

Законодавче урегулювання

або уповноваженого ним органу, а також без повідомлення про це органу Державної фіскальної служби України. На виконання згаданої норми Постановою Кабінету Міністрів від 17.06.2015 р. №413 затверджено Порядок повідомлення Державній фіскальній службі та її територіальним органам про прийняття працівника на роботу. Оскільки медичним закладам не притаманне таке явище, як тіньова зайнятість, згадане нововведення стане зайвим тягарем для кадрових служб. Зокрема такі повідомлення необхідно подавати навіть про сумісників («зовнішніх» і «внутрішніх»). Звертаю увагу керівників на те, що дата наказу про прийняття працівника на роботу та дата початку його роботи не можуть збігатися. Також запроваджено новий вид відповідальності за порушення трудового законодавства, яку може понести заклад охорони здоров'я як юридична особа (ст. 265 КЗпП). Передбачені законодавством штрафи є фінансовими санкціями і не належать до адміністративно-господарських, визначених главою 27 Господарського кодексу України.

Зокрема за фактичний допуск працівника до роботи без трудового договору або ж за оформлення його на неповний робочий час у разі фактичного виконання ним своїх обов'язків упродовж повного робочого часу чи виплату заробітної плати (винагороди) без нарахування та сплати єдиного внеску і податків передбачено штраф у розмірі 30 мінімальних зарплат за кожного працівника. За порушення встановлених термінів виплати заробітної плати, інших виплат, передбачених законодавством про працю (затримка більше ніж на 1 місяць) або ж їх виплату в неповному обсязі – штраф у розмірі трьох мінімальних зарплат, за порушення інших вимог трудового законодавства – однієї мінімальної зарплати. Такі штрафи накладаються органами Державної служби України з питань праці на юридичну особу, тобто на сам заклад охорони здоров'я. Також посилено персональну адміністративну відповідальність керівника за порушення законодавства про працю. З'явилася нова редакція ст. 172 Кримінального кодексу України, яка встановлює кримінальну відповідальність за грубе порушення зазначеного законодавства.

Закон про корупцію: є протиріччя

26 квітня 2015 р. набув чинності новий Закон України від 14.10.2014 р. №1700-VII «Про запобігання корупції», який не лише детальніше врегулював основні антикорупційні вимоги, а й значно посилив відповідальність за правопорушення в цій сфері.

З іншого боку, новий закон практично не змінив визначення суб'єктів відповідальності за такі порушення, тому не вирішив і ключового питання – хто конкретно є посадовою особою в закладі охорони здоров'я. Враховуючи посилення кримінальної та адміністративної відповідальності, а також розширення спектра нових вимог зазначеного закону, це питання нині набуде ще більшої актуальності.

Зокрема Закон №1700-VII запроваджує нову систему, згідно з якою декларація осіб, уповноважених на виконання функцій держави або місцевого самоврядування, подається шляхом її заповнення на офіційному веб-сайті Національного агентства з питань запобігання корупції (з наступним внесенням до Єдиного державного реєстру декларацій). Утім, згідно з Прикінцевими положеннями Закону №1700-VII до впровадження нової системи декларації подаються, як і раніше, у відділ кадрів установи.

Що особливо важливо, з 26 квітня 2015 р. запроваджено кримінальну відповідальність за наведення в декларації свідомо недостовірних даних або умисне неподання такої декларації (ст. 3661 КК України). Такі дії караються позбавленням волі на строк до 2 років із заборобою обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на термін до 3 років.

На відміну від попереднього, новий Закон розділяє потенційний і реальний конфлікт інтересів та запроваджує презумпцію його наявності. В умовах реального конфлікту посадової особи заборонено вчиняти будь-які дії.

Уже сьогодні можна з великою ймовірністю припустити, що на практиці правоохоронні органи часто суб'єктивно

трактуватимуть вимоги антикорупційного законодавства, а держава посилить увагу до виявлення корупційних правопорушень у закладах охорони здоров'я державної та комунальної форм власності. При цьому слід врахувати значну кількість неоднозначних положень згаданого закону і питань щодо їх практичного застосування.

Гарантії для мобілізованих працівників

На завершення хотілося б відзначити позитивні зміни в законодавстві щодо гарантії і прав мобілізованих працівників (ст. 119 КЗпП).

Постановою Кабінету Міністрів від 04.03.2015 р. №105 нарешті затверджено довгоочікуваний Порядок виплати компенсації підприємствам, установам, організаціям – у межах середнього заробітку працівників, призваних на військову службу на особливий період.

Нині за такими працівниками вже зберігаються місце роботи й посада, із бюджету компенсується середній заробіток не лише за мобілізованих, а й за призваних на строкову військову службу, а також за тих, кого прийняли на військову службу за контрактом. Збільшено термін дії відповідних гарантії: до закінчення особливого періоду або до дня фактичної демобілізації працівника. Такі гарантії поширюються й на осіб, які підлягають звільненню з військової служби у зв'язку з оголошенням демобілізації, але продовжують нести таку службу за контрактом (на весь його термін).

Крім того, згідно зі змінами до ст. 265 КЗпП, що набрали чинності 26.11.2015р., за недотримання визначених законом гарантії і пільг працівникам, які залучаються до виконання обов'язків, передбачених законами України «Про військовий обов'язок і військову службу», «Про альтернативну (невійськову) службу», «Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію», встановлено штраф у розмірі 10 мінімальних заробітних плат за кожного працівника, щодо якого скоєно таке порушення.

Автономізація закладів охорони здоров'я. Чи все так ідеально?

Перетворення бюджетних медичних установ на комунальні (некомерційні чи комерційні) та державні підприємства (казенні й комерційні) – найпопулярніша тема для обговорення у світлих медичних реформ. Такі зміни дійсно є необхідною правовою та організаційною передумовою переходу державних і комунальних закладів на новий механізм фінансування: від утримання за кошторисним принципом до оплати за надану медичну допомогу (послуги) згідно з укладеними договорами між ними та розпорядником бюджетних коштів.

Одразу зазначу, що не є противником цього процесу. Більше того, зміни організаційно-правової форми та статусу закладів охорони здоров'я та механізмів їх фінансування, вочевидь, невідворотні й рано чи пізно будуть впроваджені в Україні, оскільки цілком відповідають світовим тенденціям розвитку системи охорони здоров'я. Непокоїть інше – запропоновані новації подаються винятково в позитивному руслі як безальтернативний варіант ефективних змін у системі охорони здоров'я. І жодного слова про ризики! Невже таких не існує? Тож заради об'єктивності акцентую увагу саме на них.

Будь-які зміни, особливо ті, що стосуються найважливіших цінностей людини, – здоров'я та життя, повинні супроводжуватися неухильним дотриманням законодавства та принципу пріоритету поставленої мети над процесом. Бо на папері всі закони гарні. Але між теорією й практикою може виникати прірва. Яскравим підтвердженням цього є гарантоване право на безоплатну медичну допомогу. До речі, цю конституційну норму сьогодні чи не найбільше критикують. Іноді навіть складається хибне враження, що в усіх бідах винен Основний закон, а не його виконання.

Наразі державні та комунальні заклади охорони здоров'я, як правило, є бюджетними установами. Це означає, що держава (у широкому розумінні, включаючи і місцеве самоврядування) в особі розпорядників бюджетних коштів повинна забезпечити всі видатки закладів на їх утримання в повному обсязі. Однак на практиці, в умовах хронічного дефіциту бюджетів усіх рівнів, цього не відбувається.

У разі впровадження нового механізму фінансування закладів охорони здоров'я, як комунальне некомерційне підприємство, отримуватиме кошти не на потреби, а за результатами наданого обсягу медичних послуг, згідно з договором про медичне обслуговування населення. Однак існує ризик, що в умовах постійної економії та дефіциту фінансів, нова система може «узаконити» право держави, у тому числі й органів місцевого самоврядування, виділяти на медичну галузь стільки коштів, скільки вона зможе або ж захоче викроїти із сукупного бюджету. Щодо цього не слід плекати ілюзій, бо протягом лише нинішнього року в галузі без будь-яких форм відбулося кілька хвиль скорочення штатів медичних закладів (зокрема через безпосередні вказівки «згорі» щодо 3% скорочення), ліжкової мережі тощо. Зауважу: усе це зроблено при чинній редакції ст. 49 Конституції України та інших нормативно-правових актах щодо забезпечення функціонування системи охорони здоров'я.

Тож, на жаль, основним чинником, який беззаперечно визначатиме «ефективність» й «успішність» будь-якої реформи у сфері охорони здоров'я, за українських реалій буде не медична, а фінансова складова. МОЗ може моделювати будь-які прогресивні зміни, але останнє слово залишатиметься за Міністерством фінансів України. Зрештою, де гарантії того, що при переході комунальних некомерційних підприємств на нову модель фінансування, їх фінансове забезпечення буде достатнім чи бодай значно кращим, ніж тепер? Тим більше, що частина бюджетних коштів (її обсяг з кожним роком, ймовірно, збільшуватиметься) спрямовуватиметься приватним закладам – у рамках державно-приватного партнерства, яке визнає одним з пріоритетів медичної реформи. Безперечно, будуть затверджені методи фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я за договорами про медичне обслуговування населення. Але всі ці фінансові інструменти й механізми потребують випробування на практиці. До того ж, вони визначатимуться на рівні підзаконних нормативно-правових актів, які змінювати набагато легше, аніж норми закону.

Крім того, у разі проведення тендерів (конкурсів) на визначення виконавця замовлення на медичне обслуговування населення, приватні медичні заклади однозначно отримають перевагу завдяки кращому матеріально-технічному забезпеченню і витіснять комунальну медицину із «ліквідних» видів медичної допомоги, насамперед лікувальної діагностики.

У зв'язку із цим варто нагадати, що з 2014 р., установи вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги для підтвердження вищої акредитаційної категорії повинні мати сертифікат відповідності систем управління якістю стандарту ISO серії 9000. Через високу вартість такої сертифікації вже сьогодні бюджетні установи вимушені добровільно-примусово відмовлятися від вищої категорії, тоді як приватні заклади такі сертифікати отримують. А це,

погодьтеся, може зіграти злий жарт із комунальними некомерційними підприємствами, якщо з впровадженням нової моделі фінансування наявність вищої категорії автоматично визначатиметься перевагою.

Безперечно, у разі автономізації закладів охорони здоров'я їх керівники отримають обіцяні та широко розрекламовані свободу й самостійність, зокрема щодо використання коштів, формування штату, розвитку установи в цілому. До речі, це основний чинник підтримки згаданої реформи з боку головних лікарів. У цьому аспекті наказ МОЗ України від 23.02.2000р. №33 про типові штатні нормативи згадуються як про одну з основних перешкод для ефективного функціонування бюджетних установ. Тож усе виглядає дуже позитивно, але лише за однієї умови: якщо заклад як комунальне некомерційне підприємство отримає, а точніше заробить (у тому числі за договором про медичне обслуговування населення) стільки коштів, що зможе не лише зберегти незмінною кількість працівників, а й вкладати кошти в розвиток закладу, закупівлю обладнання, проведення будівельно-ремонтних робіт тощо. Але коли з року в рік фінансування за договорами, тобто державне замовлення на медичні послуги для конкретного закладу, зменшуватиметься, тоді зароблених підприємством коштів не вистачатиме не те що на розвиток, а на елементарні потреби, насамперед, на фонд оплати праці. Тобто в «самостійного» керівника не буде іншого виходу, як постійно скорочувати штат працівників.

Як приклад ситуація із санаторно-курортними закладами, які завжди були змушені коригувати штати залежно від укладених договорів із фондом соціально страхування. А нині цей напрямок взагалі не фінансується, хоча єдиний соціальний внесок сплачують і роботодавці, і працівники. Ще один повчальний приклад – цьогорічні виплати індексації заробітної плати. Оскільки медичні заклади є бюджетними, усі розуміють: оплата праці – проблема держави. Наразі уявімо, що заклади охорони здоров'я вже стали комунальними підприємствами. Тоді ця проблема, враховуючи свободу й самостійність керівників, автоматично перекладається на їх плечі. І це вже питання їх особистої відповідальності, причому не лише моральної, а й дисциплінарної, адміністративної чи навіть кримінальної. Це держава може заявити «немає коштів – немає й виплат індексації», натомість жоден керівник не «відмахнеться» від державних контролюючих органів подібною заявою. У них інше розуміння ситуації: є вимога закону – її потрібно виконувати. За рахунок яких коштів? Це вже проблема головного лікаря, на те він і автономний, і самостійний, щоб її вирішувати.

Головні лікарі мають чітко усвідомити, що автономність лікарні – це не лише свобода керівника в розпоряджанні коштами, визначенні штату тощо. Передусім це обов'язки, у тому числі й заробляти кошти за іншими напрямками, причому в умовах конституційного права на безоплатну медичну допомогу. Ще один зворотний бік свободи – висока відповідальність. За таких умов головний лікар має бути не просто керівником, а й менеджером, юристом, економістом тощо.

І наостанок – про довіру до дій влади, яка впливає на підтримку реформ. Жодних офіційних підсумків реформи, котра впроваджувалася в рамках експерименту в Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях та Києві досі немає. І це при тому, що її положення з 1 січня 2015 р. стали законодавчими вимогами функціонування системи охорони здоров'я в цілому по Україні. Тобто вже протягом року ми повинні жити в новій системі (мати інші мережу та типи закладів охорони здоров'я, госпітальні округи, фінансування вторинного й третинного рівнів з обласного бюджету, а закладів – на підставі договорів про медичне обслуговування тощо). Не вірите? Тоді читайте ст. 35-1-35-5 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Чи так сьогодні функціонує наша медицина? Звичайно, ні. Тоді чому ці норми не були відтерміновані чи скасовані, адже було зрозуміло, що у вказані терміни їх виконати неможливо? Очевидно, це результати неповаги до закону, відсутності спадкоємності влади щодо проведення реформ. Натомість будь-які реформи, особливо в медичній сфері, мають супроводжуватися довірою до владних процесів, широкою підтримкою медичної громадськості та населення. До того ж, досвід свідчить: впроваджувати кардинальні реформи можна лише після попереднього випробування нових методів і механізмів у якості експерименту.

Андрій ОЛІЙНИК, завідувач відділу правової допомоги та соціального захисту Львівської обласної організації профспілки працівників охорони здоров'я України, старший викладач кафедри організації і управління охороною здоров'я ЛНМУ ім. Данила Галицького