

/ В.И.Стародубов /

На правах рукописи

ТИХОМИРОВ Алексей Владимирович

**УПРАВЛЕНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В ОТНОШЕНИЯХ СОБСТВЕННОСТИ**

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва - 2003

Работа выполнена в Центральном научно-исследовательском институте организации и информатизации здравоохранения Минздрава России (ЦНИИОИЗ МЗ РФ).

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор, чл.-корр. РАМН
В.И.Стародубов

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор **Д.И.Кича**
доктор медицинских наук **Л.С.Мельникова**

Ведущая организация: Научно-исследовательский институт социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко РАМН

Защита диссертации состоится 26 декабря 2003 года в 10 часов на заседании диссертационного совета Д. 208.110.01. в Центральном научно-исследовательском институте организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации (127254, Москва, ул. Добролюбова, 11).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЦНИИОИЗ МЗ РФ (127254, Москва, ул. Добролюбова, 11).

Автореферат разослан « _____ » _____ 2003 г.

Ученый секретарь Диссертационного совета
кандидат медицинских наук

Е.И.Сошников

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы.

За переменной социально-экономического устройства государства не последовало изменения характера управления учреждениями здравоохранения.

Последствия же такого управления приобрели правовой характер. Эти последствия стали проявляться потерями в имущественной сфере.

В учреждения здравоохранения поступают ведомственные нормативные документы, которыми они руководствуются в своей деятельности, а нести ответственность им приходится в соответствии с правовыми актами, прежде всего – в соответствии с законом.

В результате к деятельности учреждений здравоохранения требования органами управления здравоохранением предъявляются одни, а спрос в отношениях собственности осуществляется по другим (имущественным).

Средоточием основных проблем организации здравоохранения в существующих социально-экономических условиях являются отношения между органами управления здравоохранением и учреждениями здравоохранения.

В обобщенном виде проблема современного отечественного здравоохранения сводится к нахождению роли и места учреждений здравоохранения в имущественных отношениях.

До настоящего времени управление учреждениями здравоохранением в отношениях собственности не было предметом исследований.

Цель работы: организационно-юридическое обоснование подходов к управлению учреждением здравоохранения в отношениях собственности.

Для достижения поставленной цели определены следующие задачи:

1. Исследовать положение и имущественное устройство учреждения здравоохранения при управлении им в отношениях собственности.

2. Проанализировать юридическую обоснованность актов управления здравоохранением и юридическую осведомленность руководителей учреждений здравоохранения в части управления ими в отношениях собственности.

3. Изучить факторы, снижающие эффективность управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности.

4. Выяснить правовые возможности преодоления препятствий для управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности.

5. Предложить организационно-юридические пути совершенствования управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности.

Научная новизна работы в том, что впервые для управления учреждениями здравоохранения при проведении социально-медицинского исследования изучено их правовое положение и имущественное устройство.

Выявлены правовые проблемы организации управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности и предложены пути разрешения этих проблем.

Сформулированы принципы различения учреждений здравоохранения в зависимости от происхождения принадлежащего им имущества.

Разработаны средства формирования хозяйственно-правовых знаний организаторов здравоохранения.

Предложены правовые способы укрепления системности здравоохранения через имущественную консолидацию учреждений здравоохранения.

Научно-практическая значимость работы состоит в том, что на основе содержащегося в нем сравнительного анализа организационного и правового положения и имущественного устройства учреждений здравоохранения разработан законопроект «Об учреждениях здравоохранения в Российской Федерации»; сформулированы предложения по внесению изменений в «Основы законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации» и дополнений в Гражданский кодекс Российской Федерации и Федеральный закон «О некоммерческих организациях», а также предложена Классификация учреждений здравоохранения по структуре сметы доходов и расходов; разработана программа последипломной хозяйственно-правовой подготовки организаторов

здравоохранения и экзаменационный тест для использования при аттестации их на должность.

Положения диссертации предполагают использование в практике организации здравоохранения, при создании нормативных и нормативно-правовых актов в области охраны здоровья.

Материалы исследования могут быть использованы в учебном процессе и в методических материалах кафедр общественного здоровья и здравоохранения медицинских высших учебных заведений.

Апробация работы и публикации.

Представленные в диссертации материалы докладывались и обсуждались на научно-практических конференциях (ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2001, 2003) и семинарах (Российский институт государственных регистраторов при Минюсте России, 2002, 2003).

Основные положения диссертации отражены в 23 опубликованных научных работах в том числе, в 2 монографиях и в 2 научно-практических пособиях.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В современных условиях управление учреждениями здравоохранения не обеспечивает сохранение и воспроизводство государственной и муниципальной собственности. В актах органов управления здравоохранением используется отличное от правового определение положения и имущественного устройства учреждений здравоохранения.

2. Представления призванных исполнять эти акты руководителей учреждений здравоохранения о положении и имущественном устройстве возглавляемых ими организаций не соответствуют отражающим установления закона представлениям юристов.

3. В отношениях собственности необходим переход к юридически основательному и имущественно ориентированному управлению учреждениями здравоохранения на основе значительного повышения хозяйственно-правовой осведомленности организаторов здравоохранения.

4. Нарушенное в связи с имущественной разобщенностью системообразование здравоохранения может быть восстановлено посредством

участия в имуществе учреждений здравоохранения одновременно Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.

Структура и объем диссертации.

Диссертация изложена на 154 страницах машинописного текста и состоит из введения, пяти глав, заключения, 6 выводов и 3 практических рекомендаций, списка использованной литературы (205 источников, из них 85 использованы как объект исследования), 2 актов внедрения и 9 приложений. Работа иллюстрирована 7 схемами и 13 таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **Введении** обоснована актуальность проблемы, определена цель, сформулированы задачи исследования, показана научная новизна и практическая значимость работы, представлены положения, выносимые на защиту.

В **главе 1 «Характеристика понятия учреждения здравоохранения (обзор литературы)»** приведена общая правовая характеристика учреждения здравоохранения и правовая модель его имущественного устройства. Продемонстрировано, что правовое значение имеет форма юридического лица, а не ведомственно-отраслевое его отнесение к здравоохранению; что источники финансирования здравоохранения не определяют положение и имущественное устройство получающих его организаций.

В **главе 2 «Методика и организация исследования»** обоснованы границы, этапы, объект, методы, объем и параметры выборки исследования.

Показано, что поскольку изучалась практика управления учреждениями здравоохранения, а не оформляющие ее нормы права о положении и имущественном устройстве учреждений здравоохранения, постольку исследование носило организационный, а не юридический характер. Нормы права ни структурному, ни содержательному исследованию не подвергались. В рамках настоящей работы на основе исследования выбранных объектов изучалось соответствие существующей практики управления учреждениями здравоохранения действующим нормам права.

Методологическая основа диссертации и программа исследования представлена схемой 1.

Цель				
Организационно-юридическое обоснование подходов к управлению учреждениями здравоохранения в отношениях собственности				
Задачи				
Исследовать положение и имущественное устройство учреждений здравоохранения при управлении ими в отношениях собственности	Проанализировать юридическую основательность актов управления здравоохранением и юридическую осведомленность руководителей учреждений здравоохранения в части управления ими в отношениях собственности	Изучить факторы, снижающие эффективность управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности	Выяснить правовые возможности преодоления препятствий для управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности	Предложить организационно-юридические пути совершенствования управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности
Границы исследования				
1) единица исследования: юридическое лицо в форме учреждения здравоохранения; 2) предмет исследования: положение и имущественное устройство учреждения здравоохранения; 3) масштаб широты исследования: отношения собственности; 4) масштаб глубины исследования: управление; 5) масштаб меры: нормы права, регулирующие отношения собственности.				
Ход исследования				
1 этап	2 этап	3 этап		
Источники информации				
Подзаконные нормативные акты	Анкета из 38 вопросов с предложенными 3-4 вариантами ответов	Анкета из 43 вопросов с предложенными 3-4 вариантами ответов		
Объект исследования				
Приказы МЗ РФ, других федеральных ведомств и региональных органов управления здравоохранением	Мнения руководителей учреждений здравоохранения	Мнения юристов		
Объем исследования				
85 нормативных актов	41 руководитель учреждений здравоохранения	175 юристов		
Методы исследования				
Информационного поиска Логико-аналитический	Логико-аналитический Социологический	Логико-аналитический Статистический Нормативного		

		моделирования
--	--	---------------

Схема 1. Методика и организация исследования

Глава 3 «Анализ актов органов управления здравоохранением, определяющих положение учреждений здравоохранения» представлена разделами, в которых изучены отраслевое и внеотраслевое положение учреждений здравоохранения и последствия существующего управления ими.

Первый раздел посвящен выяснению отраслевого положения учреждений здравоохранения. Исследованию подверглось 85 нормативных актов: приказов Минздрава России, других федеральных ведомств и региональных органов управления здравоохранением.

Показано, что в пределах отрасли учреждениям здравоохранения придается номенклатурное и функциональное положение.

Номенклатура учреждений здравоохранения основана не на их юридических различиях, а на отраслевом ранжировании в едином строю всех подведомственных организаций.

Учреждения здравоохранения часто создаются не в качестве юридического лица, а «на правах юридического лица», «на функциональной основе» и т.д., а те, которые являются юридическими лицами, нередко наделяются качеством учреждений здравоохранения, даже если осуществляют смежные со здравоохранительными функции или осуществляют иные либо сочетанные функции. В качестве учреждений здравоохранения принимаются и суборганизационные образования. В целом это позволило выделить суррогатные формы учреждений здравоохранения:

ОРТО-	ПАРА-	МЕТА-	КВАЗИ-	ПСЕВДО-
ЦРБ, ТМО	БЮРО СМЭ	КЛИНИКИ	ЦЕНТРЫ	ФАПы, ПБОЮЛы

Учреждение здравоохранения считается создаваемым органами управления здравоохранением, а не государством или муниципальным образованием в качестве учредителя и собственника. В связи с этим создание учреждения здравоохранения ассоциировано с соответствующим актом органа управления здравоохранением, а не с актом государственной регистрации юридического лица.

Вне зависимости от отраслевого – равно номенклатурного и функционального – положения учреждений здравоохранения наступают правовые последствия, связанные либо с отсутствием, либо с наличием у них качеств юридического лица.

В здравоохранении не принято оговаривать имущественно-правовые основы деятельности учреждений здравоохранения: единичными являются ссылки на «финансирование по подчиненности». Между тем правовая оценка деятельности учреждений здравоохранения основывается на ее имущественных последствиях.

Во втором разделе третьей главы исследовано внеотраслевое положение учреждений здравоохранения.

В отношениях с иными, чем органы управления здравоохранением, государственными и муниципальными органами и организациями (в частности, фондами ОМС) положение учреждений здравоохранения является зависящим не от их правового положения, а от позиции, которую занимают такие органы и организации при безучастности органов управления здравоохранением.

В третьем разделе третьей главы на основе анализа постановлений Высшего арбитражного суда Российской Федерации показано, что перспективами сохранения в отношениях собственности сложившихся подходов к управлению учреждениями здравоохранения является постепенная и последовательная утрата имущества собственника – государства и муниципальных образований.

Глава 4 «Анализ представлений руководителей учреждений здравоохранения о положении и имущественном устройстве возглавляемых ими организаций» представлена двумя разделами.

В первом разделе рассмотрено положение и имущественное устройство учреждений здравоохранения в представлениях их руководителей (организаторов). Им была предложена ранее разработанная автором и опубликованная анкета, состоящая из 38 вопросов, каждый из которых содержал 3-4 варианта ответов.

В целом, вопросы анкеты тематически распределились на два обособленных раздела: 13 – о положении учреждения здравоохранения, и 25

– о его имущественном устройстве. По результатам анкетирования установлено следующее:

Учреждению здравоохранения организаторы придают положение больниц, поликлиник, Центров и т.д. в соответствии с Номенклатурой учреждений здравоохранения (65,9%); организаций различных организационно-правовых форм и форм собственности, включая индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинские услуги населению в соответствии с отраслевым стандартом (22,0%); и очень редко – юридического лица соответствующей организационно-правовой формы (12,2%) в соответствии с законом.

Положение учреждения здравоохранения организаторы не рассматривают иначе, чем в отношении с органом управления здравоохранением, имеющих административный характер (95,1%). Организаторы в большинстве относят учреждения здравоохранения к числу государственных и муниципальных органов (85,4%).

Также большинством (87,8%) организаторы признают учреждение здравоохранения хозяйствующим субъектом, если ему разрешена приносящая доходы деятельность. Однако о существовании понятий хозяйствования и приносящей доходы деятельности, а потому – и об имущественном устройстве учреждений здравоохранения организаторы не имеют сформированных представлений.

Различий в понятии распоряжения имуществом, осуществляемого собственником и осуществляемого учреждением здравоохранения, организаторами не делается. Они не считают значимым различие происхождения поступающего в учреждения здравоохранения имущества по принадлежности от собственника и в порядке товарообмена по обязательствам. Организаторы не обладают представлениями о значении различий поступлений имущества по смете и от приносящей доходы деятельности, распоряжении им учреждением здравоохранения по заданию собственника и самостоятельно. При употреблении понятий сметы собственника и сметы доходов и расходов организаторы имеют неодинаковые представления о содержании этих понятий.

Второй раздел этой главы посвящен сравнительному анализу положения и имущественного устройства учреждений здравоохранения в представлениях организаторов и юристов. Юристам была предложена специально разработанная автором анкета, состоящая из 43 вопросов, по 3-4 варианта ответов на каждый. Из общего числа вопросов анкеты 30 составлены как корреспондирующие вопросам анкеты для организаторов. Остальные использованы на более позднем этапе для выяснения путей совершенствования управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности.

При сопоставлении ответов респондентов обеих групп установлено следующее.

Предпочтения юристов, т.е. частотное большинство, по их ответам на поставленные вопросы, сосредоточились в основном в диапазоне 80÷100%:

100%	>97,0%	>95,0%	>90,0%	>80,0%	>70,0%	>60,0%	>50,0%	>40,0%	>30,0%
Распределение вопросов по ведущим предпочтениям юристов:									
3,3%	46,7%	23,3%	10,0%	13,3%		3,3%			
Распределение вопросов по ведущим предпочтениям организаторов:									
			6,7%	13,3%	16,7%	26,7%	20,0%	10,0%	6,7%

Ведущие предпочтения юристов были близки к 100%, оставляя очень незначительную возможность для альтернативных мнений.

Предпочтения организаторов рассредоточились в основном в диапазоне 40÷80%, допуская весомую долю альтернативных предпочтений, отличных от ведущего большинства.

Если альтернативные предпочтения юристов по более чем половине вопросов сосредоточились в диапазоне 2-3%, то по двум третям вопросов альтернативные предпочтения организаторов были в 10 раз больше (не менее 20%):

>40,0%	>30,0%	>20,0%	>15,0%	>10,0%	>5,0%	>3,0%	>2,0%	<2,0%	0
Распределение вопросов по альтернативным предпочтениям юристов:									
		3,3%		10,0%	10,0%	6,7%	26,7%	30,0%	13,3%
Распределение вопросов по альтернативным предпочтениям организаторов:									
16,7%	16,7%	33,3%	13,3%	10,0%	3,3%		6,7%		

Предпочтения юристов составили 94,7%, а корреспондирующие им мнения организаторов – 54,4% от общей величины (каждые в своей совокупности ответов).

Несмотря на то, что в сравнении с предпочтениями юристов ответы большинства организаторов на большинство вопросов качественно совпадают, количественные различия между ними таковы, что делают сравнимыми с предпочтениями организаторов другие их мнения:

	Совпадающие с юристами ведущие предпочтения организаторов	Несовпадающие с юристами ведущие предпочтения организаторов	Всего
Сосредоточенные ответы организаторов	26,7%	6,7%	33,3%
Рассредоточенные ответы организаторов	50,0%	16,7%	66,7%
Всего	76,7%	23,3%	100%

В результате проведенных исследований сделаны следующие обобщения:

- Организаторы в целом имеют представления, не обладающие общностью с представлениями юристов, устойчивостью, взаимосвязанностью и единством отправных начал.

- Представления организаторов и юристов о положении и имущественном устройстве учреждений здравоохранения связаны лишь в части соответствия предпочтениям юристов корреспондирующих им мнений организаторов.

- Полного совпадения мнений организаторов с мнениями юристов не обнаружено ни в одном случае.

В целом организаторы распределяются на две половины:

- руководствующиеся иными, чем юристы, ориентирами (45,6%);
- руководствующиеся теми же, что и юристы (54,4%), ориентирами, но структура следующих этим ориентирам мнений организаторов изменена на треть, а чтобы привести ее в соответствие с предпочтениями юристов, необходим двадцатикратный рост корреспондирующих им мнений организаторов.

Глава 5 «Пути совершенствования управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности» посвящена обоснованию условий и возможностей совершенствования такого управления.

В первом разделе последней главы представлен потенциал юридического преобразования подходов к управлению учреждениями здравоохранения в отношениях собственности. Показано, что поскольку в здравоохранении происходит отличное от установленного законом: создание органов и организаций; определение положения и имущественного устройства учреждений здравоохранения; наделение их правами и обязанностями в условиях избыточности административного управления и недостаточной юридической осведомленности должностных лиц органов управления здравоохранением и руководителей учреждений здравоохранения; непонимания ими границ распространения компетенции органов управления здравоохранением и правоспособности учреждений здравоохранения применительно к характеру, структуре, субъекту и объекту управления; придания значения структуре источников финансирования здравоохранения, а не структуре распоряжения поступлениями в учреждения здравоохранения в зависимости от их источников, постольку существующие возможности действующего законодательства могут быть использованы лишь после приведения практики управления в соответствие с нормами права.

В последнем разделе пятой главы намечены юридические пути совершенствования управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности.

Показано, что объединение государственных и муниципальных органов наряду с учреждениями здравоохранения в системы, обособленные по принадлежности имущества, дезориентирует тех и других в осуществляемых функциях. Вместе с тем разделение сфер управления и хозяйствования в здравоохранении позволяет повысить функциональную способность каждой из них за счет сосредоточения на соответствующем предмете деятельности:

Система органов управления здравоохранением

Экономический оборот в области охраны здоровья	
Общественный сектор	Частный сектор
Юридические лица в организационно-правовой форме учреждения, основанные на имуществе, находящемся в государственной и муниципальной собственности, и осуществляющие деятельность в области охраны здоровья граждан	Юридические лица различных организационно-правовых форм, основанные на имуществе, находящемся в частной собственности, и осуществляющие деятельность в области охраны здоровья граждан

Не отсутствие единой административной подведомственности органов и организаций здравоохранения, а разобщенность государственной и муниципальной принадлежности их имущества препятствует системности здравоохранения. На вопрос, возможно ли наличие соучредителей у учреждений, 82,9% юристов высказалось утвердительно. Это позволяет фактор разобщения здравоохранения использовать в качестве фактора консолидирующего его системообразования путем участия в имуществе учреждений здравоохранения одновременно государства и муниципальных образований.

Юристы считают (94,9%), что в бюджетном распределении возможно обеспечить переход от содержания по смете собственника к финансированию учреждений здравоохранения по договорам, в частности, путем конкурсного размещения государственных и муниципальных социальных заказов. Рост поступлений от приносящей доходы деятельности учреждений здравоохранения, замещающий необходимость содержания их по смете собственника – объективно в интересах государства и муниципальных образований. Классифицирующее учреждения здравоохранения категорирование их в зависимости от структуры сметы доходов и расходов делает возможным реально оценивать имущественную эффективность их деятельности:

Категория учреждения здравоохранения	Смета доходов и расходов от поступлений:	
	по смете собственника	от приносящей доходы деятельности
1	< 10%	> 90%
2	10-25%	75-90%
3	25-50%	50-75%
4	50-75%	25-50%

5	> 75%	< 25%
---	-------	-------

Учреждения здравоохранения должны обладать предусмотренной законом структурой органов управления некоммерческой организации, не заменяемой вовлечением их в структуру административного подчинения органам управления здравоохранением. Чтобы централизовать все возможные требования к учреждению здравоохранения государственных или муниципальных органов, необходим коллегиальный высший орган управления учреждением здравоохранения с включением в его состав должностных лиц не только органов управления здравоохранением, но и других государственных и муниципальных органов (финансовых и т.д.), причастных к управлению, контролю за деятельностью учреждений здравоохранения и субсидиарной ответственности собственника за ее последствия.

Именно исполнительный орган (руководитель), осуществляя дееспособность возглавляемой им организации, должен быть носителем самостоятельности учреждения здравоохранения в осуществлении приносящей доходы деятельности и распоряжения ее плодами. Чтобы управлению имуществом учреждений здравоохранения не противостояло административное управление, необходимо ввести страхование рисков изъятия у учреждения здравоохранения приобретений от приносящей доходы деятельности. На вопрос, возможно ли страхование рисков изъятия имущества учреждений из их самостоятельного распоряжения, 93,1% юристов ответило утвердительно.

При использовании учреждением при осуществлении приносящей доходы деятельности поступающего от собственника имущества, собственник вправе на компенсацию износа этого имущества. С этим соглашается 97,7% юристов.

Поскольку собственник несет субсидиарную ответственность по любым обязательствам учреждения, он вправе требовать от учреждения при осуществлении приносящей доходы деятельности создания денежных резервов для покрытия возможных рисков. С этим соглашается 97,1% юристов.

В интересах собственника – оптимизировать сокращающие собственность поступления по смете и способствовать пополняющему собственность

самостоятельному созданию имущества учреждением здравоохранения от приносящей доходы деятельности. На вопрос, могут ли учреждения осуществлять только приносящую доходы деятельность без дотаций по смете собственника, 81,7% юристов высказались утвердительно.

Поскольку собственник заинтересован в эффективном использовании принадлежащего ему имущества созданными им учреждениями, в случае нерентабельности их деятельности он вправе ее перепрофилировать, не ликвидируя их, не изменяя организационно-правовой формы и не лишая имущества. За такую возможность высказалось 100,0% юристов. Это служит целям формирования инфраструктуры обслуживания потребностей оборота медицинских услуг. В интересах собственника учреждения здравоохранения также нуждаются в целесообразной специализации. Экономией имущества собственника является и ликвидация структурных подразделений и штатных должностей учреждений здравоохранения, которые с большей эффективностью могут быть заменены привлеченными по договору контрагентами.

На вопрос, достигнута ли законом необходимая и достаточная формальная определенность отношений собственника (выступающих от его лица органов власти, управления) с учреждениями, 79,4% юристов высказались отрицательно. Продемонстрировано, что дело не в том, что недостаточно правил, а в том, что сами правила недостаточны, чтобы деятельность и отношения учреждений здравоохранения имели ясные отправные начала. Необходимо, во-первых, исчерпывающее определение круга и содержания требований к учреждениям здравоохранения со стороны государственных и муниципальных органов; во-вторых, приведение таких требований в соответствие с имущественным характером деятельности учреждений здравоохранения; в-третьих, установление приоритета права над управлением.

На основе проведенного исследования разработаны:

- Программа последипломной хозяйственно-правовой подготовки организаторов здравоохранения по теме «Положение и имущественное устройство учреждений»;

- Экзаменационный хозяйственно-правовой тест для организаторов здравоохранения;
- Классификация учреждений здравоохранения в зависимости от структуры сметы доходов и расходов;
- Проект Федерального закона «О внесении изменений в статьи 12, 13 и 14 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»;
- Проект Федерального закона «О государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения в Российской Федерации»;
- проект Федерального закона «О внесении дополнений в статью 120 Гражданского кодекса Российской Федерации и статью 9 Федерального закона «О некоммерческих организациях».

В **Заключении** обобщены материалы предыдущих глав. Проведенное исследование показало, что в целом так же, как должностные лица органов управления здравоохранения при издании соответствующих актов, исполняющие эти акты руководители учреждений здравоохранения недостаточно ориентированы в положении и имущественном устройстве организаций, которые они возглавляют.

Учреждение здравоохранения рассматривается в здравоохранении как медико-организационная единица, как исполнительное продолжение органа управления здравоохранением и как объект здравоохранительной деятельности, на управление которым назначается номенклатурно-должностная единица органа управления здравоохранением.

В связи с этим следует признать, что в здравоохранении культивируется ведомственная изолированность, в результате чего здравоохранение с правом находится в разных системах координат. То обстоятельство, что представления лишь половины организаторов мозаично согласуются с представлениями юристов, является свидетельством не юридической неосведомленности организаторов, а отсутствия необходимости иметь юридическую осведомленность в отношениях, которые складываются вне правового поля. При этом любые акты управления и действия должностных лиц органов

управления здравоохранением и руководителей учреждений здравоохранения влекут правовые последствия, проявляющиеся утратами для собственника.

ВЫВОДЫ

1. При исследовании положения и имущественного устройства учреждений здравоохранения установлено, что в здравоохранении сложилось существенное расхождение в определении правового и организационного положения и имущественного устройства учреждений здравоохранения. Такое управление влечет наступление правовых последствий для учреждений здравоохранения и утрат для собственника их имущества.

2. Выяснено, что управление учреждениями здравоохранения основывается на отличающихся от установлений закона актах органов управления здравоохранением (приказах). Результатом отсутствия необходимости основываться на установлениях закона является неосведомленность руководителей учреждений здравоохранения о правовом положении и имущественном устройстве возглавляемых ими организаций.

3. Обнаружено, что руководители учреждений здравоохранения считают возглавляемые ими организации больницами, поликлиниками, Центрами и т.д. в соответствии с Номенклатурой учреждений здравоохранения (65,9%), организациями различных организационно-правовых форм и форм собственности, включая индивидуальных предпринимателей, осуществляющими медицинские услуги населению, в соответствии с отраслевым стандартом (22,0%), и одновременно – государственными и муниципальными органами (85,4%). При этом что большинство организаторов здравоохранения (87,8%) относит учреждения здравоохранения и к числу хозяйствующих субъектов, лишь 12% признает их юридическими лицами в соответствующей организационно-правовой форме.

4. Выявлены факторы, снижающие эффективность управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности. Управление здравоохранением распространяется на сферу правообладания учреждений здравоохранения. Учреждения здравоохранения рассматриваются как исполнительное продолжение органов

управления здравоохранением, как объект, на управление которым назначается номенклатурно-должностная единица, и как медико-организационная номенклатурная единица. Предусмотренная законом структура органов управления учреждениями здравоохранения как некоммерческими организациями подменяется структурой административного управления, существующего в системе государственных и муниципальных органов. В условиях административного управления руководители учреждений здравоохранения не являются носителями дееспособности возглавляемых ими организаций, а учреждения здравоохранения лишаются организационного суверенитета. Осуществляемые учреждениями здравоохранения в административном порядке имущественные отношения складываются вне правового поля и не обеспечивают сбережение и защиту собственности.

5. Определены препятствия для управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности. В здравоохранении структура отношений к имуществу сложилась иначе, чем она определена законом. Финансированию здравоохранения придается значение института потребления бюджетных средств. Финансирование здравоохранения рассматривается как обобщенное административное распределение денежных средств, а не как адресные и дифференцированные поступления в учреждения здравоохранения имущества по принадлежности от собственника или по договорам от заказчика медицинских услуг. Договорные поступления имущества в учреждения здравоохранения получили неосновательное разделение на происходящие от «платных» медицинских услуг и от медицинских услуг, оказываемых в системе ОМС. Поступления в учреждения здравоохранения из государственных внебюджетных фондов ОМС приравниваются к поступлениям по смете собственника. Учреждение здравоохранения лишено хозяйственной автономии, предусмотренной законом самостоятельности в распоряжении имуществом и направленности на воспроизводство имущества в интересах собственника. Возможности преодоления препятствий состоят в терминологическом и содержательном приведении организационных подходов управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности к юридическим.

6. Предложены организационно-юридические пути совершенствования управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности: во-первых, устранить расхождение организационного и юридического определения положения и имущественного устройства учреждений здравоохранения; во-вторых, использовать имеющиеся возможности законодательства для улучшения состояния управления учреждениями здравоохранения в отношениях собственности; в-третьих, сформировать дополнительные законодательные и подзаконные механизмы, обязывающие государственные и муниципальные органы, включая органы управления здравоохранением, и учреждения здравоохранения к юридически корректному осуществлению имущественных отношений.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Органам исполнительной власти различных уровней установить обязательность допуска к исполнению руководящих должностей в органах управления здравоохранением и учреждениях здравоохранения после прохождения специальной юридической подготовки по предлагаемой программе и сдачи экзамена по предлагаемому тесту. Таковую подготовку и экзамен следует проводить в не относящихся к здравоохранению учреждениях последиplomного образования, осуществляющих подготовку юристов, предпочтительно – в сфере прав на имущество.

2. Органам управления здравоохранением различных уровней предусматривать юридические последствия издаваемых нормативных актов, для чего:

2.1. осуществить разграничение системы органов государственного и муниципального управления здравоохранением, выполняющих социальные функции, и общественного сектора здравоохранения, представленного учреждениями здравоохранения, осуществляющими хозяйственные функции, и в связи с этим исключить хозяйственные должности (должности руководителей учреждений здравоохранения) из номенклатуры должностей государственных и муниципальных органов управления здравоохранением;

2.2. провести юридически обоснованную реструктуризацию фактического имущественного устройства учреждений здравоохранения со смещением

организационных акцентов с поступлений по принадлежности имущества из бюджета на доходы от деятельности по договорам.

3. Лицам, имеющим право законодательной инициативы, инициировать внесение в Государственную Думу:

3.1. предлагаемого законопроекта «О государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения в Российской Федерации».

3.2. предлагаемых изменений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан;

3.3. предлагаемых дополнений в Гражданский кодекс Российской Федерации и в Федеральный закон «О некоммерческих организациях»).

СПИСОК

работ, опубликованных по теме диссертации

1. Тихомиров А.В. Медицинское право: Практическое пособие (монография). – М.: Статут, 1998. – 418 с.

2. Тихомиров А.В. Конфликт точек зрения: юридический анализ. //Здравоохранение. – 2000. - № 2. - С.161-166.

3. Тихомиров А.В. Учреждения здравоохранения: хозяйственная самостоятельность или административный контроль. //Здравоохранение. – 2000. - № 7. - С.155-164.

4. Тихомиров А.В. Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг (монография). – М.: Статут, 2001. – 256 с.

5. Тихомиров А.В. Правовой режим хозяйствования учреждений здравоохранения //Здравоохранение. – 2001. - № 9. - С.171-179.

6. Тихомиров А.В. Рынок медицинских услуг и публичное управление: два пути развития. //Закон и право. – 2001. - № 9. - С.22-29.

7. Тихомиров А.В. Режим имущества государственных и муниципальных учреждений. Общая часть (научно-практическое пособие). - М.: РИГР, ЦНИИОИЗ, 2002. – 84 с.

8. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Режим имущества государственных и муниципальных учреждений. Специальная часть. Правовые аспекты управления

имуществом учреждений здравоохранения (научно-практическое пособие). - М.: ЦНИИОИЗ, 2002. – 64 с.

9. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Роль субсидиарных обязательств публичного собственника в отношениях обязательного медицинского страхования. //Главврач. – 2002. - № 8. - С.8-12.

10. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Учреждения здравоохранения как элемент системы здравоохранения. //Главврач. – 2002. - № 9. - С.4-7.

11. Тихомиров А.В. Перепрофилирование неэффективных хозяйств учреждений здравоохранения. //Главврач. – 2002. - № 10. - С.11-13.

12. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Разграничение общих и частных отношений органов управления здравоохранением с учреждениями здравоохранения. //Главврач. – 2002. - № 11. - С.18-23.

13. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Юридические основы хозяйственного управления имуществом учреждений здравоохранения. //Главврач. – 2002. - № 12. - С.13-21.

14. Тихомиров А.В. Разнородность учреждений и единообразие правового режима их деятельности. – В кн.: Регистрация прав на недвижимость: Сборник. /Отв. ред. А.Р.Кирсанов. – Выпуск № 7. – М.: Российская правовая академия Министерства юстиции Российской Федерации, 2002, С.164-174.

15. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Определенность и определимость отношений учреждений здравоохранения с учредителем. //Главврач. – 2003. - № 1. - С.13-17.

16. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Единообразие и общеприменимость ориентиров и критериев оценки деятельности учреждений здравоохранения. //Главврач. – 2003. - № 2. - С.14-20.

17. Тихомиров А.В. Поступление в бюджет имущества, создаваемого учреждением: на учет или в распоряжение? //Главврач. – 2003. - № 3. - С.24-27.

18. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Организационное положение учреждения здравоохранения в системе здравоохранения. //Главврач. – 2003. - № 4. - С.17-28.

19. Тихомиров А.В. Учреждение как хозяйствующий субъект: отношения с собственником. //Российская юстиция. – 2003. - № 4. - С.17-18.

20. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Управление деятельностью учреждений здравоохранения: правовая характеристика. //Главврач. – 2003. - № 5. - С.32-38.

21. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Защита права самостоятельного распоряжения имуществом учреждений здравоохранения. //Главврач. – 2003. - № 6. - С.28-31.

22. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Учреждения: pro et contra. //Главный врач: хозяйство и право. – 2003. - № 1. - С.24-41.

23. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Законопроект «Об учреждениях здравоохранения в Российской Федерации. //Главный врач: хозяйство и право. – 2003. - № 1. - С.42-56.