

А.В.Тихомиров

# **Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения**



ЮриИнфоЗдрав

Москва, 2007

УДК 614.2 : 330.342.172 (470)

ББК 65.9 (2 Рос)

Т 46

**А.В.Тихомиров**

**Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения.** -  
М.: "ЮрИнфоЗдрав", 2007. - 234 с.

**ISBN 978-5-903416-02-8**

Период псевдо-реформ завершился агонией здравоохранения советского образца. ОМС-шунтирование лишь ускорило закономерную развязку. Реанимация мерами приоритетного национального проекта уже бессильна.

А новое здравоохранение еще не родилось. И прозападные повитухи - не в помощь.

Вольницу нищих с воплями: «Дай миллион!» в здравоохранении должен заменить рынок с человеческим лицом.

На смену двойной морали бесплатности/дороговизны медицинской помощи должна прийти единая идеология товарообмена в пользу граждан.

Как этого добиться - юридически корректно, экономически обоснованно и организационно осуществимо - демонстрирует настоящая монография.

Тихомиров А.В. - автор монографий с высоким индексом цитирования: «Медицинская услуга: правовые аспекты» (1996), «Медицинское право» (1998), «Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг» (2001) и более 150 журнальных публикаций, адвокат, к.м.н., главный редактор журнала «Главный врач: хозяйство и право».

Книга адресована организаторам здравоохранения, экономистам, юристам, студентам медицинских, экономических и юридических вузов, а также широкому кругу заинтересованных читателей.

© Тихомиров А.В., 2007

© НП ИЦ "ЮрИнфоЗдрав", 2007

**ISBN 978-5-903416-02-8**

## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие .....	6
Введение .....	8
Глава 1. Общая проблематика современного отечественного здравоохранения.....	10
§ 1.1. Проблемы современного позиционирования органов управления здравоохранением .....	10
Раздел 1.1.1. Проблемы позиционирования органов надзора в сфере здравоохранения .....	10
Раздел 1.1.2. Проблемы позиционирования органов размещения средств финансирования здравоохранения .....	22
§ 1.2. Проблемы современного состояния идеологии отечественного здравоохранения .....	29
§ 1.3. Современные проблемы развития отечественного здравоохранения .....	34
Глава 2. Современное состояние отечественного здравоохранения .....	42
§ 2.1. Социальные последствия сложившейся организации хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения.....	42
§ 2.2. Общественная оценка организационно-финансового состояния здравоохранения (по данным контент-анализа Интернет-обращений к Президенту России 2006 года).....	53
Раздел 2.2.1. Общая структура Интернет-обращений к Президенту России о здоровье нации .....	55
Раздел 2.2.2. Структура Интернет-обращений граждан к Президенту России об организационно-финансовом состоянии здравоохранения .....	57
Раздел 2.2.3. Структура Интернет-обращений медицинских работников к Президенту России об организационно-финансовом состоянии здравоохранения .....	71
Глава 3. Здравоохранение как индустрия охраны здоровья.....	83
§ 3.1. Экономический характер современной организации социальной сферы .....	83
§ 3.2. Предмет оплаты в здравоохранении .....	97
§ 3.3. Структура современной экономики здравоохранения .....	103
§ 3.4. Предпринимательство в медицине.....	113
§ 3.5. Диверсификация рынка медицинских услуг.....	120
Глава 4. Управление медицинскими организациями.....	132
§ 4.1. Состояние управления медицинскими организациями .....	132

§ 4.2. Статистическое исследование потребностей управления медицинскими организациями по поисковым Интернет-запросам.....	144
Раздел 4.2.1. Статистическое исследование структуры потребностей управления медицинскими организациями по Интернет-запросам.....	145
Раздел 4.2.2. Статистическое исследование динамики потребностей управления медицинскими организациями по Интернет-запросам.....	152
Раздел 4.2.3. Статистическое исследование географии потребностей управления медицинскими организациями по Интернет-запросам.....	160
§ 4.3. Структура потребностей управления медицинскими организациями по специализированным Интернет-баннерам.....	169
Глава 5. Предпосылки индустриальной трансформации сферы охраны здоровья .....	176
§ 5.1. Современное состояние организации здравоохранения .....	176
§ 5.2. Модельная (договорная) организация отношений по поводу медицинских услуг .....	186
Раздел 5.2.1. Юридическое значение договора о возмездном оказании медицинской услуги .....	186
Раздел 5.2.2. Экономическое значение договора о возмездном оказании медицинской услуги .....	198
Раздел 5.2.3. Организационное (организующее) значение договора о возмездном оказании медицинской услуги .....	212
§ 5.3. Предпосылки формирования современной идеологии здравоохранения .....	230
Раздел 5.3.1. Отечественная организация здравоохранения: реформа идеологии .....	230
Раздел 5.3.2. Отправные начала идеологии реформирования здравоохранения .....	238
Глава 6. Пути индустриальной трансформации сферы охраны здоровья .....	248
§ 6.1. Общие пути индустриальной трансформации сферы охраны здоровья.....	248
Раздел 6.1.1. Нормализация наноэкономики здравоохранения .....	248
Раздел 6.1.2. Нормализация микро-, мезо- и макроэкономики здравоохранения .....	256
§ 6.2. Реструктуризация финансирования здравоохранения .....	267
Раздел 6.2.1. Фондирование средств государственного финансирования здравоохранения .....	267

Раздел 6.2.2. Переход к персонализированному фондодержанию средств государственного финансирования здравоохранения .....	277
Раздел 6.2.3. Диверсификация способов оплаты медицинских услуг .....	285
§ 6.3. Реформирование практического здравоохранения .....	294
Раздел 6.3.1. Субъектно-объектная дихотомия учреждений здравоохранения .....	294
Раздел 6.3.2. Возможности отделения субъекта от объекта при реорганизации учреждений здравоохранения.....	299
Заключение .....	308
Библиография .....	315

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящий труд, очевидно, вызовет немало негодование у уважаемых автором организаторов здравоохранения старой формации, а также у тех, кто далек от организации здравоохранения, даже если достиг высот в практической медицине. Нужно сразу оговориться: аргументам автора можно противопоставить только такие же весомые контраргументы. Если их нет, то подобное негодование непродуктивно.

И до автора было немало предложений на тему реформы здравоохранения. Но ни одно из них не было реализовано. И тому есть объяснимые причины. Либо эти предложения вели происхождение из нашего прошлого, либо – из не нашего настоящего. А потому страдали пороками экономического и (или) юридического свойства, и были нереализуемы.

Автор попытался сохранить все лучшее, чем богато отечественное прошлое и зарубежное настоящее, и творчески его переосмыслить, придя к выводам, как нужно изменить механизм организации здравоохранения, чтобы оно не выпадало из существующих экономических реалий и соответствовало действующей в государстве правовой доктрине.

Уж как только не именовалась реформа здравоохранения после того, как с блеском провалились первые предложения – и реструктуризация, и модернизация. Автор не побоялся в названии книги снова использовать это понятие, хотя смысл настоящего предложения далек как от паллиативных полумер, так и от революционного слома того, что есть.

По смыслу реформы здравоохранения в соответствии с предложением автора – это социально-ориентированная прагматизация (или рыночная, индустриальная трансформация) здравоохранения.

Автор предлагает, во-первых, ликвидировать сам институт учреждений здравоохранения путем преобразования их в формы частных организаций (партикуляризации) без приватизации закрепленного за ними недвижимого и особо ценного движимого имущества, предназначенного в последующем под сдачу в аренду медицинским организациям. Этим достигается единый полиморфизм частных организаций, финансируемых из государственной казны, и системообразование здравоохранения на основе создания сети объектов здравоохранения.

Во-вторых, автор предлагает в центр механизма финансирования здравоохранения поставить гражданина – и не так, чтобы без его участия деньги переводились из государственной казны в медицинскую организацию, а так, чтобы он сам голосовал государственным рублем за свой выбор медицинской организации. Это достижимо с помощью пластиковых карт, подобных банковским, держателем которых является гражданин.

В-третьих, автор предлагает централизовать сам механизм финансирования здравоохранения из государственной казны и разделить составляющие его потоки по направлениям, соответствующим предмету и видам договоров, для каждого из которых выбрать соответствующие способы оплаты. А разместить единый фонд финансирования здравоохранения автор предлагает за пределами казначейства – в специально создаваемом банке, единственным владельцем которого является государство. Это позволит обеспечивать воспроизводство средств финансирования здравоохранения, а привлечение к обслужива-

нию в этом банке медицинских организаций по всей стране сделает его активы, по существу, отражением экономического оборота всей отрасли.

Разумеется, в любом случае индустриальная трансформация здравоохранения влечет существенное сокращение аппарата органов управления здравоохранением за пределами необходимой достаточности.

Настоящая работа не претендует на исключительность. Вместе с тем нерациональные, популистские альтернативы ей уже перевелись, а рациональные – так и не появились.

В наше электорально-зависимое время, когда программа каждой политической силы уязвима именно в социальном блоке, предлагаемая концепция социально-ориентированной прагматизации здравоохранения одинаково приемлема как для левого, так и для правого фланга.

В настоящей работе автором сознательно расставлены акценты для удобства восприятия. Как руководство к действию эта работа должна содержать иную расстановку акцентов. А потому заимствование идеи в политических целях из книги возможно, реализация – нет. Для реализации этой идеи нужна политическая воля и 3-5 лет кропотливого труда.

Автор выражает признательность тем коллегам и друзьям, благодаря помощи которых в нашем некоммерческом партнерстве «ЮрИнфоЗдрав» этот труд обрел завершенность и оформленность: Иванову Алексею Викторовичу, Родину Олегу Владимировичу и Смирнову Сергею Аркадьевичу.

Автор с уважением и признательностью примет любые замечания, предложения, пожелания по поводу настоящей работы, направлять которые просьба по адресу E-mail: [advocat\\_50-2867@mail.ru](mailto:advocat_50-2867@mail.ru).

## ВВЕДЕНИЕ

С изменением политической системы в России государство стало последовательно уходить из экономики. Все то, что продается и покупается, составляя экономический оборот, предоставлено воле его участников.

Прежде включенные в механизм государства организации, участвующие в товарных отношениях, приобрели хозяйственную (унитарные предприятия) или в порядке приватизации также и имущественную (акционерные общества) автономию от государства (муниципальных образований). Новые организации стали создаваться на основе имущества, не принадлежащего государству (муниципальным образованиям).

Исключение составили бюджетные учреждения, прежде всего социальной сферы, в том числе в здравоохранении, которые производят и реализуют продукт (медицинские услуги) как товар, но положение которых остается отличным от положения остальных организаций, участвующих в товарных отношениях, как и от положения государственных (муниципальных) органов, составляющих механизм государства (муниципальных образований). Управление учреждениями здравоохранения подчинено не экономическим целям участников товарных отношений, а социально-политическим задачам государства, поставленным перед органами управления здравоохранением.

Социально-политические задачи, поставленные государством перед органами управления здравоохранением, выполняют учреждения здравоохранения за счет средств казны, и выполняют настолько неэффективно, что перед государством встала задача реформирования сети этих учреждений.

Консервативная закрытость здравоохранения, обособление его от остальных отраслей экономики традиционным отношением к непроектной сфере, пренебрежение экономическими реалиями и юридическими установлениями порождают в нем иждивенческую политику потребления и кормленческие тенденции. Попытки здравоохранения провести реформы изнутри, как показывает многолетний опыт, не удачны. В отсутствие идеологии интеграции в единое экономическое и правовое пространство государства стремление здравоохранения модифицировать собственное устройство за счет заимствования зарубежного опыта также не эффективно.

Тяжесть бремени непродуктивного содержания государством социальной сферы в целом и здравоохранения в частности ставит вопрос о реорганизации бюджетных учреждений и приватизации закрепленного за ними имущества. Однако предшествующий негативный опыт приватизации государственных предприятий демонстрирует опасность последующего коллапса производства, в социальной сфере чреватого непредсказуемыми последствиями.

Неспособность здравоохранения к реформированию изнутри сопровождается усугублением социальной обстановки в сфере охраны здоровья. За отсутствием иного государство в порядке приоритетного национального проекта вынуждено расходовать профицит бюджета на дополнительное финансирование здравоохранения в расчете хотя бы предотвратить дальнейшее ухудшение состояния социальной среды.



Негодное воплощение здоровой идеи монетизации льгот продемонстрировало опасность пороков реализации социально-политических проектов государства. Не только их экономическая обусловленность, но и организационная несостоятельность реализующего их аппарата управления в здравоохранении может привести к фатальным последствиям. А автономия правил, действующих в здравоохранении, от юридических правил вне него, дезорганизует единство правового пространства в государстве.

Необходим единый, обеспечиваемый мерами должной организации процесс последовательной и непреходящей адаптации здравоохранения к политическому устройству государства, сложившимся в нем экономическим реалиям и оформляющим их юридическим установлениям. Этот процесс должен обеспечить сохранность публичной принадлежности материально-технической базы здравоохранения, исключая приватизацию государственного и муниципального имущества, и соразмерность финансовых вложений из государственной казны отдаче в социальной среде.

# ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ПРОБЛЕМАТИКА СОВРЕМЕННОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## § 1.1. Проблемы современного позиционирования органов управления здравooхранением

### Раздел 1.1. Проблемы позиционирования органов надзора в сфере здраво- охранения<sup>1</sup>

Надзор – это форма деятельности государственных органов по обеспечению законности. Законность есть неукоснительное исполнение законов и соответствующих им иных правовых актов всеми органами государства, должностными и иными лицами.

Надзором как функцией государства не могут заниматься муниципальные и частные организации. Надзором не могут заниматься государственные организации, не имеющие статуса государственного органа.

Более того, надзором вообще могут заниматься государственные органы, которым это вменено в обязанность. Не могут заниматься надзором государственные органы, обязанностью которых это не является.

Государственные органы, обязанностью которых является надзор в конкретной сфере, не могут заниматься надзором в другой сфере.

Под функциями по контролю и надзору понимаются (116, п.2 «б»):

- осуществление действий по контролю и надзору за исполнением органами государственной власти, органами местного самоуправления, их должностными лицами, юридическими лицами и гражданами установленных Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами и другими нормативными правовыми актами общеобязательных правил поведения;

- выдача органами государственной власти, органами местного самоуправления, их должностными лицами разрешений (лицензий) на осуществление определенного вида деятельности и (или) конкретных действий юридическим лицам и гражданам;

- регистрация актов, документов, прав, объектов, а также издание индивидуальных правовых актов.

В ходе административной реформы в структуре государственных органов исполнительной власти произошло, во-первых, отделение функций политических органов от контрольно-надзорных служб и имущественно-распорядительных агентств; во-вторых, разделение функций контрольно-надзорных служб и имущественно-распорядительных агентств (116, 3, С.5):

Федеральное министерство осуществляет:
функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в установленной актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации сфере деятельности
правовое регулирование в установленной сфере деятельности
координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении федеральных служб и федеральных агентств
в установленной сфере деятельности не вправе осуществлять функции по контролю и надзору, правоприменительные функции, а также функции по управлению государственным имуществом, кроме случаев, устанавливаемых указами Президента Российской Федерации

<sup>1</sup> Тихомиров А.В. Правовые аспекты государственного надзора в здравоохранении. //Главный врач: хозяйство и право, 2006, № 4, С.3-12.

Федеральная служба осуществляет:	Федеральное агентство осуществляет:
функции по контролю и надзору в установленной сфере деятельности	1) платежные функции;
	2) функции по управлению государственным имуществом;
	3) правоприменительные функции

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации в установленной сфере деятельности не вправе осуществлять функции по контролю и надзору, а также функции по управлению государственным имуществом, кроме случаев, устанавливаемых указами Президента Российской Федерации или постановлениями Правительства Российской Федерации (116, п. 3 «в», 5, п.7).

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации не вправе образовывать подведомственные учреждения (такого полномочия Положением ему не дано) и представляет в Правительство Российской Федерации в установленном порядке предложения о создании, реорганизации и ликвидации федеральных государственных предприятий и учреждений, находящихся в ведении подведомственных Министерству федеральных служб и федеральных агентств (50, п.10.15). Иными словами, учреждения могут находиться в подведомственности Служб или Агентств, но не Министерства.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития не вправе осуществлять в установленной сфере деятельности нормативно-правовое регулирование, кроме случаев, устанавливаемых указами Президента Российской Федерации и постановлениями Правительства Российской Федерации, а также управление государственным имуществом и оказание платных услуг (51, п.7).

Помимо прочего, Служба выдает лицензии на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности, деятельности по оказанию протезно-ортопедической помощи, по производству лекарственных средств (за исключением лекарственных средств для животных и кормовых добавок), по производству медицинской техники (51, п.5.3).

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития является юридическим лицом, имеет печать с изображением Государственного герба Российской Федерации и со своим наименованием, иные печати, штампы и бланки установленного образца, а также счета, открываемые в соответствии с законодательством Российской Федерации (51, п.11).

Финансирование расходов на содержание центрального аппарата и территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития осуществляется за счет средств, предусмотренных в федеральном бюджете (51, п.10).

Отсюда следует, что учреждения в ведении Службы, как сам этот государственный орган и его территориальные подразделения, состоят на содержании государственной казны в качестве структурных подразделений. Эти учреждения не могут, подобно учреждениям здравоохранения, участвовать в товарных отношениях, поскольку составляют государственный орган.

Помимо Федеральной службы и ее территориальных подразделений в субъектах Российской Федерации сохранились региональные государственные органы – Комитеты по здравоохранению или Министерства здравоохранения. При них также могут действовать учреждения вспомогательного назначения.

Региональные органы управления здравоохранением не вправе дублировать надзорные функции федеральных органов. Делегировать государственные полномочия органам местного самоуправления им также запрещено законом (70).

Состоящие в ведении равно федеральных и региональных государственных органов учреждения не относятся к числу таких органов. Не могут быть наделены государственными полномочиями не обладающие компетенцией государственных органов организации, в том числе подведомственные им учреждения. Учреждения, осуществляющие деятельность с результатом в форме товара (услуги), не могут входить в число (в состав, в структуру) государственных или муниципальных органов.

Отсюда следует:

1. надзор (включая лицензирование) – это функция государства, которую от его имени осуществляют уполномоченные государственные органы (применительно к здравоохранению – Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития);

2. надзор подзаконен:

2.1. надзор может осуществляться только на соответствующих правовых основаниях – все, что осуществляется в порядке надзора, основывается (должно основываться) на норме права, положении закона;

2.2. надзор не создает норм права, подменяя положения закона – он следует (должен следовать) положениям федерального законодательства;

2.3. надзор осуществляется не ради надзора и не в интересах государства, а в интересах общества: он обладает (должен обладать) идеологией, которая служит отправной точкой и мерилом надзорных действий;

3. механизм надзора не допускает товарных отношений и участия государственных организаций (учреждений), их опосредующих.

Из этого следует, что проблематика надзора в здравоохранении охватывает три основных направления:

1. государственная идеология (политика) надзора;
2. формальная определенность оснований надзора;
3. практика надзора.

### ***1. Государственная идеология (политика) надзора в здравоохранении.***

В советский период государство охватывало все общество. С изменением в России государственного строя государство сократилось до публичных пределов, за которыми существует общество.

Государство и общество живут по разным правилам. Государство, обязанное следить за своим публичным единством, подчиняется максиме: «разрешено только то, что прямо предусмотрено» - законом или иным правовым актом. Общество развивается в соответствии с другой максимой: «разрешено все, что не запрещено». Именно этим характеризуется правовое государство и гражданское общество.

Общество составляют не только граждане, но и субъекты экономической деятельности, обеспечивающие благосостояние общества – продавцы товаров, исполнители работ и услуг, т.е. предприниматели, корпоративные (юридические лица) и некорпоративные (предприниматели без образования юридического лица).

На границе между государством и обществом – будь то в судах, органах исполнительной власти или правоохранительных органах (в том числе при осуществлении надзора) – складываются соответствующие отношения.

Государство при этом выступает в двух ролях: в одном случае оно признает то, что происходит из общества, для себя, для государства, а в другом – для общества, для граждан.

Актом надзора в сфере здравоохранения в части допуска в оборот субъектов экономической деятельности оно признает их право эту деятельность осуществлять – не в рамках государства, а за его пределами, в экономическом обороте, т.е. по договорам между членами общества.

Лицензия – это вариант надления субъекта экономической деятельности специальной гражданской правоспособностью (119, п.1 ст.49). Но лицензия – это административный акт.

Административные акты являются порождающими гражданские права и обязанности, если они:

1) предусмотрены законом в качестве основания возникновения гражданских прав и обязанностей (119, п.1 ст.8 ГК);

2) осуществляются в рамках компетенции государственных или муниципальных органов, установленной актами, определяющими статус этих органов (119, п.п. 1-2 ст.125).

При этом лицензия не порождает никаких правовых последствий в отношениях между сторонами договоров.

Контрагентом субъектов экономической деятельности всегда является потребитель, член общества, гражданин. В здравоохранении нет такого производства, которое допускало бы закупки продукции для государственных нужд, т.е. в пользу самого государства в порядке государственного заказа. Есть только социальный заказ, когда государство выступает плательщиком в пользу общества, граждан. Но даже если государство участвует в экономическом обороте денежными средствами, т.е. внесением платы субъекту экономической деятельности в обмен на предоставление товаров, работ, услуг гражданам, эти отношения складываются вовне государства.

Актом надзора государство ручается за лицензиата перед обществом. Ручается в чем-то и ручается чем-то.

Или не ручается ни в чем, не ручается ничем и ни перед кем, как это имеет место в настоящее время. Сейчас сферу надзора государство в России подчиняет максиме: «разрешено только то, что прямо предусмотрено», распространяя ее не только на сторону государства, от имени которого действуют соответствующие органы, но и на сторону общества. Но если последствия актов надзора проявляются исключительно в обществе и никак не в государстве, то почему для общества устанавливается свойственный государству регламент, а не механизм регулирования, в котором нуждается общество? Почему лицензирование осуществляется ради лицензирования, а не для удовлетворения потребностей общества? Почему целью лицензирования является соблюдение подзаконных предписаний, а не основанного на законных правилах механизма минимизации возможных потерь для потребителя и разделения ответственности перед ним причинителей в случае наступления таких потерь?

В судебной практике едва ли найдется иск по делу о причинении материального и/или морального ущерба при оказании медицинских услуг с привлечением в качестве соответчика лицензирующего органа. Тогда какова истинная цена лицензии на осуществление медицинской деятельности?

Почему в отношениях между частными лицами поручитель обязывается перед кредитором отвечать за исполнение должником его обязательства полностью или в части (119, ст.361 ГК), а в аналогичных по характеру отношениях с участием государства оно от ответственности устранивается?

Либо существующий механизм лицензирования и солидарная ответственность лицензиата и лицензирующего органа перед потребителем, либо – если ответственность перед потребителем несет только лицензиат – необходим иной механизм лицензирования и государственного надзора в целом. Иначе чем объяснить сам факт необходимости существования лицензии у того, кто помимо нее несет самостоятельную ответственность за свою деятельность?

Критерии определения лицензируемых видов деятельности таковы: их осуществление может повлечь за собой нанесение ущерба правам, законным интересам, здоровью граждан, обороне и безопасности государства, культурному наследию народов Российской Федерации, и их регулирование не может осуществляться иными методами, кроме как лицензированием (124, ст.4).

В свете принятого в 2002 году Федерального закона «О техническом регулировании» (126), по существу, лицензированием должна охватываться только рискованная деятельность, на которую распространяются соответствующие требования безопасности.

Переход государства от идеологии тотального регламента к идеологии требований безопасности означает, что надзор становится легитимен только в рамках содержащих эти требования технических регламентов. Требования к организационно-техническому устройству и материально-технической оснащенности производственного процесса – личное дело лицензиата. За качество своей деятельности он отвечает перед потребителем, а потребитель рублем голосует за устраивающее его качество продукции.

Актом надзора государство ручается за лицензиата перед обществом за то, что при соблюдении им технического регламента неправомерные неблагоприятные последствия его деятельности не наступят.

За отклонение от этих требований безопасности лицензиат должен нести самостоятельную ответственность.

За наступление неблагоприятных последствий деятельности при соблюдении лицензиатом требований безопасности государство должно нести солидарную с ним ответственность перед пострадавшим.

Так или почти так существует практика государственного надзора повсеместно в мире.

## ***2. Формальная определенность оснований надзора в здравоохранении.***

Лицензионными требованиями и условиями при осуществлении медицинской деятельности являются (47, п.4):

а) наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании соответствующих помещений;

б) наличие соответствующих организационно-технических условий и материально-технического оснащения, включая оборудование, инструменты, транспорт и документацию, обеспечивающих использование медицинских технологий, разрешенных к применению Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития;

в) наличие и содержание в работоспособном состоянии средств противопожарной защиты (пожарной сигнализации и пожаротушения), противопожарного водоснабжения и необходимого для ликвидации пожара расчетного запаса специальных средств, а также наличие плана действий персонала на случай пожара;

г) наличие в штате работников (врачей, среднего медицинского персонала, инженерно-технических работников и др.), имеющих или среднее специальное, дополнительное образование и специальную подготовку, соответствующие требованиям и характеру

выполняемых работ и предоставляемых услуг, а также наличие у руководителя лицензиата и (или) уполномоченного им лица высшего специального образования и стажа работы по лицензируемой деятельности (по конкретным видам работ и услуг) не менее 5 лет - для юридического лица;

д) наличие высшего или среднего медицинского образования, дополнительного образования и специальной подготовки, соответствующих требованиям и характеру выполняемых работ и предоставляемых услуг, и стажа работы по лицензируемой деятельности не менее 2 лет - для индивидуального предпринимателя;

е) повышение не реже 1 раза в 5 лет квалификации работников юридического лица, осуществляющих медицинскую деятельность, а также индивидуального предпринимателя.

Опуская положения преходящего характера (в связи с вступлением в действие Федерального закона «О техническом регулировании» с 2003 года вместо требований к качеству, состоянию, наличию и т.д. действуют требования к безопасности, и не вина поднадзорных, что государство до настоящего времени не выработало соответствующих им технических регламентов), из приведенных лицензионных требований и условий вытекают ограничения гражданских прав и свобод медицинских организаций, с одной стороны, и неисчерпывающий характер таких требований и условий, т.е. недостаточная формальная определенность – с другой:

1. Понятно, что соискатель лицензии предполагает осуществлять лицензируемую медицинскую деятельность в том или ином помещении. Однако на вещном праве – на праве собственности – помещение ему принадлежит в единичных случаях. В основном – по крайней мере, в начале предпринимательского пути – помещение соискателю лицензии может принадлежать на обязательственном праве, т.е. на праве по договору аренды. Это также законное основание владения помещением, но не постоянное.

Просрочка внесения арендной платы более двух раз подряд по истечении установленного договором срока платежа является основанием к досрочному расторжению договора по требованию арендодателя (119, п.3 ст.619). Однако приступая к лицензированию не осуществляемой еще медицинской деятельности, предприниматель не имеет источника для оплаты арендуемого помещения – такой источник появится лишь тогда, когда он начнет эту деятельность осуществлять, за счет доходов от которой сможет вносить арендную плату. Это вынуждает его обращаться за внешними заимствованиями – кредитами, на которые начисляются соответствующие проценты за обслуживание долга.

Тем самым, с одной стороны, предприниматель, чтобы получить лицензию, должен оформить помещение, начав оплачивать его аренду еще не осуществляя деятельность, за счет доходов от которой это можно делать, т.е. вынужден прибегать к кредитам и расходовать их на потребление, а не на воспроизводство; с другой стороны, он поставляется в зависимость от appetитов арендодателя. Иными словами, на этом поле два игрока – кредитор и арендодатель, притом что лицензирующий орган выступает в качестве рефери по отношению не к ним, а к лицензиату, который и болельщиком-то не является, будучи вынужденным зрителем их игры, не от результатов, а от самого хода которой зависит его будущее.

Постановление Правительства Российской Федерации, в Положении о лицензировании медицинской деятельности установившее такой порядок, превентивно ограничило соискателя лицензии в правах, несмотря на то, что гражданские права могут быть ограничены не Постановлением Правительства, а только федеральным законом и только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности,

здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства (119, п.2 ст.1).

2. Существуют ли формальные признаки и критерии, чтобы считать СООТВЕТСТВУЮЩИМИ организационно-технические условия и материально-техническое оснащение, включая оборудование, инструменты, транспорт и документацию, обеспечивающих использование медицинских технологий, разрешенных к применению Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития? – Нет.

Это означает, что чиновник – крупный или не очень, добросовестный или не очень, грамотный или не очень и т.д. – может в своей системе обоснований, истолковывая как соответствующие организационно-технические условия и материально-техническое оснащение соискателей лицензии, сформулировать правила, для них обязательные. А это – ограничение гражданских прав, которые могут быть ограничены только федеральным законом (119, п.2 ст.1).

3. Понятно, что в штате медицинской организации или предпринимателя без образования юридического лица должны быть работники (врачи, средний медицинский персонал, инженерно-технические работники и др.), имеющие высшее или среднее специальное, дополнительное образование и специальную подготовку, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ и предоставляемых услуг. Понятно также, что должно происходить повышение квалификации работников юридического лица, осуществляющих медицинскую деятельность, а также индивидуального предпринимателя.

Однако, во-первых, под осуществление деятельности, которая только планируется, необходим заранее сформированный штат работников, обладающих образованием и подготовкой, соответствующим требованиям и характеру выполняемых работ и предоставляемых услуг. Предполагается, очевидно, что таких работников нужно просто собрать в штат и выключить до лучших времен, а когда процедура лицензирования будет благополучно пройдена – просто включить. Но работники – почему-то! – имеют семьи, хотят получать заработную плату, ездить на отдых и интересно жить, а не ждать включения или выключения из этой жизни. И мало кто готов подать свои документы для будущего лицензирования деятельности будущего работодателя, чтобы на время лицензирования поступиться своим благосостоянием. Поэтому если предприниматель набирает штат, это вынуждает его содержать этот штат на то время, пока деятельность не ведется и доходов нет. Он вынужден обращаться за внешними заимствованиями – кредитами, на которые начисляются соответствующие проценты за обслуживание долга.

Постановлением Правительства в этой части вновь ограничиваются его права, которые могут быть ограничены только федеральным законом (119, п.2 ст.1).

Во-вторых, не установлен базовый уровень образования или подготовки, работников необходимый и достаточный для лицензирования деятельности.

Вряд ли стоит останавливаться на значении сертификата специалиста – похоже, отсутствие такого значения у этого документа (106) становится очевидным для всех.

С учетом ведомственной тенденции, заложенной пресловутым Приказом Министерства здравоохранения РФ от 27.08.99 № 337 (59), который ввел «Номенклатуру (классификатор) специальностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения Российской Федерации», врачебные специальности стали подвергаться последовательному дроблению, не находящему правовых оснований. Оправдать это чрезмерное и ненужное дробление, по существу, можно только различием в образовательных документах. Иначе трудно объяснить, почему врач прора-



ботал, например, стоматологом 15 лет, а потом должен получить дополнительный образовательный документ (да еще на 500 часов), чтобы работать им же, но в прокрустовом ложе новой, более узкой специальности.

Врач становится меньше врачом, если не обладает пачкой образовательных документов сверх свидетельствующих о его врачебном образовании и статусе врача? Почему, на каком правовом основании требованиями к квалификации врача подменяются требования к его врачебному статусу и врачебной специальности? Неужели не очевидно, что позиционирование в профессии и достижения в профессии – не одно и то же?

Опуская нелепости периода принятия Основ законодательства об охране здоровья граждан (сертификат специалиста, а также лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности, которую должен получать не врач, а хозяйствующий субъект), право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание (21, ст.54).

Врачебный статус приобретается в силу диплома об окончании соответствующего факультета медицинского вуза. Врачебная специальность приобретается с окончанием интернатуры или ординатуры. Это тот необходимый уровень, по достижении которого врач в состоянии работать самостоятельно и которого должно быть достаточно для допуска его к работе по врачебной специальности. Дальнейшее совершенствование в специальности (специализация) или расширение числа врачебных специальностей – личное дело врача. Обратное, т.е. поражение его в правах считаться врачом соответствующей специальности иначе, чем при наличии документов об усовершенствовании или тем более – о дополнительном образовании, не имеет законных оснований. Не его вина, что в других государствах существует, а в нашем – нет:

- сдача экзамена на врачебную степень (MD, medical degree), обеспечивая допуск к работе по врачебной специальности, даже в других странах (в случае ее подтверждения);
- деятельность медицинских сообществ, в которых состоят медицинские работники и которые способствуют профессиональному совершенствованию своих членов.

В существующих границах незаконных правил и требований к квалификации врачей есть ограничение Постановлением Правительства РФ их гражданских прав, которые могут быть ограничены только федеральным законом (119, п.2 ст.1).

Еще более трудно объяснить, а уж тем более – привести правовые основания, почему Приказ Минздрава России, который ввел Номенклатуру (классификатор) специальностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения Российской Федерации, в практике Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития распространяется не только на учреждения здравоохранения, но и на частные организации совершенно других форм: общества с ограниченной ответственностью, акционерные общества и др., а также на предпринимателей без образования юридического лица. Это вновь не что иное, как ограничение Постановлением Правительства РФ гражданских прав предпринимателя, которые могут быть ограничены только федеральным законом (119, п.2 ст.1).

4. На основании чего у руководителя юридического лица – лицензиата и (или) уполномоченного им лица должно быть высшее специальное образование и стаж работы по лицензируемой деятельности (по конкретным видам работ и услуг) не менее 5 лет, а у предпринимателя без образования юридического лица – высшее или среднее медицинское

кое образование, дополнительное образование и специальная подготовка, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ и предоставляемых услуг, и стаж работы по лицензируемой деятельности не менее 2 лет?

Существуют ли правовые – т.е. установленные федеральным законом – основания для вменения в обязанность предпринимателю от медицины обладать медицинским образованием?

Нужно ли объективно предпринимателю от медицины иметь медицинское образование, если предмет его деятельности – организация не лечебно-диагностического процесса в советском варианте, а бизнеса – в капиталистическом?

Почему законные экономические основания занятия бизнесом заменяются незаконными неэкономическими требованиями к профессионально-медицинскому статусу соискателя лицензии? Ведь он не на работу наниматься в качестве врача приходит в лицензирующий орган. И не планирует подменять работающих у него врачей.

А если помимо медицинской деятельности предприниматель намеревается заниматься образовательной, туристической, строительной и т.п. деятельностью, он должен получать образование по каждому из этих направлений?

Понятно, что в этой части Постановление Правительства Российской Федерации также ограничивает гражданские права предпринимателей, которые могут быть ограничены только федеральным законом (119, п.2 ст.1).

### ***3. Практика надзора в здравоохранении.***

Практика является зеркалом тех кажущихся нецелесообразностей, которые упрочились в устройстве надзора в сфере здравоохранения. И она показывает, что истинная целесообразность устройства надзора в здравоохранении имеется, только ориентирована она не на интересы государственной службы, а на другие интересы. Не будь административной реформы, это не стало бы предельно очевидным.

В ходе этой реформы в структуре органов управления здравоохранением произошли значительные изменения. Проявилось это не только в функциональной диверсификации федеральных органов исполнительной власти, но и в существовании относящихся к их структуре учреждений.

В результате сложились следующие группы подобных учреждений:

1) Медицинский информационно-аналитический центр Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга (145) и др., деятельность которых ограничена отношениями с органами управления здравоохранением, в структуру которых они включены (в том числе и в части финансирования);

2) Медицинский информационно-аналитический центр Российской академии медицинских наук (МИАЦ РАМН - 142), который, не представляя государственный орган (Российская академия медицинских наук не включена в механизм государства), оказывает услуги третьим лицам;

3) Медицинский информационно-аналитический центр Астраханской области (55), Медицинский информационно-аналитический центр Курганской области (141), Московский областной консультативно-аналитический центр в сфере медицинской и фармацевтической деятельности (54), Консультативно-методический центр по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности по Санкт-Петербургу и Ленинградской области (139), Тульский “Территориальный консультативно-методический центр лицензирования медицинской деятельности” (144) и др., которые, относясь к структуре реги-

ональных государственных органов, помимо бюджетного получают финансирование от оказания услуг третьим лицам;

4) Федеральное Государственное учреждение «Консультативно-методический центр лицензирования» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (ФГУ КМЦЛ Росздравнадзора), которое, позиционируясь при Минздравсоцразвития (Росздравнадзоре), помимо бюджетного получает финансирование от оказания услуг третьим лицам.

В единой Номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (61) среди учреждений здравоохранения особого типа поименованы Центры (п.2) лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности (республиканский, краевой, областной), контроля качества и сертификации лекарственных средств, медицинский информационно-аналитический, информационно-методический по экспертизе, учету и анализу обращения средств медицинского применения (даже если вызывают сомнения основания возникновения и факт их существования), но нет никаких упоминаний о консультативно-методических или консультативно-аналитических центрах, в том числе лицензирования равно медицинской и фармацевтической деятельности, производства товаров медицинского назначения и медицинской техники.

Это однако не помешало Правительству Московской области создать Московский областной консультативно-аналитический центр в сфере медицинской и фармацевтической деятельности (54) притом, что позиционирование такого Центра в системе государственных органов Московской области не ясно – например, в Положении о Министерстве здравоохранения Московской области (53) также нет никаких упоминаний о консультативно-методических или консультативно-аналитических центрах. Ровно так же возникли и продолжают возникать в связи с региональными органами государственной власти и территориальными подразделениями Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития консультативно-аналитические центры.

Как и для других подобных, целью создания Тульского “Территориального консультативно-методического центра лицензирования медицинской деятельности” – ГУЗ ТО “ТКМЦЛМД” (144) является внедрение системы лицензирования медицинской деятельности, осуществляемой на территории Тульской области, для обеспечения защиты прав потребителей медицинских услуг, повышения качества их обслуживания при переходе здравоохранения на принципы медицинского страхования, соблюдения норм и правил, установленных действующими нормативными актами.

Предметом деятельности ГУЗ ТО “ТКМЦЛМД” является оказание консультативно-методической помощи соискателям лицензий на медицинскую деятельность, проведение работ и услуг по экспертизе (контроль) качества медицинской помощи, осуществляемой юридическими и физическими лицами, в том числе иностранными, независимо от их подчиненности, ведомственной принадлежности, организационно-правовой формы и формы собственности, на территории Тульской области.

Аналогичным образом возникло и Федеральное государственное учреждение «Консультативно-методический центр лицензирования» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (ФГУ КМЦЛ Росздравнадзора), правда, еще более загадочно: устава этого учреждения, как и приказа о его создании нельзя обнаружить ни в одной правовой информационной системе, как и в Интернете.

В отличие от Астраханского, Курганского, Московского, Тульского и др. региональных консультативно-аналитических центров в сфере медицинской и фармацевтической

деятельности Консультативно-методический центр лицензирования позиционируется не на региональном, а на федеральном уровне – при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (65, до реформы – при Минздраве России).

Такое позиционирование подтверждается, например, тем, что Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (60, п.4) на ФГУ КМЦЛ Росздравнадзора с целью введения единого реестра лицензий предоставленных, приостановленных, возобновленных, продленных и аннулированных лицензий на медицинскую деятельность возложена обязанность обеспечить формирование единого реестра лицензий на медицинскую деятельность, его анализ, представление в Минздрав России и размещение на сайте [www.medlicenz-reestr.ru](http://www.medlicenz-reestr.ru) (со времени издания Приказа в 2003 году по настоящий 2006 год сайт отсутствует). Иными словами, нельзя сказать, что Росздравнадзор дистанцируется от ФГУ КМЦЛ и от его деятельности.

Основная деятельность ФГУ КМЦЛ Росздравнадзора – оказание консультативных услуг по вопросам лицензирования (143):

- медицинской деятельности;
- фармацевтической деятельности;
- деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ;
- производства лекарственных средств;
- производства медицинской техники.

И если бы речь шла о том, что (в контексте настоящей работы – в части лицензирования медицинской деятельности) все эти региональные и федеральный Центры оказывают подобные услуги только учреждениям здравоохранения, то вопрос был бы локальным: в конце концов, это дело Федерального казначейства и Счетной Палаты РФ – выявлять злоупотребления с использованием бюджетных средств.

Но услуги этих Центров рассчитаны на все медицинские организации, лицензирующие свою деятельность. Вот где необходима максимальная диверсификация видов лицензируемой деятельности, врачебных специальностей и т.д. – ведь каждой единице лицензируемой деятельности соответствует единица оплаты таких услуг. Чем больше единиц лицензируемой деятельности, тем большей суммой поступает соискатель лицензии на оплату этих услуг. Если хочет получить лицензию – ведь Консультативно-методический центр лицензирования относится к Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, выдающей лицензии. Иными словами, сложилась добровольно-принудительная монополия консультативно-методических центров лицензирования, без обращения в которые лицензию не получить, а обращение выливается в сумму, в любом случае большую, чем лицензионный сбор.

Подобный опыт накапливался годами. Известны, например, прежние ставки за регистрацию зарубежных лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения (Таблица 1 – предусматривается необходимость проведения “консультативно-экспертных работ” в ФГУ КАЦККЛС, заключение которого является необходимым условием регистрации зарубежных лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения).

Орган власти и управления	Нормативный акт	Получатель платежа (аффилированное лицо)	Стоимость барьера
Министерство здравоохранения РФ	Приказ Министерства здравоохранения РФ № 288 от 25 июля 2001 г. “О создании Федерального государственного учреждения “Консультативно-аналитический центр по вопросам контроля качества лекарственных средств и изделий медицинского назначения (ФГУ КАЦК-КЛС)”	Федеральное государственное учреждение “Консультативно-аналитический центр по вопросам контроля качества лекарственных средств и изделий медицинского назначения (ФГУ КАЦК-КЛС)”	Стоимость работ по одному лекарственному препарату составляет 12 тыс. долларов (!)

Список организаций, устанавливающих административные барьеры, в том числе через аффилированные структуры (147)

Это не означает, что консультационная помощь соискателям лицензий не нужна. Напротив, абсолютное большинство из них в ней нуждаются. Однако, повсеместно консалтинг – дело добровольное и предлагаемое в условиях конкуренции. Нигде в мире нет монополии государства на консалтинг при лицензировании какой бы то ни было деятельности. Правда, нигде в мире (кроме стран СНГ) нет и учреждений при государственной власти, которые, не являясь государственными органами, вполне успешны в бизнесе на основе административного ресурса, негласно обуславливая получение лицензии с оплатой консультационных услуг.

Несмотря на то, что есть прямые – давние и недавние – запреты на осуществление такого бизнеса:

1. Запрещается образование министерств, государственных комитетов, других федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления с целью монополизации производства или реализации товаров, а также наделение существующих министерств, государственных комитетов или других структур государственного управления полномочиями, осуществление которых имеет либо может иметь своим результатом ограничение конкуренции. Запрещается совмещение функций федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления с функциями хозяйствующих субъектов, а также наделение хозяйствующих субъектов функциями и правами указанных органов, в том числе функциями и правами органов государственного надзора, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации (16, п.2. ст.7<sup>2</sup>).

2. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития не вправе осуществлять в установленной сфере деятельности оказание платных услуг (51, п.7).

Допущенная законом товарная (экономическая, предпринимательская) деятельность государственных учреждений осуществляется за границей механизма государства.

Подведомственные государственным органам и не относящиеся к механизму государства, но соответствующие функции государства в соответствующем сегменте социальной сферы государственные учреждения могут ее осуществлять – это учреждения здравоохранения, образования и т.д.

2 см. корреспондирующие нормы действующего закона «О защите конкуренции».

Не являющиеся государственными органами, но состоящие в инфраструктуре государственных органов и причастные к осуществлению ими публичных функций государственные учреждения не могут осуществлять деятельность с результатом, имеющим форму товара.

«Когда прекратим практику, при которой таможенные органы и представители бизнес-структур сливаются там в экономическом экстазе?» - спросил Президент, обращаясь к главе Минэкономразвития Герману Грефу на совещании с членами правительства 22.06.06. Однако бизнес-структуры в экономическом экстазе не только сливаются с государственными органами и не только на границе страны, но и порождаются государственными органами на границе между обществом и государством. Общее в обоих случаях – то, что экономический экстаз происходит из самого механизма государства.

Изложенное позволяет сделать следующие выводы:

1. Проблема надзора в здравоохранении создается неразработанностью политики, отсутствием формальной определенности оснований и усугубляющейся порочностью сложившейся практики государственного надзора.

2. Политика правового государства в сфере надзора в гражданском обществе вкратце должна сводиться к следующему:

2.1. актом надзора государство ручается перед обществом за лицензиата в том, что при соблюдении им требований безопасности неправомерные неблагоприятные последствия его деятельности не наступят;

2.2. за отклонение от этих требований безопасности лицензиат несет самостоятельную ответственность;

2.3. за наступление неблагоприятных последствий деятельности при соблюдении лицензиатом требований безопасности государство несет солидарную с ним ответственность перед пострадавшим.

3. Основания государственного надзора должны соответствовать политике государства в области надзора, основываться на положениях Конституции и иных законов и быть исчерпывающе определенными, чтобы подзаконное нормотворчество не смогло их иначе истолковывать, расширять и восполнять содержащиеся в них пробелы.

4. Осуществление не являющимися государственными органами, но состоящими в инфраструктуре государственных органов и причастными к осуществлению ими публичных функций государственными учреждениями товарной деятельности (оказание консультационных услуг бизнесу), в том числе в сфере государственного надзора, противозаконно.

### **Раздел 1.1.2. Проблемы позиционирования органов размещения средств финансирования здравоохранения<sup>3</sup>**

Согласно Конституции Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений (32, п.1 ст.41).

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан источниками финансирования охраны здоровья граждан являются (21, ст.10):

---

<sup>3</sup> Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Позиционирование органов размещения средств финансирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.5-9.

- 1) средства бюджетов всех уровней;
- 2) средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование в соответствии с Законом Российской Федерации “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации”;
- 3) средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан;
- 4) средства государственных и муниципальных предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов, общественных объединений;
- 5) доходы от ценных бумаг;
- 6) кредиты банков и других кредиторов;
- 7) безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;
- 8) иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации.

Из этих источников формируются финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения и финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования (17, ст.10).

Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования создаются Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения (17, ст.12). Обязанность реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования вменена не государственному органу, а государственной финансово-кредитной организации, не имеющей статуса государственного органа.

Наряду с Пенсионным фондом, Фондом социального страхования, Государственным фондом занятости населения, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования отнесен законом к числу государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (122, ст.144).

Государственный внебюджетный фонд - форма образования и расходования денежных средств, образуемых вне федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации (122, ст.6). Государственный внебюджетный фонд - фонд денежных средств, образуемый вне федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации и предназначенный для реализации конституционных прав граждан на пенсионное обеспечение, социальное страхование, социальное обеспечение в случае безработицы, охрану здоровья и медицинскую помощь. Расходы и доходы государственного внебюджетного фонда формируются в порядке, установленном федеральным законом, либо в ином порядке, предусмотренном бюджетным законодательством (122, ст.13). Вне федерального бюджета образуются государственные фонды денежных средств, управляемые органами государственной власти Российской Федерации и предназначенные для реализации конституционных прав граждан на социальное обеспечение по возрасту; социальное обеспечение по болезни, инвалидности, в случае потери кормильца, рождения и воспитания детей и в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации о социальном обеспечении; социальное обеспечение в случае безработицы; охрану здоровья и получение бесплатной медицинской помощи. Средства государственных внебюджетных фондов вообще и фондов обязательного медицинского страхования в частности находятся в федеральной собственности, не входят в состав бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации и изъятию не подлежат (17, ст.12; 122, ст.143).

Иными словами, законодательство государственным внебюджетным фондом признает объект – фонд денежных средств, находящихся в федеральной собственности наряду со средствами бюджета.

Субъектную организацию государственных внебюджетных фондов бюджетное законодательство выносит за пределы сферы своего действия: правовой статус, порядок создания, деятельности и ликвидации государственных внебюджетных фондов определяются федеральным законом в соответствии с бюджетным законодательством (122, п.2 ст.143).

Однако впоследствии принимаются лишь законы о бюджетно-распределительных приходно-расходных операциях с объектом (о бюджете и об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на соответствующие годы), но не закон о субъектном статусе этого фонда.

Первоначально действовало Постановление Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 22 сентября 1993 г. N 930 (46), в соответствии с которым субъектный статус был придан Исполнительной дирекции Федерального фонда обязательного медицинского страхования как постоянно действующему органу фонда. Дирекция в период между заседаниями правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования решает все вопросы деятельности фонда, кроме тех, которые входят в исключительную компетенцию правления. Имущество и денежные средства Федерального фонда находятся в полном хозяйственном ведении дирекции. Дирекция подотчетна Верховному Совету Российской Федерации, Совету Министров - Правительству Российской Федерации и правлению Федерального фонда обязательного медицинского страхования (46, п.1).

По вступлении в действие Бюджетного кодекса Российской Федерации вместо Положения об исполнительской дирекции Федерального фонда обязательного медицинского страхования был утвержден Устав Федерального фонда обязательного медицинского страхования (118). Тем самым фонду обязательного медицинского страхования придано положение субъекта права, а не объекта прав.

В соответствии с Уставом основными задачами фонда являются (118, п.7):

1) финансовое обеспечение установленных законодательством Российской Федерации прав граждан на медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования в целях, предусмотренных Законом Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации";

2) обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории Российской Федерации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

3) аккумулирование финансовых средств Федерального фонда для обеспечения финансовой стабильности системы обязательного медицинского страхования.

В целях выполнения основных задач Федеральный фонд (118, п.8):

- осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

- разрабатывает и в установленном порядке вносит предложения о размере взносов на обязательное медицинское страхование;

- осуществляет в соответствии с установленным порядком аккумулирование финансовых средств Федерального фонда;

- выделяет в установленном порядке средства территориальным фондам обязательного медицинского страхования, в том числе на безвозвратной и возвратной основе, для выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования;



- осуществляет совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования и органами Государственной налоговой службы Российской Федерации контроль за своевременным и полным перечислением страховых взносов (отчислений) в фонды обязательного медицинского страхования;

- осуществляет совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроль за рациональным использованием финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения соответствующих ревизий и целевых проверок;

- осуществляет в пределах своей компетенции организационно-методическую деятельность по обеспечению функционирования системы обязательного медицинского страхования;

- ежегодно в установленном порядке представляет в Правительство Российской Федерации проекты федеральных законов об утверждении бюджета Федерального фонда на соответствующий год и о его исполнении.

- осуществляет в соответствии с законодательством Российской Федерации расходы на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами.

Взносы в государственные социальные внебюджетные фонды относятся к федеральным налогам и сборам (123, п.6 ст.13). В случаях, предусмотренных законодательством о налогах и сборах, полномочиями налоговых органов обладают и органы государственных внебюджетных фондов. Налоговые органы, органы государственных внебюджетных фондов и таможенные органы действуют в пределах своей компетенции и в соответствии с законодательством Российской Федерации (123, ст.30). За отказ предприятий, учреждений, организаций и иных хозяйствующих субъектов независимо от форм собственности от регистрации в качестве плательщиков страховых взносов, за сокрытие или занижение сумм, с которых должны начисляться страховые взносы, за нарушение установленных сроков их уплаты к плательщикам страховых взносов применяются финансовые санкции. Уплата штрафа и (или) пени не освобождает страхователя от обязательств по медицинскому страхованию. При взыскании в бесспорном порядке штрафа и (или) пени Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования пользуются правами, предоставленными налоговым органам Российской Федерации по взысканию не внесенных в срок налогов (17, ст.27). Фонды обязательного медицинского страхования осуществляют фискальные функции, функции налоговых органов.

Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование. Страхователями при обязательном медицинском страховании являются: для неработающего населения - Советы Министров республик в составе Российской Федерации, органы государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация; для работающего населения - предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, и лица свободных профессий (далее предприятия) (17, ст.2). При недостатке средств местного бюджета страховые взносы дотируются за счет соответствующих бюджетов в порядке, установленном Советом Министров Российской Федерации (17, ст.17). Помимо поступлений от хозяйствующих субъектов, бремя взносов в фонды обязательного медицинского страхования несет бюджет.

Договор медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования. Форма типовых договоров обязательного и добровольного медицинского страхования, порядок и условия их заключения устанавливаются Советом Министров Российской Федерации (17, ст.4). Будучи обязательным по закону, обязательное медицинское страхование требует заключения договора страхователем и страховщиком. В заключении такого договора страхователь не волен: и его обязанность заключить договор предусмотрена законом, и размер страховых взносов предопределен без его согласия.

Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая (17, ст.3). Ни страхователь, ни застрахованный не несут затрат при наступлении страхового случая, но и не причастны к обязательствам по договору между страховщиком (страховой медицинской организацией) и медицинской организацией (учреждением здравоохранения). Равным образом, страховщик не причастен ни к интересам застрахованных, ни к интересам медицинских организаций – объективно его интерес состоит в том, чтобы сэкономить финансовые средства, поменьше оплатив вторым медицинские услуги, потребленные первыми.

Тарифы на медицинские услуги при обязательном медицинском страховании определяются соглашением между страховыми медицинскими организациями, Советами Министров республик в составе Российской Федерации, органами государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местной администрацией и профессиональными медицинскими ассоциациями. Тарифы должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений и современный уровень медицинской помощи (17, ст.24). Притом что в установлении тарифов на медицинские услуги при обязательном медицинском страховании учреждения здравоохранения не участвуют, и механизм обеспечения рентабельности медицинских организаций при установлении таких тарифов законом не предусмотрен.

Подытоживают изложенное следующие обобщения:

1. Государственным внебюджетным фондом законодательство признает объект – фонд денежных средств, находящихся в федеральной собственности наряду со средствами бюджета. Одновременно фондам обязательного медицинского страхования придано положение субъекта права. При этом обязанность реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования вменена не государственному органу, а государственной финансово-кредитной организации, не имеющей статуса государственного органа.

2. Будучи обязательным по закону, обязательное медицинское страхование требует заключения договора страхователем и страховщиком. В заключении такого договора страхователь не волен: и его обязанность заключить договор предусмотрена законом, и размер страховых взносов предопределен без его согласия.

3. Ни страхователь, ни застрахованный не причастны к обязательствам по договору между страховщиком (страховой медицинской организацией) и медицинской организацией (учреждением здравоохранения). При этом страховщик не причастен ни к интересам застрахованных, ни к интересам медицинских организаций – объективно его интерес

состоит в том, чтобы сэкономить финансовые средства, поменьше оплатив вторым медицинские услуги, потребленные первыми.

4. Помимо поступлений от хозяйствующих субъектов, взносы в фонды обязательного медицинского страхования производятся из бюджета. Наряду с финансированием из внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования учреждения здравоохранения получают финансирование из бюджета. По существу, происходит круговорот государственных средств финансирования здравоохранения между бюджетом и внебюджетными фондами, между органами управления здравоохранением, фондами обязательного медицинского страхования и государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения.

5. Притом что в установлении тарифов на медицинские услуги при обязательном медицинском страховании учреждения здравоохранения не участвуют, и механизм обеспечения рентабельности медицинских организаций при установлении таких тарифов законом не предусмотрен.

Наряду с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования существуют территориальные фонды ОМС, действующие во всех регионах страны (8, 45). Изначально поступления взносов работодателей в территориальные фонды автономны от поступлений взносов в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Для погашения задолженности территориальных бюджетов перед территориальными фондами ОМС за неработающее население не существует действенных механизмов ответственности. Финансовый клиринг между территориальными фондами ОМС не налажен. Тарифы, по которым оплачивается медицинская помощь из средств ОМС, в каждом регионе устанавливаются самостоятельно и разнятся. В результате по замыслу единая система обязательного медицинского страхования представляет собой совокупность удельных финансово-кредитных институтов, самодостаточных в приходно-расходных операциях и имеющих претензии друг к другу и к органам исполнительной власти, но отстраненных от нужд практического здравоохранения.

В ходе административной реформы в соответствии с Указом Президента Российской Федерации (116) создано Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию (52).

Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом в сфере здравоохранения и социального развития, включая:

- оказание медицинской помощи,
- предоставление услуг в области курортного дела,
- организацию судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз,
- оказание протезно-ортопедической помощи,
- реабилитацию инвалидов,
- организацию предоставления социальных гарантий, установленных законодательством Российской Федерации для социально незащищенных категорий граждан,
- социальное обслуживание населения,
- проведение медико-социальной экспертизы,
- донорство крови, трансплантацию органов и тканей человека.

Для этих целей Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию:

- проводит в установленном порядке конкурсы и заключает государственные контракты на размещение заказов на поставку товаров, оказание услуг, выполнение работ, включая научно-

исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы для государственных нужд в установленной сфере деятельности, в том числе для обеспечения нужд Агентства;

- осуществляет в порядке и пределах, определенных федеральными законами, актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации, полномочия собственника в отношении федерального имущества, необходимого для обеспечения исполнения функций федеральных органов государственной власти в установленной сфере деятельности, в том числе имущества, переданного федеральным государственным унитарным предприятиям, федеральным государственным учреждениям и казенным предприятиям, подведомственным Агентству;

- организует деятельность государственной службы медико-социальной экспертизы, государственной службы реабилитации инвалидов и государственной службы реабилитационной индустрии; Всероссийского центра медицины катастроф; по профессиональной переподготовке, повышению квалификации медицинских, санитарно-эпидемиологических и фармацевтических работников, работников сферы социального развития и курортного дела, а также отдельных категорий работников по вопросам охраны труда; по установлению причинной связи заболевания, инвалидности или смерти с воздействием радиации; по установлению связи заболевания с профессией; по возмещению вреда, причиненного здоровью граждан, пострадавших вследствие радиационных аварий и катастроф;

- осуществляет экономический анализ деятельности подведомственных федеральных государственных унитарных предприятий и утверждает экономические показатели их деятельности, проводит в подведомственных организациях проверки финансово-хозяйственной деятельности и использования имущественного комплекса; функции государственного заказчика федеральных целевых, научно-технических и инновационных программ и проектов в сфере деятельности Агентства; функции главного распорядителя и получателя средств федерального бюджета в части средств, предусмотренных на содержание Агентства и реализацию возложенных на Агентство функций; иные функции по управлению государственным имуществом и оказанию государственных услуг в установленной сфере деятельности, если такие функции предусмотрены федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации.

Агентства выполняют функции агента. Агентом является посредник, совершающий по поручению другой стороны (принципала) юридические и иные действия от своего имени, но за счет принципала либо от имени и за счет принципала (119, п.1 ст.100).

Отсюда следует, что:

- 1) агентство призвано выполнять функции посредника;
- 2) посреднические функции агентство осуществляет в договорных отношениях с хозяйствующими субъектами.

Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию опосредует отношения государства в качестве плательщика с исполнителями соответствующих услуг.

При этом:

- 1) Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию (включая центральный аппарат, территориальные подразделения и образованные ими учреждения) не является исполнителем медицинских и любых иных услуг.

- 2) Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию действует не в порядке административного управления деятельностью исполнителей услуг, а в качестве стороны договора;

3) Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию от имени государства осуществляет функции плательщика за услуги.

Таким образом, возлагаемые на агентства функции по оказанию государственных услуг являются функциями по оплате государством услуг, оказываемых их исполнителями – хозяйствующими субъектами (101, С.5).

Однако административная реформа не ликвидировала институт региональных и муниципальных органов управления, которые сохранились в прежнем виде и как прежде получают финансирование из региональных и муниципальных бюджетов.

Тем самым наряду с Пенсионным фондом, Фондом социального страхования, Государственным фондом занятости населения, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, территориальными фондами ОМС, не являющимися государственными органами, а также региональными и муниципальными органами управления здравоохранением возник федеральный государственный орган (Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию), специально предусмотренный для осуществления функций по оплате государством услуг, оказываемых хозяйствующими субъектами.

Если Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в качестве субъекта (финансово-кредитного учреждения) управляет финансовыми активами федеральной части внебюджетного фонда, территориальные фонды ОМС – находящимися в их ведении финансовыми активами региональных частей государственного внебюджетного фонда, то Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию и его территориальные подразделения осуществляет управление средствами федерального бюджета, а комитеты, департаменты, министерства здравоохранения субъектов Федерации – региональными бюджетами здравоохранения. Двуканальность финансирования здравоохранения этим не устраняется, а увеличившаяся множественность источников финансирования здравоохранения лишь усложняет административную иерархию и увеличивает расходы на ее содержание, отдаляя практическое здравоохранение от источников его финансирования.

## § 1.2. Проблемы современного состояние идеологии здравоохранения<sup>4</sup>

Идеология (от греч. idea - представление и logos – учение) – это учение об идеях, наука о познании; это система взглядов, идей, убеждений, ценностей и установок, выражающих интересы различных социальных групп, классов, обществ, в которых осознаются и оцениваются отношения людей к действительности и друг к другу, социальные проблемы и конфликты; а также содержатся цели (программы) социальной деятельности, направленной на закрепление или изменение существующих общественных отношений (slovari.yandex.ru).

Идеология не тождественна политике. Политика – это учение о способах достижения государственных целей (slovari.yandex.ru). В отечественном понимании политика – это удел государства<sup>5</sup>. Для реализации политики в ее **основе** должна лежать соответствующая

---

<sup>4</sup> Тихомиров А.В. Современное состояние идеологии здравоохранения Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.2-4.

<sup>5</sup> Это правило не без исключений. Пришедшее из-за рубежа понятие политики применяется и в частноправовых отношениях, например, в сфере бухгалтерского учета: под учетной политикой организации понимается принятая ею совокупность способов ведения бухгалтерского учета - первичного наблюдения, стоимостного измерения, текущей группировки и итогового обобщения фактов хозяйственной деятельности; дисконтная политика - политика повышения или понижения учётных ставок, проводимая центральными эмиссионными банками капиталистических стран в целях воздействия на спрос и предложение ссудных капиталов, состояние платёжного баланса и валютные курсы, и т.д.

идеология. Идеология является основой политики, основанием ее осуществления. В отсутствие своего основания (идеологии) политика строиться не может.

Идеология придает политике не только основательность, но и системность. Как **система** взглядов, идей, убеждений, ценностей и установок идеология создает системную основу соответствующей политики государства.

Системность идеологии как основы политики государства порождает **государственность** как особый признак идеологии и политики: если политика – удел государства, то создающая ее основу идеология не может происходить извне государства. Иными словами, государство формирует государственную идеологию как системную основу государственной политики в соответствующей сфере деятельности.

Как известно, первую систему здравоохранения создало Советское государство. Системообразующими принципами здравоохранения были всеобщность, доступность, бесплатность квалифицированной специализированной медицинской помощи и др. Эти принципы составляли основу идеологии здравоохранения того времени и по-разному были представлены во всех советских конституциях, в последней из них – так: граждане СССР имеют право на охрану здоровья. Это право обеспечивается **бесплатной квалифицированной** медицинской помощью, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения; расширением сети учреждений для лечения и укрепления здоровья граждан; развитием и совершенствованием техники безопасности и производственной санитарии; проведением широких профилактических мероприятий; мерами по оздоровлению окружающей среды; особой заботой о здоровье подрастающего поколения, включая запрещение детского труда, не связанного с обучением и трудовым воспитанием; развертыванием научных исследований, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости, на обеспечение долголетней активной жизни граждан (ст.42). Политика здравоохранения выражалась и обнародовалась в документах партийных съездов.

Смешение экономических, организационных и медико-технологических принципов в то время не имело значения: государство охватывало всю экономику, а здравоохранение было интегрировано в механизм государства.

С изменением политического устройства в России содержательные различия принципов идеологии здравоохранения приобрели определяющее значение: подходы к экономике и организации здравоохранения мерой медико-технологических принципов стали невозможны.

В современной Конституции Российской Федерации сохранены только экономические и организационные принципы: каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь **в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения** оказывается гражданам **бесплатно** за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. В Российской Федерации **финансируются** федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию (32, п.п.1-2 ст.41). Политика постсоветского государства не находит выражения ни в каких государственных документах.

Но если экономические принципы идеологии здравоохранения (финансирование государством бесплатной для граждан медицинской помощи) подходят равно для прежнего и настоящего государственного устройства, то организационные принципы – оказание та-

кой помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения – нет.

Существуют пути устройства той или иной сферы деятельности, которые являются общепринятыми в разных государствах. Заимствованию одним государством опыта другого могут препятствовать разные факторы и, прежде всего, различия правовых систем.

Существуют и особые, свойственные конкретному государству пути развития в той или иной сфере деятельности. Продвижение по этим путям тогда успешно, когда они в своей основе не содержат фатальных пороков.

Постсоветская Россия оказалась перед выбором апробированных путей других государств, опасных в случае бездумного заимствования зарубежного опыта полным разрушением здравоохранения, либо самостоятельных путей, чреватых теми же последствиями.

В отсутствие в течение длительного времени пригодных для современного периода организационных принципов идеологии здравоохранения происходит ползучее внедрение зарубежного опыта (например, появление института врачей общей практики), несмотря на неприятие медицинской общественностью(11) не угрожающее здравоохранению: опасен полный слом его существующего устройства, а не частичное заимствование зарубежного опыта.

Вопрос идеологии здравоохранения состоит не в противопоставлении организационных новаций традиционным институтам, а в нахождении того рычага, который позволит репозиционировать здравоохранение, придать ему необходимую устойчивость для последующего развития в существующих политических, экономических и юридических реалиях.

Следовательно, дело не в том, чтобы одну врачебную специальность заменить другой или предпочтениями в заработной плате привлечь врачей из одной сферы медицинской деятельности в другую, равно как не в том, чтобы насытить здравоохранение финансированием до уровня зарубежных государств. Задача идеологии здравоохранения состоит в том, чтобы создать равные условия для развития всех его составляющих – традиционных и инновационных – в соответствии с реальными, а не нормативными потребностями общества с учетом отечественной специфики.

Для этого необходимо, с одной стороны, осмысление зарубежного опыта устройства здравоохранения, с другой – устранение тех атавистических препятствий, которые являются наследием прежнего времени, непригодным для настоящего.

Что у нас в здравоохранении есть такого, чего нет за рубежом? Это – **учреждения здравоохранения**. Нигде в мире (кроме стран СНГ) нет учреждений здравоохранения как медицинских организаций, основанных на государственном или муниципальном имуществе. Повсеместно медицинские организации основаны на собственном имуществе, на частной собственности. Везде они существуют в форме коммерческих или некоммерческих организаций, но всегда имущественно самостоятельны и в принадлежности имущества независимы, в том числе от государства, даже в тех странах, в которых существует государственное здравоохранение. Следовательно, государственность здравоохранения никак не связана с принадлежностью имущества медицинских организаций.

Отсюда возникает вопрос, в чем состоит государственность здравоохранения.

В каких странах существует государственное здравоохранение? В тех, в которых медицинская помощь гражданам оплачивается государством. Чтобы иметь возможность оплачивать медицинскую помощь гражданам, получающим ее бесплатно, государство должно собирать специализированные налоги. Если государство не взимает налогов на здравоохранение, ему не из чего платить за бесплатную для граждан медицинскую помощь. Если государство ориентировано на частичную оплату медицинской помощи гражданам, то на условиях либо соплатежей, либо частичного объема для всех, либо полного объема для части

граждан (с возможными переходными вариантами). В случаях, когда не государство платит за медицинскую помощь, ее оплачивают либо сами граждане, либо в их пользу третьи лица (работодатели, страховщики, благотворительные организации и т.д.). В той мере, в какой государство оплачивает из аккумулированных налогов медицинскую помощь гражданам, здравоохранение является государственным. Следовательно, государственность здравоохранения – это оплата государством медицинской помощи гражданам за счет налогов.

Неполнота оплаты государством медицинской помощи гражданам породила существующие негосударственные системы оплаты такой помощи, в частности посредством страхования. Различия государственных и негосударственных источников оплаты медицинской помощи гражданам в их пользу послужили основой для различения бюджетной, страховой и бюджетно-страховой моделей финансирования здравоохранения. Эти модели финансирования здравоохранения нередко интерпретируются как системы здравоохранения, что неверно: сфера финансирования здравоохранения со сферой оказания медицинских услуг не смешиваемы как стороны противоположных интересов.

Но ровно это и произошло с отечественным здравоохранением. Его прежнее государственное устройство по модели Семашко с введением обязательного медицинского страхования создало нигде более не известную бюджетно-страховую модель финансирования и замкнуло здравоохранение в единый самодостаточный финансово-производственный механизм под эгидой государства, в котором граждане как получатели медицинской помощи оказались лишним звеном.

А что у нас в здравоохранении появилось такое, что всегда существовало за рубежом? Это – **товарные отношения**. Повсеместно в мире медицинская помощь изначально имела товарную форму, а в России понятие услуги возникло лишь в новых экономических условиях. Только в этих условиях результат медицинской деятельности приобрел форму товара.

И если в остальных сферах деятельности товарные отношения стали обыденностью, то здравоохранение к этому оказалось не готово.

В отечественном здравоохранении, во-первых, не сложилось понимание сторон товарных отношений. Именно этим объясняется смешение на государственном уровне платежного института с институтом товаропроизводителей. Стало нормой рассуждать об органах управления здравоохранением как покупателях услуг и учреждениях здравоохранения как продавцах услуг вопреки смыслу их отношений в пользу третьих лиц – граждан; о государственных и муниципальных услугах вопреки тому, что государство не состоит в товарных отношениях с гражданами, и т.д.

Во-вторых, в отечественном здравоохранении не сложилось понимание содержания товарных отношений и составляющего их обмена ценностями. В результате за товар принимается то, что им не является (медицинское страхование), а цена за действительный товар (медицинскую услугу) устанавливается нерыночным способом, нормативно, притом что само понятие медицинской услуги в качестве товара (койко-день, посещение) не является эквивалентно-определенным в качестве объекта отчуждения.

В-третьих, в отечественном здравоохранении не сложилось понимание хозяйствующего субъекта. В результате хозяйствующий субъект *de jure* (учреждения здравоохранения) не является таковым *de facto*, а те, кто не является хозяйствующим субъектом (врачи – работники учреждений здравоохранения, учреждения при органах управления здравоохранением), осуществляет экономическую деятельность; одинаковые в качестве хозяйствующих субъектов экономические единицы (учреждения здравоохранения и частные медицинские организации) и производимый ими продукт разделяются по признакам иму-



публичной принадлежности и источника финансирования деятельности; практикуется страхование профессиональной ответственности врачей вместо страхования гражданской ответственности хозяйствующих субъектов и т.д.

Государственность здравоохранения в отечественном варианте – это и содержание медицинских организаций (учреждений здравоохранения), и оплата их деятельности государством; системность – объединение органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения по имущественной принадлежности (государственная и муниципальная системы здравоохранения); основательность – ведомственное нормотворчество, непригодное для применения в отношении частных медицинских организаций, а нередко противоречащее объективному(58, 56) или субъективному(62) праву. На этом остается построенной идеология современного отечественного здравоохранения.

В результате государство оказалось на перепутье: с одной стороны, построенное на такой идеологии здравоохранение достигло низшего предела, но требует все большего финансирования; с другой стороны, адекватной политическим, экономическим и юридическим реалиям альтернативы существующей идеологии не появилось.

Вместо такой альтернативы возникают и множатся всевозможные медицинские предложения. Новой идеологией здравоохранения предлагается признать «уникальную систему лечения и оздоровления, основанную на теории П.К. Анохина об опережающем отражении нервной системы» Г.Н.Сытина(148), «интегративную медицину»(133) и т.д.

Очевидно, что этого недостаточно.

Необходима дальнейшая диверсификация функций в здравоохранении. Направление этому придала административная реформа. Введение министерств, федеральных служб и федеральных агентств позволило разделить политические функции, функции надзора и платежные функции государства, в том числе в здравоохранении. Однако с этим не произошло разделение деятельности с результатом, не имеющим товарной формы (государственных и муниципальных органов), и деятельности с результатом, имеющим форму товара (учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций). Не произошло также разделения экономической деятельности по предмету финансирования (по видам договоров и пр.) и соответствующей ему диверсификации направлений финансирования здравоохранения. Равным образом, не произошло выделения и обособления государственного платежного института от посреднического механизма системы обязательного медицинского страхования.

Необходима дифференциация принципов, лежащих в основе идеологии здравоохранения, и применение тех из них там и тогда, где и когда именно они применимы. Нельзя применять медико-технологические принципы там, где применимы экономические и организационные принципы, и наоборот. Нужна разработка таких принципов в границах каждой группы как незыблемых на перспективу оснований выработки идеологии и формирования политики здравоохранения.

Необходимо различение идеологии реформирования и идеологии развития здравоохранения. Нельзя мерой реформ подходить к развитию здравоохранения, и наоборот. Реформы найдут свое завершение, после чего наступит время планомерной реализации идеологии развития здравоохранения. Идеология реформирования должна определять политику реформирования, идеология развития – политику развития здравоохранения.

### § 1.3. Современные проблемы развития отечественного здравоохранения<sup>6</sup>

Здравоохранение как социальная функция государства осуществляется им за счет имущества (казны), находящегося в собственности государства (бюджетные и внебюджетные средства). На эти же цели расходуются составляющие казну средства бюджета муниципальных образований.

Тем самым выполнение социальной функции государства и муниципальных образований имеет имущественное обеспечение.

Поэтому здравоохранение разделяет два полюса: полюс социальных ориентиров и полюс имущественных ориентиров. Достижение социальных ориентиров осуществляется ценой непрогнозируемых имущественных затрат, а достижение имущественных ориентиров – ценой непрогнозируемых социальных утрат.

Нахождение компромиссного баланса между социальными и имущественными ориентирами возможно. Однако при этом и социальный результат будет не идеальным, и имущественный результат для государства и муниципальных образований составит невосполнимые потери (невосполнимыми эти потери станут потому, что государственные или муниципальные средства финансирования здравоохранения складываются из налогов, которые добавочную стоимость не создают).

Следовательно, здравоохранение стоит на перепутье трех дорог: **к социальным ориентирам, к имущественным ориентирам и к балансу между ними.**

Однако вместо выбора движения по горизонтали здравоохранение до сих пор занято строительством вертикали – системы.

Основы законодательства об охране здоровья граждан, проведя системообразование здравоохранения по формам собственности, разграничили государственную, муниципальную и частную системы здравоохранения. Если прежде система здравоохранения была объединена административной соподчиненностью субъектов, то в настоящее время вместо одной существует три системы, разьединенных принадлежностью объектов (имущества). Имущественная принадлежность не является фактором системообразования. Частная медицина не консолидирована в систему формой собственности. А включение в государственную и муниципальную системы здравоохранения и учреждений здравоохранения, и органов управления здравоохранением, объединенных имущественной принадлежностью, но не единством характера деятельности, является фактором разъединения.

Системообразование здравоохранения по имущественной принадлежности отражает лишь отраслевое обособление имущества здравоохранительного назначения – как закрепленного за учреждениями здравоохранения, так и предназначенного для финансирования здравоохранения имущества в казне собственника.

Проблемой здравоохранения признается двойственность источников финансирования: из бюджета и внебюджетных фондов.

Финансированием системообразование здравоохранения не обусловлено. Величина консолидированного бюджета здравоохранения, то есть совокупности бюджетных и внебюджетных средств, вкладываемых из казны в здравоохранение, или доли в ВВП, служит целям не объединения в систему, а учета затрат собственника этих средств.

В пределах консолидированного бюджета источники финансирования здравоохранения имеют отношение к государственной и муниципальной системам здравоохранения в том,

---

6 Тихомиров А.В. Проблемы развития здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право, 2004, № 5, С.2-6.

что и имущество учреждений здравоохранения, и предназначенные для них бюджетные и внебюджетные средства являются государственной или муниципальной собственностью.

Однако, во-первых, бюджетные (в порядке социального заказа) и внебюджетные (из фондов ОМС) средства могут поступать к частным медицинским организациям, а не только к государственным или муниципальным учреждениям здравоохранения, уменьшая долю участия последних в освоении консолидированного бюджета здравоохранения.

Во-вторых, помимо бюджета и внебюджетных фондов государственные и муниципальные учреждения здравоохранения оказывают медицинские услуги, плату за которые вносят сами их получатели или иные лица (страховщик при добровольном медицинском страховании, работодатель, благотворительные организации и т.д.). Эта плата, поступая в принадлежность учреждений здравоохранения, обращается в собственность государства или муниципального образования.

Тем самым как из собственности государства или муниципальных образований выбывает, так и в их собственность поступает имущество (денежные средства) здравоохранительного назначения.

Отсюда источники финансирования здравоохранения, как и имущественная принадлежность, не являются фактором системообразования здравоохранения.

Единственным, что объединяет и учреждения здравоохранения, и частные медицинские организации, является их деятельность. Результат деятельности и тех, и других **имеет форму товара** – медицинской услуги.

И, напротив, именно это и отличает тех и других от государственных или муниципальных органов, в частности органов управления здравоохранением, результат деятельности которых **не имеет товарной формы** – свою деятельность они осуществляют за счет поступлений из бюджета, происходящих из налогов.

То, что учреждения здравоохранения являются бюджетными и основаны на имуществе государственной или муниципальной принадлежности, или что плательщиком за оказываемые ими медицинские услуги выступает бюджет или внебюджетные фонды ОМС, не придает этим услугам характера государственных или муниципальных (бюджетных) услуг. Такие услуги оказываются не государством или муниципальным образованием, а учреждениями здравоохранения – юридическими лицами, являющимися при их оказании хозяйствующими субъектами.

Государство или муниципальное образование является плательщиком за оказываемые гражданам учреждениями здравоохранения медицинские услуги. Государство оплачивает эти услуги из казны: из бюджета или внебюджетного фонда, а муниципальное образование – только из бюджета.

Начавшаяся в государстве административная реформа, расставила все по своим местам, как это принято за рубежом в странах с развитым экономическим оборотом: политическую роль исполняют федеральные министерства, надзорную – федеральные службы, а платежную – федеральные агентства.

Однако, едва начавшись, административная реформа встретила множество труднопреодолимых препятствий. В основе этих препятствий лежит существенное расхождение между установлениями закона и сложившейся практикой управления.

Административная реформа рассчитана на изменение соответствующей сферы, регулируемой нормами права. Если эта сфера регулируется не нормами права, а отличными от права понятиями, правовая реформа в ней невозможна или, по крайней мере, затруднительна.

Административная реформа рассчитана на изменение соответствующей сферы, которая регулируется в административном порядке, и не может получить распространения в сферах иного регулирования. Правовая реформа в административной сфере возможна тогда, когда сфера экономического оборота действует обособленно от нее по своим единым экономически обоснованным правилам в единых пределах, предусмотренных нормами права. Если административная реформа предусматривает интервенцию в сферу экономического оборота, в результате которой объекты оборота обособляются в зависимости от того, кто их оплачивает, либо для отдельного сегмента или для отдельной группы участников оборота предусматриваются отдельные правила, то на величину такого обособления сворачивается экономический оборот и расширяется административная сфера.

Для здравоохранения имеет первостепенное, определяющее значение, в какой сфере оно находится – **административного управления или экономического оборота.**

Выбор пути – социальных, имущественных или смешанных ориентиров – развития здравоохранения от этого не зависит. От этого зависит сама возможность развития здравоохранения.

Развитие здравоохранения возможно в условиях постоянного и по мере развития науки увеличивающегося обновления его материальных ресурсов, а потому – и роста затрат на совершенствование кадровых ресурсов и на само развитие науки.

Нахождение здравоохранения на бюджетном содержании по смете означает, что и органы управления здравоохранением, и учреждения здравоохранения получают имущественное обеспечение для потребления, расходования по заданию собственника.

По заданию собственника за счет сметы органы управления здравоохранением и учреждения здравоохранения могут приобретать имущество и не могут – его отчуждать и иным способом им распоряжаться.

Нахождение здравоохранения на бюджетном содержании по смете является высокозатратным. Емкость потребления пределов не имеет. Сколько бы средств ни было ассигновано на развитие здравоохранения, все они будут освоены. И всегда их будет недостаточно для достижения более высокого социального результата (меньшей заболеваемости, инвалидности, смертности и т.д.), тем более не являющегося показателем эффективности исключительно здравоохранения.

Нахождение здравоохранения на бюджетном содержании по смете восполняется лишь последующими поступлениями от собственника. Других источников восполнения имущества потребления содержание здравоохранения по смете собственника не предусматривает.

Бюджетное содержание по смете означает, что в отношении с иными, кроме собственника, лицами по поводу имущества основанные на нем органы и организации вступать не могут. Плодами использования органами и организациями закрепленного за ними имущества может воспользоваться только сам собственник. В отношениях с собственником они не осуществляют деятельность по поводу имущества (не производят услуг, поскольку услуги являются объектом оборота) и не извлекают доходов (поскольку доходы получаются от деятельности в обороте).

При этом производить услуги и получать доходы от их реализации могут учреждения здравоохранения и не могут – органы управления здравоохранением.

Производство и реализация медицинских услуг осуществляется учреждениями здравоохранения, во-первых, вне пределов отношений с собственником; во-вторых, на основе договора с заказчиком.

Заказчиком медицинских услуг может выступать любое лицо: как их получатель и/или

как плательщик за их получение – в свою пользу или в пользу других получателей (в зависимости от того, как складываются договорные отношения).

В любом случае неопровержимо, что:

- услуги оказываются на основании договора;
- услуги не оказываются ни на каких иных основаниях;
- в отсутствие договора нет услуги.

Плательщиком за медицинские услуги в пользу третьих лиц является бюджет (государство или муниципальное образование) в порядке социального заказа, внебюджетный фонд ОМС или страховая медицинская организация (ОМС или ДМС), благотворительная организация, работодатель за работников, родители за ребенка и т.д.

Плата за оказанные медицинские услуги составляет доходы учреждений здравоохранения. Эти доходы и приобретенное за счет них имущество поступают в самостоятельное распоряжение учреждений здравоохранения и подлежат обращению на реинвестирование их деятельности (воспроизводство).

Имущественное выражение услугам придает плата за них. Имея имущественное выражение, они не относятся к имуществу учреждений здравоохранения, поступившему от собственника, будучи основой воспроизводства имущества (доходов) из обязательств (договоров).

Полученные доходы поступают в принадлежность учреждений здравоохранения, одновременно обращаясь в собственность учредителя: насколько эффективно учреждения здравоохранения воспроизводят имущество за счет оказания медицинских услуг, настолько увеличивается собственность Российской Федерации, субъекта Российской Федерации или муниципального образования.

Тем самым возможность развития здравоохранения зависит и от того, в пользу чего будет сделан выбор – **потребления** или **воспроизводства** государственного и муниципального имущества здравоохранительного назначения. Иными словами, здравоохранение стоит перед выбором воспроизводства расходов или воспроизводства доходов.

Поскольку здравоохранение не едино по результату деятельности (не имеющему форму товара для органов управления и имеющему форму товара для учреждений здравоохранения), постольку объективно выбор (между социальной и имущественной, административной и оборотной ориентацией здравоохранения, воспроизводством расходов и воспроизводством доходов в здравоохранении) не может быть единообразным и равно пригодным для органов управления здравоохранением и для учреждений здравоохранения.

Для развития здравоохранения необходима дифференциация не по системам, а по характеру и результатам деятельности.

Чтобы выбор путей развития здравоохранения был равно пригодным как для органов управления здравоохранением, так и для учреждений здравоохранения, системобразование здравоохранения подлежит изменению.

В условиях территориально-отраслевого управления, несмотря на различия имущественной принадлежности, именно органы управления здравоохранением объединены в систему.

Учреждения же здравоохранения, как и частные медицинские организации будучи производителями медицинских услуг, осуществляют их реализацию в едином экономическом обороте. Конкурентный характер экономического оборота исключает возможность его объединения в систему. В экономическом обороте по имущественной принадлежности

исполнителей, как и по имущественной принадлежности плательщиков за медицинские услуги, можно различать государственный, муниципальный и частный секторы.

В этом случае выбор путей развития для системы органов управления здравоохранением и для государственного и муниципального секторов экономического оборота (для учреждений здравоохранения) будет не единым, но равно пригодным для них:

Система органов управления здравоохранением	Государственный и муниципальный секторы оборота медицинских услуг (учреждения здравоохранения)
Сфера социальных ориентиров	Сфера имущественных ориентиров
Сфера административного управления	Сфера экономического оборота
Сфера потребления имущества	Сфера воспроизводства имущества

Подобно федеральному министерству, региональные и муниципальные органы управления здравоохранением должны иметь структуру, соответствующую их функциям.

Региональный орган управления здравоохранением осуществляет и политическую, и надзорную, и платежную функции, а муниципальный орган управления здравоохранением, не будучи наделен государственно-властными полномочиями, - только платежную. На соответствующие социально-политические цели выделяются средства оплаты медицинских услуг, распорядителем которых являются соответствующие федеральное, региональные и муниципальные агентства. Они могут размещать в порядке социального заказа на конкурсной (договорной) основе бюджетные средства. На договорной же (но внеконкурсной) основе размещаются средства внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования. Получателями этих средств на условиях договоров являются равно государственные и муниципальные учреждения здравоохранения и частные медицинские организации.

Систему государственных органов и органов местного самоуправления охватывает сфера административного соподчинения.

Поскольку результат деятельности государственных органов и органов местного самоуправления не имеет формы товара, в этой сфере имущество не воспроизводится, а потребляется в порядке исполнения бюджета.

Вне пределов этой сферы, наряду и наравне с частными медицинскими организациями действуют государственные и муниципальные учреждения здравоохранения. Единым для них является результат деятельности, имеющий форму товара (услуги), притом что услуги не имеют юридически значимых различий в зависимости от того, кто их оказывает. Все они производят и реализуют медицинские услуги, взамен получая плату за эти услуги, которая составляет их доходы и обеспечивает их рентабельность, притом что различия в личности плательщика не имеют юридического значения. Основанием оказания услуг для всех них является договор.

Не обязательно при этом учреждения здравоохранения должны сохранить свою организационно-правовую форму. Они могут быть преобразованы в организации других форм, в том числе перейти в число частных медицинских организаций. Именно это и подтверждает общность всех организаций, оказывающих медицинские услуги: они обладают взаимно конкурирующими, но обязательно присутствующими имущественными интересами, на которые влияет не их форма, а характер их деятельности.

Чтобы быть исправным кредитором, государство (муниципальное образование) произ-

водит соответствующую рыночной стоимости и обеспечивающую рентабельность исполнителя оплату оказываемых им медицинских услуг.

Чтобы быть исправным должником, исполнитель (государственные и муниципальные учреждения здравоохранения и частные медицинские организации) оказывает получателям (гражданам) медицинские услуги того объема, содержания и качества, которые соответствуют их оплате по условиям договора.

Способы оплаты медицинских услуг не являются определяющими ценообразование – цены на медицинские услуги складываются в обороте в зависимости от конъюнктуры (соотношения спроса и предложения).

Чем более развит и стабилен оборот медицинских услуг, тем более сбалансированы цены на них.

Для плательщика за медицинские услуги, в том числе при тарификации по договорам социального заказа или оказания услуг ОМС, определяющей является их рыночная цена, в связи с чем исполнение договоров социального заказа или оказания услуг ОМС для исполнителя становится не менее предпочтительным, чем договоров оказания «платных» услуг.

Этот вариант развития здравоохранения требует адекватности – понимания эволюции общественных отношений в сфере охраны здоровья; учета публичных, корпоративных и индивидуальных интересов в отношениях оказания медицинских услуг; приведения законодательства в соответствие с характером этих отношений; следования всеми участниками этих отношений установлениям закона, а не требованиям текущей целесообразности и т.д.

И если этот вариант развития здравоохранения не будет реализован сейчас, по мере созревания общества его реализация будет востребована позднее – с бо́льшими издержками и бо́льшими усилиями.

При сохранении существующего системообразования здравоохранения теоретически оно может двинуться по одному из трех путей:

- по пути, пригодному для органов управления здравоохранением и не пригодному для учреждений здравоохранения;
- по пути, пригодному для учреждений здравоохранения и не пригодному для органов управления здравоохранением;
- по пути, равно не пригодному как для органов управления здравоохранением, так и для учреждений здравоохранения.

Все зависит от того, какую позицию займет государство.

Очевидно, что социальная сфера вообще и здравоохранение в частности в изменившихся условиях не в состоянии функционировать так, как до их изменения. И это – не вопрос финансирования. Простое увеличение финансирования не обеспечит пропорциональное повышение функциональной способности социальной сферы.

Повышать финансирование социальной сферы не позволяет бюджет, а вкладываемые в социальную сферу средства сопровождаются не улучшением, а ухудшением ее состояния. Одновременно ветшают материально-технические ресурсы, а кадровые ресурсы не имеют адекватного материального содержания. Из-за функциональной неспособности социальной сферы в ней развивается теневой оборот, а борьба с любого рода правонарушениями в ней сопровождается не уменьшением, а увеличением этих нарушений.

В складывающихся условиях не годен сам механизм функционирования социальной сферы. По этой причине самостоятельно адаптироваться к новым условиям социальная сфера не способна.

Основной вопрос изменения функционирования социальной сферы – что составляет социальные гарантии государства: конкретные предоставления гражданам или оплата этих предоставлений. Например, реформа социальных льгот пошла по пути их замены денежным эквивалентом. Для тех же целей существуют агентства за рубежом: они выполняют посреднические функции между публичным плательщиком и исполнителями соответствующих услуг.

Несмотря на то, что начавшаяся административная реформа привела к созданию подобных агентств и в России, в целом в социальной сфере и в здравоохранении в частности намечается иной путь.

Активно внедряется термин государственных и муниципальных (бюджетных) услуг.

Предполагается, что государственные и муниципальные (бюджетные) услуги отличаются и подлежат обособлению от остальных.

Функции по оказанию государственных услуг возложены на Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию.

Тем самым юридически исполнителем государственных и муниципальных (бюджетных) услуг признается государство или муниципальное образование.

Предполагается, что соответствующие агентства в оказании государственных и муниципальных (бюджетных) услуг будут осуществлять функции распорядителей (главных распорядителей) средств казны, направляемых фактическим исполнителям этих услуг (учреждениям здравоохранения).

Однако фактические исполнители государственных и муниципальных услуг при этом, во-первых, будут лишены права самостоятельного распоряжения доходами и имуществом, приобретенным за счет доходов – это право отойдет к распорядителям (главным распорядителям) бюджетных средств (агентствам).

Во-вторых, фактические исполнители государственных и муниципальных услуг будут получать от распорядителей (главных распорядителей) бюджетных средств оплату этих услуг не по их стоимости (тем более, не по рыночным ценам), а по административно установленным подушевым нормативам.

В этой связи, в-третьих, оказываемые государственными и муниципальными (бюджетными) учреждениями здравоохранения государственные и муниципальные (бюджетные) услуги утратят свойства объектов обращения в условиях единства экономического пространства, свободного перемещения товаров, услуг и финансовых средств, поддержки конкуренции и свободы экономической деятельности, как это предусмотрено Конституцией РФ.

Иными словами, государственные и муниципальные (бюджетные) услуги лишатся товарной формы, а государственные и муниципальные (бюджетные) учреждения здравоохранения – функций хозяйствующих субъектов.

Однако при этом государственные и муниципальные (бюджетные) учреждения здравоохранения не обретут качеств элементов механизма государства – его органов.

Агентства, в административном (бюджетном) процессе объединяя государственные и муниципальные (бюджетные) учреждения здравоохранения и осуществляя финансирование их деятельности по оказанию внеоборотных государственных и муниципальных (бюджетных) услуг, по существу приобретают свойства трестов.

Согласно определению Советского энциклопедического словаря, трест (от англ. trust), 1) одна из форм монополистических объединений, в рамках которых участники теряют производственную, коммерческую, а часто и юридическую самостоятельность. Реальная



власть в тресте сосредоточивается в руках правления или головной компании. Преимущественное развитие тресты получили в отраслях, производящих однородную продукцию, 2) в СССР в годы нэпа – хозрасчетные объединения предприятий одной отрасли, 3) в СССР в строительстве – организационно-производственная единица (например, строительно-монтажные тресты и др.).

В этой связи возникает немало вопросов юридического характера.

Основным является вопрос, к кому будут предъявляться и какие (по договорным или внедоговорным обязательствам) требования со стороны получателей государственных и муниципальных (бюджетных) услуг. Учреждение здравоохранения, распоряжение имуществом которого осуществляет агентство, не является хозяйствующим субъектом, как и субъектом такой ответственности. Если субъектом ответственности является агентство, то оно совмещает свои функции с функциями хозяйствующего субъекта. В соответствии с Законом РФ «О конкуренции и ограничении монополистической деятельности на товарных рынках» (1991) запрещается совмещение функций федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления с функциями хозяйствующих субъектов.

Вторым по степени значимости является вопрос, какими – вещными или обязательственными – являются поступления в учреждения здравоохранения от соответствующих агентств. Если это поступления от собственника по смете, то они не могут быть платой за услуги и не являются доходами учреждений здравоохранения. Если это плата за услуги, то она вносится на условиях договора и составляет доходы учреждений здравоохранения. Если же это платеж, не составляющий доходы, то он является публичным (налоговым), а не частным (за услугу).

Возрождение трестов-агентств с утратой ими функций договорного опосредования отношений между плательщиком и исполнителями медицинских услуг приводит к реставрации монополии государства в социальной сфере, к множественному несоответствию действующей правовой доктрине и к несоответствию формы отношений в сфере охраны здоровья их фактическому характеру.

Ошибка в выборе ориентиров реформирования социальной сферы, включая здравоохранение, имеет большую цену, платить которую придется гражданам не просто в качестве налогоплательщиков, но и за счет ширящегося теневого оборота, и за счет утрат здоровья.

А альтернатива такова: либо наладить оборот услуг в секторах экономики социальной значимости, либо отказаться от несбыточных социальных гарантий. Компромисс между властными путями достижения социальных целей и оборотным характером экономики невозможен.

## Глава 2. Современное состояние отечественного здравоохранения

### § 2.1. Социальные последствия сложившейся организации хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения<sup>7</sup>

Сегодня потребителю приходится оплачивать медицинскую помощь многократно. Во-первых, через систему обязательных страховых взносов. Во-вторых, добровольных страховых взносов, так как оба вида страхования заложены в цену продукции и услуг. В-третьих, за счет подоходного налога. В-четвертых, плата «за благодарность» (сейчас «благодарят» заранее и в сумме, названной врачом). В-пятых, на пациента перекладывают плату в стационаре за медикаменты, постельные принадлежности, посуду, тапочки. Более того, медицинские работники изыскивают любые возможности для получения личных дополнительных доходов. Например, внеочередная госпитализация, неучтенный прием пациентов за плату, в ходе которого используются оборудование лечебного учреждения, лекарства, площади, покрытие затрат на оказание оплаченных населением услуг через кассу медучреждения за счет средств ОМС и бюджета, возможность отнести услугу одному и тому же пациенту на статьи: «по договору», «индивидуальная оплата», «в счет бюджета», «бесплатно»(15).

По социологическим данным российского Союза потребителей, помимо общей для всего мира проблемы дороговизны лекарств, основной отечественной проблемой является сокращение объема бесплатной медицинской помощи:

Проблемы	В целом %	Город %	Село %
1. Высокая стоимость лекарств			
2. Сокращение объема бесплатной медпомощи			
3. Отсутствие правовой защиты пациентов			
4. Падение качества медобслуживания			
5. Отсутствие особого внимания к здоровью детей			
6. Недостаточное число поликлиник, больниц, аптек			

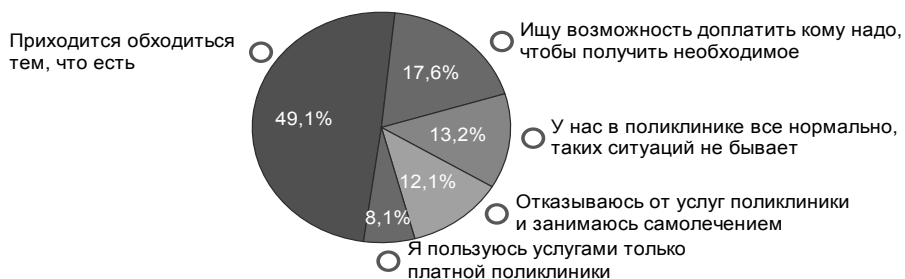
(Данные опроса населения в 14 регионах, декабрь 1995 г. – 1400 респондентов(41))

Фондом ИНДЕМ под руководством Г.Сатарова опубликованы результаты анализа данных анкетного опроса населения, выполненного группой «Monitoring.ru» (2017 респондентов, 2001(74)).

Как поступают граждане в условиях постоянного сокращения объемов бесплатных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, показывают их ответы на вопрос «Как Вы поступаете, если в Вашей районной поликлинике не хватает каких-либо услуг (лечение, диагностика, анализы, лекарства, процедуры и т.п.) для решения проблем с Вашим здоровьем или эти услуги слишком низкого качества?», частоты которых приведены на схеме:

---

<sup>7</sup> Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Социальные последствия сложившейся организации хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 1. - С.28-35.

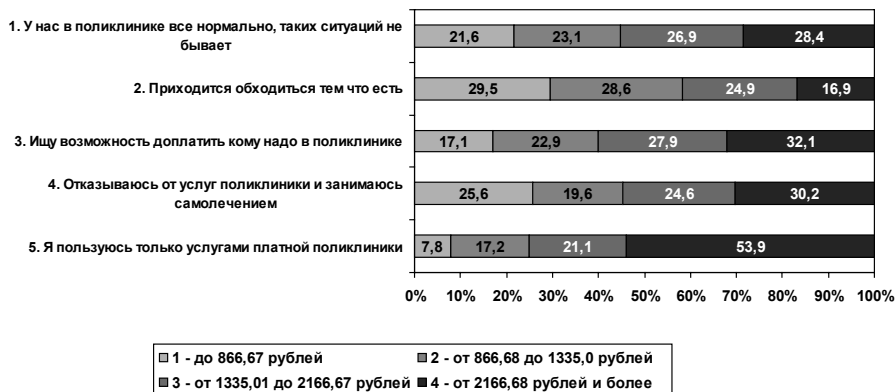


Наиболее благополучным является положение с медицинским обслуживанием в мегаполисах. В них чаще, чем в среднем по выборке респонденты отвечают, что у них нет проблем с получением медицинской помощи, либо они пользуются услугами только платных поликлиник. Респонденты, проживающие в других типах населенных пунктов, реже, чем в среднем по выборке, отмечают отсутствие проблем с получением медицинской помощи и, одновременно, значительно реже, чем в среднем по выборке отмечают, что пользуются только услугами платных поликлиник. Поэтому в малых городах и в сельской местности респондентам скорее приходится отказываться от медицинской помощи и обходиться тем, что есть, а в сельской местности значительно чаще, чем в среднем по выборке, заниматься самолечением. Практика доплат за получение номинально бесплатной медицинской помощи наиболее развита в крупных и средних городах. При этом женщины, как правило, пытаются обходиться тем, что есть, а мужчины ищут возможности доплатить кому надо в поликлинике, чтобы получить необходимое медицинское обслуживание.

С возрастом у респондентов, как правило, возрастают потребности в получении квалифицированной медицинской помощи. Но их возможности реализации этой потребности как раз сильнее ограничиваются с увеличением возраста: респонденты, начиная с 46 лет значительно чаще, чем в среднем по выборке, вынуждены довольствоваться тем, что есть в медицинском обслуживании, а более молодые в возрасте 18-25 лет и 26-35 лет, наоборот, значительно чаще, чем в среднем по выборке, ищут возможности доплатить и получить номинально бесплатную медицинскую помощь, либо предпочитают пользоваться только услугами платных поликлиник. Эта ситуация, безусловно, создает определенную дискриминацию граждан в получении медицинской помощи: старшие возрастные группы оттесняются более молодыми от медицинских услуг, хотя потребности в таких услугах у старших возрастных групп значительно выше.

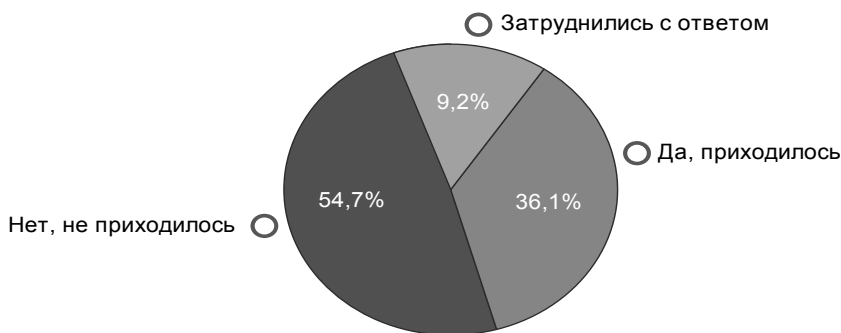
Обнаруживается связь ответов на этот вопрос с образованием респондентов. Стараются обходиться тем, что есть в номинально бесплатной медицине скорее респонденты с образованием не выше среднего. Имеющие высшее или неполное высшее образование, скорее выбирают иные варианты ответов, а именно: осуществление доплат в поликлиниках или пользуются только платными поликлиниками.

Доходы на одного члена семьи в месяц во многом определяют возможности получения медицинской помощи. На схеме приведено распределение граждан, выбравших тот или иной ответ на предшествующий вопрос, в зависимости от уровня ежемесячных доходов на одного человека в их семьях:



Наиболее обеспеченные респонденты с уровнем доходов на одного члена семьи в месяц от 2 167 рублей и выше чаще стараются доплатить кому надо в поликлиниках или пользуются только платными поликлиниками и не обращаются к номинально бесплатной медицине. А наименее обеспеченным респондентам приходится чаще заниматься самолечением: их доходы практически не позволяют осуществлять доплаты за номинально бесплатные медицинские услуги или пользоваться платной медициной.

Приходилось ли респондентам прибегать к дополнительным неформальным вознаграждениям (подаркам, услугам, взяткам и т.п.) работникам медицинских учреждений для решения своих проблем со здоровьем или проблем со здоровьем членов семьи, и в каких ситуациях это было в течение последнего года, представлено на схеме:



В каких случаях респондентам приходилось прибегать к этим неформальным дополнительным вознаграждениям медицинских работников, показано на следующей схеме. Проценты на этой диаграмме рассчитаны от числа респондентов, к таким неформальным дополнительным вознаграждениям прибегавшим. Как видно, из общего числа доплат реже

всего респондентам приходится доплачивать за услуги скорой помощи, включая доставку в больницы. Напротив, примерно треть респондентов, прибегавшим к неформальным дополнительным вознаграждениям медицинских работников делали это для получения услуг в больницах.



Фактически, по ответам респондентов получается, что номинально бесплатная медицина в России уже прекратила свое существование, возможно, за исключением системы скорой помощи: при возникновении серьезного заболевания граждане вынуждены доплачивать медицинским работникам за те или иные услуги, которые должны оказываться бесплатно. По мнениям респондентов, из лечебных медицинских учреждений наиболее коррумпированной в России является система больниц, стационаров, несколько менее коррумпированной является система поликлиник, амбулаторного лечения, и меньше всего коррумпирована система скорой медицинской помощи.

Необходимость получения медицинских услуг государственных и муниципальных лечебных учреждений возникает у респондентов практически всех социальных групп. Поэтому и к дополнительной оплате таких услуг прибегают респонденты практически независимо от своего социального статуса.

Дополнительно оплачивают медицинские услуги на дому скорее женщины, чем мужчины, и скорее те респонденты, которые оценивают уровень своей жизни выше среднего в сравнении с окружающими. Но, вместе с тем, не обнаружено существенных различий между ответами респондентов, относящихся к разным группам по доходам, в доплате за медицинские услуги на дому.

Получение или продление бюллетеня является в настоящий период в России не слишком частой процедурой: видимо, респонденты стараются не болеть, а заболев, не всегда берут бюллетень, поскольку во многих случаях дни их нетрудоспособности никто не будет оплачивать. В результате получение или продление бюллетеня не обнаруживает существенных связей ни с одной из социальных характеристик респондентов, даже с различиями по уровню жизни и доходам.

Весьма редко приходится респондентам дополнительно оплачивать и услуги скорой помощи. В результате осуществление этой дополнительной оплаты не обнаруживает су-

ущественных связей ни с одной из социальных характеристик респондентов, даже с различиями по уровню жизни и доходам. Единственная существенная связь такой доплаты обнаружена с типом населенного пункта респондента: значительно чаще, чем в среднем по выборке доплачивают за услуги скорой помощи жители мегаполисов. Скорее всего, такое положение связано с тем, что именно в мегаполисах до сих пор служба скорой помощи активно действует, и граждане постоянно имеют возможность пользоваться ее услугами. А во всех остальных типах населенных пунктов из-за трудностей с финансированием услуги скорой помощи получить все труднее и труднее, а во многих регионах и просто невозможно.

За проведение анализов и диагностики в поликлинике значительно чаще, чем в среднем по выборке, приходится доплачивать жителям мегаполисов и крупных городов и значительно реже, чем в среднем по выборке, жителям небольших городов и сельской местности. В этом отношении, скорее всего, проявляется определенная дискриминация жителей небольших городов и сельской местности: они, скорее всего, такую услугу просто не в состоянии получить, потому и оплачивают ее реже. Такую услугу несколько чаще, чем в среднем по выборке оплачивают группы населения, имеющие доход от 2167 рублей в месяц на члена семьи, а также откладывающие части своих доходов на крупные покупки и старость, оценивающие свой уровень жизни выше среднего в сравнении с окружающими. По-видимому, анализы и диагностика в амбулаторных условиях не считается в российской медицине обязательной услугой в силу весьма высоких требований к оснащению соответствующих поликлиник и к профессиональному уровню медицинского персонала, осуществляющего услуги такого рода, говоря, у медицинских работников поликлиник нет большого желания заниматься анализами и диагностикой, поэтому желающие такую услугу получить вынуждены за нее доплачивать.

В противоположность получению анализов и диагностики в поликлиниках, их получение в больницах не связано с существенной дискриминацией респондентов по месту жительства. По-видимому, перед началом лечения заболеваний в стационарах или в процессе проведения их лечения медицинские работники делают анализы и проводят диагностику независимо от социального статуса респондентов и во многом независимо от наличия или отсутствия дополнительной оплаты за эти процедуры. Просто иначе невозможно провести курс лечения в больнице, стационаре. И действительно, существенных различий респондентов по другим их социальным характеристикам по отношению к проведению анализов и получению диагностики в больницах не обнаружено, за исключением различий респондентов по уровням их доходов. Такую услугу несколько чаще, чем в среднем по выборке оплачивают группы населения, имеющие доход от 2167 рублей в месяц на члена семьи, а по другим характеристикам уровня благосостояния респондентов существенных отличий не обнаружено.

Ответы респондентов о доплатах за услуги по качественному и своевременному лечению, операциям в больницах не обнаруживают существенных связей ни с какими их социальными характеристиками, не исключая и места их жительства. По-видимому, независимо от места жительства, серьезные заболевания респонденты лечат в больницах, где такое лечение могут предоставить, а не по принципу своего места жительства. Отсутствует и существенная связь осуществления таких доплат с уровнем доходов респондентов на одного члена семьи в месяц. И только по оценкам респондентами их уровня жизни можно провести определенные различия в их ответах об осуществлении доплат за качественное и своевременное лечение в больницах: такие доплаты значительно чаще, чем в среднем

по выборке, отмечают респонденты, имеющие уровень жизни средний и выше среднего, и значительно реже, чем в среднем по выборке, — живущие ниже среднего уровня по сравнению с окружающими.

За нормальное обслуживание в больницах значительно чаще, чем в среднем по выборке, приходится доплачивать жителям крупных городов и значительно реже, чем в среднем по выборке, жителям небольших городов. В этом отношении, скорее всего, должна проявляться определенная дискриминация жителей небольших городов и сельской местности: они, скорее всего, такую услугу просто не в состоянии получить, потому и оплачивают ее реже. То, что данные проведенного исследования не позволяют считать жителей мегаполисов сильно отличающимися от средних показателей по выборке по доплатам за нормальное обслуживание в больницах, может быть связано с преобладанием больниц именно в мегаполисах и с тем, что именно в мегаполисах больше всего граждан нуждаются в стационарном лечении, т.е. именно жители мегаполисов и определяют уровень средних показателей. В этом случае более частую, чем в среднем по выборке, необходимость доплат за нормальное обслуживание в больницах жителями крупных городов можно объяснить тем, что их жители получают в них стационарное лечение, но ресурсов больниц даже в крупных городах на всех не хватает, и потому за нормальное обслуживание приходится доплачивать. Такую услугу значительно чаще, чем в среднем по выборке, оплачивают группы населения, имеющие доход от 2167 рублей в месяц на члена семьи, и оценивающие свой уровень жизни выше среднего в сравнении с окружающими, т.е. респонденты, имеющие достаточно высокие доходы и достаточно высокий уровень жизни.

В целом, из 46 % респондентов, указавших на то, что пользуются услугами обычных поликлиник, 34 % (более двух третей) сталкивались с ситуацией необходимости дополнительных неформальных выплат в тех случаях, когда имеется дефицит этих услуг, или когда эти услуги очень низкого качества. Из этого числа несколько менее половины прибегают к неформальным выплатам, а остальные либо обходятся тем, что есть (7 % от всей выборки), либо переключаются на самолечение (12 % от всей выборки). В пересчете на взрослое население страны последние 12 % — это минимум 12 миллионов граждан, вытесняемых из сферы бесплатного амбулаторного медицинского обслуживания. Это без учета лечения детей респондентов. Понятно, что вытесняется наиболее бедная часть населения. Вытеснение увеличивается с возрастом и больше для женщин, чем для мужчин.

Вместе с тем, вопреки объяснению, что «ресурсов больниц даже в крупных городах на всех не хватает, и потому за нормальное обслуживание приходится доплачивать», подтверждены данные о как минимум 30% «лишних», недостаточно, нерационально используемых коек, сокращение которых дало бы большой экономический и медицинский эффект(1, с.47).

Следовательно, дело не в том, что в здравоохранении не хватает ресурсов, а в том, что имеющиеся ресурсы избыточны, притом что использующиеся эксплуатируются не ради достижения экономического эффекта для учреждений здравоохранения и медицинского эффекта для граждан.

То, что для граждан плата «за благодарность» (заранее и в сумме, названной врачом) стала нормой в учреждениях здравоохранения, обусловлено не ресурсной обеспеченностью этих государственных и муниципальных организаций и не в части состояния средств производства, а материальной обеспеченностью производительных сил — медицинских работников. И то, что в мегаполисах и крупных городах доля неофициальных вознаграждений врачей выше, чем в небольших городах и на селе, объясняется большей кон-

центрацией не средств производства, а производительных сил. Распространенность же и величина таких неофициальных вознаграждений тем выше, чем выше покупательная способность граждан.

Проблема в том, что до настоящего времени в соответствующих исследованиях материальное положение медицинских работников не принимается частью состояния социальной среды и изучается либо изолированно, либо обобщенно в числе остальных граждан.

Медицинские работники – часть социальной среды. Однако по сложившейся традиции они поставляются в положение получателей из социальной сферы, хотя являются производителями социально значимых услуг.

Между тем медицинские работники – и в первую очередь врачи – остаются носителями своей профессии не по пафосу ее социальной значимости для остальных граждан, а по ее способности обеспечить свое благосостояние, мерой которого являются их запросы. Реальность таких запросов зависит от индивидуальной шкалы сравнения – с достатком остальных граждан, наиболее обеспеченных из них или зарубежных коллег.

В любом случае врачи и другие медицинские работники получают оплату своего профессионального труда, не довольствуясь исключительно заработной платой в зависимости от того, насколько заработная плата не стимулирует их материальную заинтересованность в результатах своего профессионального труда.

Это понимает и большинство граждан, обращающихся за помощью медицинских работников:

Медицинский работник в результатах своего труда материально заинтересован быть:	Должен	68%
	Не должен	16%

(Данные опроса населения Москвы 1995 года – 1198(1, с.23) респондентов. Схема дополнена графой показателей затруднившихся с ответом.)

Обращает внимание, что ответило на этот вопрос отрицательно столько же граждан, сколько затруднилось с ответом – в целом лишь вдвое меньше, чем ответило утвердительно. Необходимость материальной обеспеченности медицинских работников не является очевидной для каждого третьего (32%) гражданина, не являющегося медицинским работником.

При этом более 60% граждан согласны платить за лечение: из них три четверти – официально, и лишь одна четверть – неофициально; противников платы за лечение – треть от общего числа респондентов:

Если бы пришлось платить за лечение, как бы Вы поступили?	Согласны платить официально	45%
	Согласны платить неофициально – в виде подарка	16%
	В принципе против платы за лечение	32%

(Данные опроса населения Москвы 1995 года – 1198 респондентов (1, с.23))

Однако, как показали выше приведенные исследования фонда ИНДЕМ, врачи предпочитают неофициальные вознаграждения. Проблема не в плате за лечение, а в ее доле в доходах медицинских работников.

Медицинским работникам приходится заботиться о своих доходах, не полагаясь на заработную плату. И нет оснований считать, что доходами они считают только заработную плату или что заработная плата составляет основу или значимую часть их доходов.



Проведенное исследование доходов врачей в динамике за шесть лет показало следующее:

Изменение доходов	Исследование 1996 года		Исследование 1999 года		Исследование 2001 года	
	%	Ранг	%	Ранг	%	Ранг
Доходы увеличились	22,6	3	18,1	3	16,0	3
Доходы не изменились	32,4	2	45,2	1	52,2	1
Доходы уменьшились	39,3	1	27,1	2	22,1	2
Затруднения с ответом	5,7		9,6		9,7	

(Данные оценки 4026 врачами изменения своих личных доходов(63, с.10). Схема дополнена показателями рангов и графой показателей затруднившихся с ответом.)

С 1996 по 2001 год последовательно сократился удельный вес респондентов, полагающих, что их доходы за это время уменьшились или увеличились. Если в 1996 году респонденты по преимуществу были склонны считать, что их доходы по сравнению с предшествующим временем уменьшились, то с 1999 и по 2001 годы наиболее популярным среди них стало мнение о неизменности своих доходов. Существенно, что уже к 1999 и до 2001 года почти каждый десятый воздержался от даже качественного обнародования своих доходов.

По произведенным нами расчетам(14, с.462-463), абсолютный сдвиг структуры содержательных ответов респондентов за шесть лет составил 43,6 процентных пункта, из них на две трети (29,5 процентных пункта) – с 1996 по 1999 годы и на одну треть (14,1 процентных пункта) – с 1999 по 2001 годы. Существенное преобразование структуры рангов ответов респондентов произошло уже к 1999 году (линейный коэффициент изменения рангов долей составил 50%) и далее не происходило.

С 1996 по 1999 годы здравоохранение продолжало стагнировать, система ОМС обеспечивала самое себя и благосостояние своих руководителей, платная медицина превзошла все мыслимые размеры цен на услуги, а пациенты были поставлены перед альтернативой: «Плати или потеряешь»(96, с.16-31). Именно в этот период происходило размежевание источников платежей за медицинские услуги, появилось понятие «платных» услуг(49), т.е. получило не только официальное признание, но и внедрение в практику понятие платы за медицинские услуги, которое врачами государственного и муниципального здравоохранения, не желающих отставать от своих коллег в частном секторе, истолковывалось как источник получения доходов от своей деятельности, а не вклад в доходы учреждения здравоохранения в целом, от которых им не доставалось почти ничего. Отсюда и внеочередная госпитализация, и неучтенный прием пациентов за плату, в ходе которого используются оборудование лечебного учреждения, лекарства, площади, и покрытие затрат на оказание оплаченных населением услуг через кассу медучреждения за счет средств ОМС и бюджета, и возможность отнести услугу одному и тому же пациенту на статьи: «по договору», «индивидуальная оплата», «в счет бюджета», «бесплатно».

Соответственно, каждый врач ради своих доходов трудился на своем месте, как мог – в зависимости от должности, врачебной специальности, характера учреждения здравоохранением, в котором он работал.

Понятно, что возможности главного врача или его заместителя иные, чем возможности заведующего отделением или врача-ординатора; возможности косметологов, стоматологов или гинекологов иные, чем у терапевтов или педиатров; возможности врачей стационаров отличны от возможностей врачей поликлиник.

Об изменении личных доходов врачей в зависимости от их должности и характера учреждения здравоохранения в развитие ранее представленных свидетельствуют следующие данные:

Как изменились Ваши личные доходы?		Увеличились		Не изменились		Уменьшились	
		%	Ранг	%	Ранг	%	Ранг
Главные врачи	1996	47	1	32	2	21	3
	1999	28	2	64	1	8	3
Заместители главного врача	1996	47	1	36	2	14	3
	1999	33	2	50	1	17	3
Заведующие отделениями	1996	32	2	40	1	23	3
	1999	18	3	44	1	36	2
Врачи стационаров	1996	10	3	29	2	57	1
	1999	14	3	42	2	45	1
Врачи поликлиник	1996	16	3	29	2	46	1
	1999	22	2	56	1	21	3

(Данные оценки 4026 врачами изменения своих личных доходов(63, с.10). Схема дополнена показателями рангов.)

Если в 1996 году увеличение своих личных доходов отмечала почти половина главных врачей и их заместителей (по 47%), то с этим соглашалась лишь треть (32%) заведующих отделениями, вполнину меньше (16%) врачей поликлиник и лишь каждый десятый из числа врачей стационаров (10%). В 1999 году такого же мнения придерживалось больше всего заместителей главных врачей – треть (33%) от общего их числа, 28% главных врачей, 22% врачей поликлиник, 18% заведующих отделениями и 14% врачей стационаров.

Напротив, уменьшение своих личных доходов в 1996 году отмечало больше всего врачей стационаров (57%) и поликлиник (46%), вполнину меньше – заведующих отделениями (23%), почти столько же – главных врачей (21%) и менее всего – их заместителей (14%). В 1999 году первенство в этом утверждении сохранили врачи стационаров (45%). Считающих аналогично несколько меньше среди заведующих отделениями (36%), еще меньше – среди врачей поликлиник (21%) и заместителей главного врача (17%) и совсем немного – среди главных врачей (8%).

Если в 1996 году в среднем около трети респондентов всех категорий считало, что их личные доходы по сравнению с предшествующим временем не изменились, то в 1999 году это мнение поддерживало в среднем уже около половины респондентов всех категорий.

По нашим – с применением той же методики – расчетам абсолютный сдвиг структуры ответов главных врачей составил 64, врачей поликлиник – 58, заместителей главных врачей – 41, заведующих отделениями – 31, врачей стационаров – 29 процентных пунктов.

Полному преобразованию за трехлетний период подверглась структура рангов ответов врачей поликлиник (100%). Одинаково существенное преобразование структуры рангов коснулось ответов главных врачей, их заместителей и заведующих отделениями (по 50%). Никаких изменений за этот период не произошло в структуре рангов ответов врачей стационаров.

Судя по структуре рангов ответов респондентов в целом, менее всего независимо от времени склонно считать свои личные доходы увеличившимися практическое звено респондентов – врачи стационаров и поликлиник, притом что если врачи поликлиник более расположены считать свои доходы неизменными, а в последнее время и увеличившимися, то врачи стационаров – только уменьшающимися. И, напротив, управленческое звено респондентов (главные врачи и их заместители) склоняется к тому, что достигло благополучия (увеличения на фоне стабильности) со своими доходами. Заведующие отделениями занимают промежуточное положение, предпочитая только стабильность получения доходов.

Этому находятся следующие объяснения.

Причастные к практической деятельности (заведующие отделениями и врачи-ординаторы) ощутили последствия дефолта 1998 года, отразившегося на их личных доходах из-за падения покупательной способности населения. Однако если заведующие отделениями обладают и приносящими доходы административными возможностями (внеплановая госпитализация и т.д.), то врачи-ординаторы имеют к их использованию ограниченный доступ.

Расхождение мнений между врачами стационаров и врачами поликлиник обусловлено тем, что первые значительно раньше вторых обрели рыночные навыки в силу, прежде всего, различий в цене реализуемой продукции (услуг): неспоставима объявляемая сумма вознаграждения за оперативное вмешательство в стационаре и за вызов на дом, выписку рецепта, листка временной нетрудоспособности или направления в другое лечебное учреждение в поликлинике. Кроме того, запросы врачей стационаров значительно выше запросов врачей поликлиник, в своем большинстве – за исключением стоматологов, урологов и гинекологов, потребность в услугах которых позволила им легко приспособиться к рыночным отношениям –довольствуясь малым. Запросы врачей стационаров формируются на основе самооценки и возможностей используемых ресурсов (аппаратуры, оборудования, инструментария, расходных материалов, в том числе престижности их марок и т.д.), которыми не обладают врачи поликлиник. Поскольку стационарная медицинская помощь до сих пор, по существу, является прерогативой государственных или муниципальных учреждений здравоохранения, нежелание переходить в амбулаторную практику сдерживает перемещение врачей стационаров в частный сектор.

Причастные к «административному ресурсу» (главные врачи и их заместители) сохранили независимые от покупательной способности населения источники доходов. В условиях конкуренции продавцов товаров медицинского назначения (медикаментов, аппаратуры, оборудования, инструментария, расходных материалов) выбор поставщиков таких товаров остается за руководителями учреждений здравоохранения, будучи приносящим им личные доходы помимо заработной платы, в большинстве своем тоже не малой.

Поэтому материальная заинтересованность медицинских работников, и прежде всего врачей, в результатах своего труда существовала, существует и будет существовать. Она не изменяется в зависимости от устанавливаемых действующими нормативами ограничений или от мнений пациентов.

Материальная заинтересованность медицинских работников в результатах своего труда либо удовлетворяется, либо не удовлетворяется работодателем; удовлетворяется медицинскими работниками получением либо достойной заработной платы, либо неофициальных вознаграждений.

Притом что граждане, готовые платить за лечение, на три четверти предпочитают делать это официально, врачи взимают платежи за лечение – как с готовых, так и с не

готовых платить – неофициально. Это свидетельствует лишь о том, что проблема не в платежах за лечение, а в том, что, производимые официально, они не приносят доходов медицинским работникам.

Однако не только доходность заработной платы медицинских работников является условием перехода к официальным (налоговым или неналоговым) платежам.

Из результатов статистического анализа соотношений между уровнем заработной платы и коррупции, выполненного фондом ИНДЕМ (2002)(75), вытекают следующие выводы:

- низкая заработная плата способствует коррупции;
- повышение заработной платы не является определяющим снижением уровня коррупции;
- заработная плата оказывает воздействие на коррупцию только в сочетании с другими мерами (штрафами, уменьшением пенсии, и т.п.).

Однако тот факт, что, осуществляя социально значимую деятельность, медицинские работники не получают материальный эквивалент ее социальной значимости в форме заработной платы, а граждане, предпочитая официальную плату за лечение, идут на неофициальные вознаграждения медицинских работников, свидетельствует лишь о том, что при существующем организационно-имущественном устройстве учреждений здравоохранения бремя возмещения материального эквивалента социальной значимости деятельности медицинских работников переложено на граждан.

Нет оснований считать, что медицинские работники основывают свою деятельность на коррупционном поведении ради результатов такого поведения, а не результатов своей деятельности, сопряженной с множеством иных, отличных от коррупционных, профессиональных рисков.

Детерминантой поведения медицинских работников при осуществлении своей деятельности является не доступ к распределению не принадлежащих им материальных ресурсов, как в случае чиновников, а позиционирование в профессии. Поэтому и их достижения (в том числе материальные) служат целям признания окружающими их места в социально значимой профессии. А материальные достижения лишь позволяют медицинским работникам пользоваться благами нематериальных достижений.

Отсюда мерами, наряду с увеличением зарплатной части доходов медицинских работников способствующими удовлетворению готовности граждан платить за лечение официально, являются такие, которые предоставят медицинским работникам самостоятельность и устойчивость позиционирования в профессии.

По нашему мнению, такими являются:

- профессиональное и материальное самоопределение. Притом что медицинские работники государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций должны иметь абсолютно одинаковые профессиональные возможности, не должно быть разительных отличий заработной платы медицинских работников в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения и частных медицинских организациях;

- перспектива профессионального и материального роста. Чрезмерные и излишние нормативы, ограничения, запреты, препятствующие профессиональному и материальному восхождению медицинских работников равно в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения и частных медицинских организациях, а также многочисленные сферы неопределенности в актах регулирования поведения медицинских работников должны быть устранены;

- профессиональные и материальные преимущества места работы. У медицинских работников должен быть выбор не только в частных медицинских организациях, а, следовательно, и в организации деятельности каждого государственного (муниципального) учреждения здравоохранения должны быть такие отличия, которые выделяли бы их из числа других и делали привлекательными для трудоустройства медицинских работников.

Изложенное выше в целом позволяет сделать следующие выводы:

1. Сложившаяся организация хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения создает альтернативу: либо доходы получают учреждения здравоохранения, либо – непосредственно медицинские работники. Если организационно-имущественное устройство учреждений здравоохранения рассчитано на получение доходов, которые не отражаются на доходах медицинских работников, то учреждения здравоохранения лишаются тех доходов, которые получают непосредственно медицинские работники.

2. Достижение социального эффекта от деятельности учреждений здравоохранения – это вопрос не платы за лечение, а организации хозяйственной деятельности (организационно-имущественного устройства) учреждений здравоохранения, позволяющей совместить в точке согласия разнонаправленные имущественные интересы граждан и медицинских работников.

3. Социальный эффект от деятельности учреждений здравоохранения достижим при условии такого их организационно-имущественного устройства, при котором признаются их имущественные интересы, и эти интересы являются односторонними с имущественными интересами медицинских работников.

## **§ 2.2. Общественная оценка организационно-финансового состояния здравоохранения (по данным контент-анализа Интернет обращений к Президенту России 2006 года)<sup>8</sup>**

6 июля 2006 года состоялась Интернет-конференция Президента России<sup>9</sup>. Всего на сайте [president.yandex.ru](http://president.yandex.ru) было опубликовано 175 895 обращений и принято 1 259 420 голосов за них<sup>10</sup>.

Места в десятке самых активных по обращениям городов (помимо Москвы и Петербурга) распределились следующим образом: Екатеринбург, Краснодар, Ростов-на-Дону, Казань, Нижний Новгород, Новосибирск, Уфа, Самара, Челябинск, Ставрополь.

Возраст обратившихся: 16 и младше - 4,4%; 17-20 - 12,5%; 21-25 - 20,7%; 26-30 - 18,8%; 31-35 - 12,2%; 36-40 - 9,2%; 41-45 - 7,5%; 46-50 - 6,0%; 51-55 - 3,8%; 56-60 - 2,7%; старше 60 - 2,1%. То есть половина обратившихся к Президенту относится к самому активному возрасту — 21-35 лет. При этом велика доля (свыше 20%) людей старше 40 лет.

На сайте [president.yandex.ru](http://president.yandex.ru) представлено 4625 обращений по теме «Здоровье нации». Эта совокупность обращений подвергнута структурному и содержательному исследованию.

На первом этапе проанализирована общая структура обращений по теме, выявлены ведущие номинации, рассчитан удельный вес каждой в общей совокупности; на втором – выполнена выборка совокупностей обращений со стороны медицинских работников (в

---

<sup>8</sup> Иванов А.В., Тихомиров А.В. Анализ Интернет-обращений к Президенту России по теме здоровья нации. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.31-47.

<sup>9</sup> Эта конференция третья, первые две состоялись 19 декабря 2002 и в декабре 2001 года.

<sup>10</sup> Имеются в виду голоса пассивно присоединившихся к активным обращениям.

целом) и со стороны пациентов (об организации здравоохранения и платности медицины); эти совокупности проанализированы отдельно по структуре и содержанию.

Гипотезой настоящего исследования является допущение, что большинство и медицинских работников, и остальных граждан в Интернет-обращениях к Президенту России основывается на том, что кризисное организационно-финансовое состояние здравоохранения происходит от пороков финансирования здравоохранения государством, а не от пороков государственных начал организации здравоохранения, в то время как реальную необходимость обратного видит подавляющее меньшинство.

Это обусловлено тем, что в прежнее время отечественное здравоохранение сформировалось как ничего не стоящее равно для граждан-пациентов и для медицинских работников, притом что с изменением политического устройства государства и объекты (товары, работы, услуги) медицинского назначения обрели свою рыночную цену, и механизм распределения средств государственного финансирования здравоохранения оказался не в состоянии его содержать ни на новых, ни даже на прежних условиях. Не столько недостаточностью средств государственного финансирования здравоохранения, сколько негодностью механизма распределения этих средств обусловлен современный кризис здравоохранения.

Гипотеза построена на предположении, что здравоохранение нуждается в такой доктрине организационно-финансового устройства, которая способна обеспечить баланс интересов граждан как получателей медицинских услуг, государства как плательщика за них и субъектов медицинской деятельности как производителей медицинских услуг в эквивалентно-товарных взаимоотношениях.

В соответствии с этим произведена группировка полученных на основе проведенного исследования результатов. Из обоих массивов Интернет-обращений к Президенту РФ со стороны медицинских работников и остальных граждан об организационно-финансовом состоянии здравоохранения выделены предложения, которые по-разному в обеих совокупностях сгруппированы в зависимости от их перспективности, конструктивности и осуществимости.

К числу перспективных, конструктивных и осуществимых отнесены обращения Интернет-пользователей, соответствующие юридическим и экономическим реалиям, имеющие возможности реализации и потенциально влекущие благоприятные изменения в здравоохранении, обществе и государстве. Это основные и вспомогательные, стратегические, радикальные и сопутствующие предложения.

Содержащиеся в обращениях Интернет-пользователей перспективные, конструктивные и осуществимые предложения ассоциированы с выводами, которые дают определение организационно-финансового состояния здравоохранения в целом.

К числу неперспективных, неконструктивных и (или) неосуществимых отнесены обращения Интернет-пользователей, которые не соответствуют юридическим и экономическим реалиям, не находящие реальный механизм воплощения и (или) исчерпывающиеся полумерами, не способными повлечь ожидаемые улучшения. Это паллиативные, сомнительные и неконструктивные предложения.

Остальные обращения Интернет-пользователей имели форму вопросов, жалоб, попыток PR и саморекламы и не содержали предложений улучшения организационно-финансового состояния здравоохранения в целом. При этом вопросы имели разную окраску: недоумения, сетования, обличения либо справки; жалобы касались конкретных обстоятельств и конкретных лиц, а попытки PR и саморекламы состояли в желании продвинуть свои идеи и (или) свои персоналии за счет государственных средств.

Неперспективные, неконструктивные и (или) неосуществимые предложения, вопросы, жалобы, попытки PR и саморекламы ассоциированы с констатацией фактов – либо о платности медицины (со стороны граждан-пациентов), либо о заработной плате медицинских работников в государственном и муниципальном здравоохранении, об оснащении учреждений здравоохранения и т.д.

### **Раздел 2.2.1. Общая структура Интернет-обращений к Президенту РФ о здоровье нации.**

Методом случайной выборки из общего массива Интернет-обращений к Президенту РФ сформирована совокупность для исследования общей структуры Интернет-обращений граждан к Президенту России о здоровье нации в целом. Результаты ее статистической обработки представлены в следующей таблице:

Номинация	Доля
Организационно-финансовое состояние здравоохранения (граждане-пациенты)	169 (42,4%)
Алкоголизм, наркомания, курение	68 (17,0%)
Организационно-финансовое состояние здравоохранения (медицинские работники)	50 (12,5%)
Лекарства	30 (7,5%)
Гепатиты и ВИЧ	13 (3,3%)
Вредные и генно-модифицированные продукты	13 (3,3%)
Экология	8 (2,0%)
Оздоровление, физкультура и спорт	6 (1,5%)
Критика руководства Минздравсоцразвития	5 (1,3%)
Переход на летнее или зимнее время	4 (1,0%)
Упадок нравственности и духовное оздоровление	3 (0,8%)
Экстракорпоральное оплодотворение	3 (0,8%)
Птичий грипп	2 (0,5%)
Попытки PR и самореклама	2 (0,5%)
Разное	23 (5,8%)
Итого	399 (100%)

В исследованной выборке Интернет-обращений к Президенту РФ выявлены повторы (25 – 6,3%), которые элиминированы перед статистической обработкой.

Оставшаяся после элиминации повторов совокупность из 399 единиц составляет 8,6% генеральной совокупности и является репрезентативной.

Полученные результаты позволили установить ведущие номинации и удельный вес каждой.

К соответствующей номинации относились обращения по преимущественности содержания послания респондентов – учет также и сопутствующих посланий сделал бы затруднительной обработку материалов в силу многомерности сопоставлений.

Выявлено 14 номинаций, крайне неравномерно представленных в общей совокупности – почти 80% обращений к Президенту России о здоровье нации составляют 4 номинации: об организационно-финансовом состоянии здравоохранения глазами граждан-пациентов (42,4%), об алкоголизме, наркомании и курении (17,0%), об организационно-финансовом состоянии здравоохранения глазами медицинских работников (12,5%) и о лекарствах (7,5%).

Почти каждый второй вопрос – от граждан по поводу организационно-финансового состояния здравоохранения, почти каждый шестой вопрос – по поводу алкоголизма, наркомании и курения, от медицинских работников – каждый восьмой вопрос, каждый тринадцатый вопрос – по поводу лекарств.

Проблематика существующего организационно-финансового состояния здравоохранения глазами граждан-пациентов вместе с проблематикой лекарственного обеспечения волнует половину респондентов (49,9%). Эти номинации разделены постольку, поскольку осуществляемая в медицинских организациях медицинская помощь, хотя и зависит от лекарственного обеспечения, но им не ограничивается, в то время как лекарственное обеспечение от медицинской помощи не зависит и обладает самостоятельной спецификой производства и реализации лекарств, потребляемых не только в счет стоимости медицинской помощи, но и за счет самих граждан, в том числе вне медицинской помощи.

Особо следует остановиться на примерах попыток PR и саморекламы потому, что ни одно из содержащихся в них предложений не обладает признаками перспективности, конструктивности и осуществимости для целей улучшения организационно-финансового состояния здравоохранения в целом:

- «группа врачей и социальных работников г. Наро-Фоминска объединили свои усилия для создания центра медицинской и социальной помощи лицам престарелого возраста, в рамках экспериментальной площадки. Насколько можно рассчитывать в получении реальной помощи по программе федеральной поддержки социальных проектов, учитывая, что предыдущие попытки заканчивались отказом?»;

- «как попасть в национальные или президентские программы? Подготовлена концепция программы и программа по лечебно-профилактическому и детскому питанию»;

- «можно ли, на Ваш взгляд, в короткий промежуток времени перевести медицину в такие организационные формы, результатом деятельности которых будет финансовая заинтересованность медицинских работников (а не только клятва Гиппократ) и в конечном результате-здоровье пациента? Такой проект есть, написан совместно с участниками “Деловой России”. Проходит экспертизу в МО “Единой России”. Нужна Ваша помощь в ускорении выхода на эксперимент»;

- «в «Институте Стволовой Клетки» под руководством А.С.Тепляшина из костного мозга получают клетки, необходимые для лечения лейкоза в возрастной когорте от 0 – 9 лет используя новейшие российские технологии. Мы готовы предоставить разработки, позволяющие применять клетки костного мозга для лечения больных лейкозом, и хотим участвовать в реализации национального проекта здравоохранения на территории всей страны. Необходимым условием является государственное финансирование и поддержка»;

- «я работаю хирургом 10 лет, имею незаурядные организаторские способности. Есть ли в России программа, подобная президентской программе для бизнесменов, но касающаяся организации здравоохранения? Как на нее попасть?».

Номинацию «Разное» характеризует следующий пример:

«на данную тему голова выдаёт слишком много вопросов, чтобы уместить их сразу...



Интересно было бы узнать Ваши мысли по такой параллели тезисов: сохранение жизни недееспособным с рождения инвалидам – беспредел в детдомах и увеличение потенциально здоровых детей на улицах страны и как следствие – увеличение подростковой жесточённой преступности, употребление ими наркотиков – привлечение в армию с процветающей дедовщиной и никаким здравоохранением потенциальных отцов здоровой нации».

Номинацию «Упадок нравственности и духовное оздоровление» характеризует следующий пример:

«бедность души ведет к деградации и вымиранию нации. Как сделать так, чтобы у народа появилась Национальная идея? Надо воссоздать связь поколений, вернуть преемственность, озвучить слово РОД. Дать указания архивным службам, чтобы началась работа по получению каждым гражданином своей родословной до 7-го колена. Каждый человек должен иметь свою родословную, так же как имеет паспорт. Это мощный толчок к духовному возрождению».

Содержание Интернет-обращений к Президенту России по остальным номинациям явствуеt из их названий.

### **Раздел 2.2.2. Структура Интернет-обращений граждан-пациентов к Президенту РФ об организационно-финансовом состоянии здравоохранения.**

В общей структуре Интернет-обращений к Президенту РФ почти каждое второе (42,4%) – об организации здравоохранения и платности медицины.

Структура исследованных обращений граждан-пациентов к Президенту РФ об организационно-финансовом состоянии здравоохранения представлена в следующей таблице:

Выводы и предложения		86 (31,7%) – 100%
в том числе:	Выводы	5 (1,8%) – 5,8%
	Вопросы-размышления	10 (3,7%) – 11,6%
	Основные предложения	13 (4,8%) – 15,1%
	Вспомогательные предложения	15 (5,5%) – 17,4%
	Сомнительные предложения	21 (7,7%) – 24,4%
	Неконструктивные предложения	22 (8,1%) – 25,6%
Констатация фактов		125 (46,1%)
Жалобы		19 (7,0%)
Вопросы		41 (15,1%)
в том числе:	Вопросы-недоумения	15 (5,5%)
	Вопросы-сетования	11 (4,1%)
	Вопросы-обличения	8 (3,0%)
	Справочные вопросы	7 (2,6%)
Всего вопросов		271 (100%)

Нижний смысловой уровень демонстрируют следующие Интернет-обращения граждан к Президенту России:

- «что делать: я болен и никак не могу найти причину недомогания уже 4 месяца! Как быть? Что за медицина у нас!»;

- «размах нищих и бездомных детей даже в Москве поражает. Не пора ли уволить министра здравоохранения и главного санитарного врача? Когда в магазинах появятся экологически чистые продукты и косметика?»;

- «каким образом можно улучшить здоровье россиян?».

В целом организационно-финансовое состояние здравоохранения глазами пациентов сводится к следующим утверждениям:

- лечение зуба в коммерческих поликлиниках от 1500 рублей. Протезирование по баснословной стоимости. Есть категория малоимущих, которым это не “по карману”, но зубы у них болят, и к сожалению выпадают, а лечить нет средств;

- военнослужащим не выдают полисы мед.страхования. Рассчитывать приходится в основном только на платные услуги;

- всю жизнь в Петербурге. Недавно впервые обратился к врачам. К кардиологу смог попасть только через 4 месяца после посещения терапевта. Эндокринолог же поговорила по душам и дала направление в первый мединститут. В конце беседы сказала, что если там что не так, то к ней больше не возвращаться. Оказалось, что приём там только платный. Организация чудовищная, а отношение предельно формальное;

- медперсонал требует взятку за каждую мелочь, не скрывают и говорят открыто: «Если лечитесь даром – вы лечитесь ДАРОМ»;

- пришлось обратиться к врачу-специалисту. В поликлинике дату приема назначили через 5 дней, кровь на анализ также по записи через 20 дней. Все это время ожидания приходится либо лечиться самостоятельно, либо ждать осложнений;

- администрация поликлиник и врачи используют помещения и оборудование, построенные и полученные на бюджетные деньги, как и оплачиваемое из бюджета рабочее время для бессовестного выкачивания денег из больного человека. Анализы, рентген, УЗИ, прием врачами узких специальностей только за деньги или ждите месяцами. Ничего не имею против платной медицинской помощи в организациях, созданных на собственные средства;

- сейчас практикуется снятие группы по здоровью. Снимают у больных онкологией - мотивируя тем, что все равно умрете. Снимают группы у больных, которые лечатся постоянно и долго, мотивируя тем, что люди долго лечатся, значит должны уже вылечиться. Но если есть деньги - группа будет;

- после увеличения зарплаты терапевтам изменилось отношение к людям со стороны остальных врачей. Например, в стоматологии необходимо теперь записываться заново с каждым зубом. На процедуры, ЭКГ, анализы, рентген предлагают “договариваться”;

- попасть к кардиологу проблема. Бесплатно только ЭКГ. В кардиоцентре немыслимые цены (прием 400 руб., мониторинг 900 руб.). Также и с другими врачами: уролог, стоматолог. Отношение к пациентам от безразличного до хамского;

- медицина очень дорогая, все платно, прием к врачу, анализы к примеру для беременных, операции различной степени, за все платишь, даже сам покупаешь лейкопластырь;

- бесплатно можно только прийти в поликлинику, и то: анализы сделать – с боем нужно пробиваться, а операции все платные;

- в стоматологии очень дорого стоит протезирование;

- стационарное лечение в больнице обходится пенсионеру в 7000 рублей за 10 дней (плюс 450 Евро за лекарства). Как можно сэкономить пенсию в 4200 р. и приступить к более-менее сносному лечению;

- ребенок прописан у родителей. Живем в 50 км от родителей в съемном жилье, т.к. в военном городке работы нет. Встретили непонимание со стороны врачей-педиатров: “Где прописаны, там и лечитесь, или платите”;

- Надо было ставить СТЕНТЫ (протезы расширители сосудов). Сейчас инвалид. Операция “бесплатная” по страховке, но стоит 200000 рублей. СТЕНТЫ так дорого стоят, привозные. Денег таких тоже нет. В итоге расходы на “лечение” по страхованию, платить пенсию и потеря работоспособности;

- сейчас дерут с нас ещё больше, чем было до национального проекта. Оборудование поступает в поликлиники, а врачи за обследование на нем берут деньги УЗИ от 350 и выше, анализы - хотите быстро (онкология) – 600 руб. и выше и т.д. И это около Москвы;

- говорят, что талонов нет и не будет, идите платно. В детских поликлиниках не дают необходимых направлений на обследование ребенка, и мы делаем это платно, потому что нет другого выхода. Два ЛОРа одновременно уходят в отпуск на все лето, и мы опять идем к платному врачу;

- больше года страдаю, а врач предлагает только лечение в частном порядке. Обидно, денег-то у меня не много;

- инвалиды не получили лечение вследствие противопоказанности к санаторно-курортному лечению. Нет отбора в учреждениях, выдающих путёвки. Приходится инвалидам отправляться домой;

- иностранцы должны платить за медицинскую помощь, даже дети;

- на предприятие приезжали врачи из ближайшей поликлиники проводить медосмотр в рамках нацпроекта «Здоровье», в объявлении было написано Президентского проекта), все, кто пытался сообщить о своих недомоганиях, получили четкий ответ «приходите в поликлинику». Ни один человек из 100 не получил направления к узкому специалисту, все оказались 100% здоровые;

- беспощадное вымогательство у нас в медицине. Если нет денег, то за медпомощью лучше не обращаться. А в государственных медучреждениях самая популярная фраза: “К сожалению, это обследование (процедура, анализ и т.д.) платное, у нас нет денег.” Документов, подтверждающих факт оплаты, как правило, не выдают;

- для чего выдают страховой полис, если за все в медучреждениях предлагается платить;

- невозможно попасть к никакому врачу нормально работающему человеку. Все по записи, по талонам;

- у меня есть рабочая страховка. Так по ней меня только принял врач. А все процедуры отправили делать в платный отдел при этой же поликлинике;

- поликлиники переполнены пенсионерами, попасть на приём к врачу невозможно. Приходится платно (все врачи подрабатывают в платных центрах, а на основном месте берут больничный). Мне выписали бесплатный рецепт. Прихожу в аптеку - мне говорят: “Лекарства нет, ждите – это будет через месяц, или покупайте платно”;

- зачем нужен страховой полис, если в больнице платишь за все. А за детей дерут в три шкуры – знают, что родители заплатят;

- обследования и анализы платные. Участковым врачам прибавили зарплату, но грубости меньше не стало. После обследования все равно направляют к узким специалистам. С

сокращением коек в стационаре, чтобы лечь на плановую операцию, необходимо заплатить деньги, иначе свободных мест нет;

- жена не может попасть в ею выбранный роддом по родовому сертификату. Чтобы нормально родить - надо давать взятку, без нее не будет хорошего отношения;

- если у тебя нет денег, то тебя лечить не собираются, очень больно смотреть, как мучаются люди, у которых нет денег на платное лечение, а у врачей только один ответ: нет денег, значит, не хотите лечиться, идите и лежите в палате – это они говорят людям, которые лежат в реанимации;

- люди просто не имеют возможности получить медпомощь, которая как-будто оплачена государством через страховой фонд, но за отдельную плату эта же услуга доступна. Надо перестать обманывать себя “бесплатной медициной”;

- сеанс химиотерапии стоит 40000 рублей;

- в Москве в простой поликлинике или городской больнице с оказанием медицинских услуг (пусть даже только по полису ОМС) - бесконечные очереди и записи, низкая квалификация медицинского персонала, неприкрытое вымогательство, а как следствие – беспомощность больного, оставшегося наедине со своей бедой;

- одинокому человеку, попавшему в больницу, если нет денег на операцию и лечение – ждать смерти;

- как лечить стариков, если врачи отказываются работать с 75-80 летними? Они не защищены и беспомощны. Таскать их по платным больницам трудно, т.к. это не ребенок, и его не сможешь взять на руки. А территориальные поликлиники – беда: “Сколько Вам лет, чего Вы хотите?”;

- прямо хоть не живи! Это стоит 300 руб., потом еще сюда надо заплатить 600, а потом вот еще 1000 стоит такое-то лекарство;

- на операцию требуют 5000 рублей;

- слегка подлечат, чтобы больной пришел ещё не один раз и вновь заплатил;

- для детей работает платный ортодонт в детской поликлинике;

- медполис гражданина РФ действует только по месту регистрации. А что делать, если этот гражданин РФ поехал на заработки в другой город, а по месту работы полис не выдают;

- муниципальная скорая помощь приезжает только через 1,5-2 часа после вызова. И это не в далеком поселке, а в областном центре. А платная скорая едет всего 10-15 минут. Так может быть, муниципальная скорая помощь специально затягивает время, потому что получает “вознаграждение” от платной скорой;

- специалистов приходится искать самим родителям для того, чтобы осмотрели детей – мало того, что искать, так еще самим и перевозить новорожденного в другую больницу;

- стоимость лечения одного зуба в среднем 1000 рублей; средняя зарплата в Кировской области 7000 руб. По-моему, это ненормально, когда стоимость зуба составляет 14,3% от зарплаты. Бесплатно же лечиться у работающих нет времени;

- в другом городе мой страховой полис теряет свою силу. Ребенку 4-й месяц от рождения, каждый прием врача по месту пребывания – 250 руб. За запись жалобы в карту и никакой помощи;

- на пациентов смотрят, как на назойливых насекомых, мешающих жить, возмнили себя Богами, к которым мы идём на поклон. Не уважают инвалидов;

- в цивилизованных европейских странах в роддоме ребенку сначала определяют иммунитет, а потом родителям предлагают прививать ребенка. Почему к нашим младенцам

другое отношение? Сначала прививка, потом родителей ставят перед фактом, а потом диагностируют поврежденный иммунитет. Самим сдать анализ достаточно дорого и сложно организационно (кровь нужна из пуповины). При отказе родителей от прививки детям отказывают в молочной кухне;

- невозможно обеспечить сносное содержание больного в больнице, а также его лечение. Приходится платить медицинскому персоналу в среднем 600 руб./день;

- в больницах г.Москвы запрещено держать иногородних больных более 3 дней, а далее – на коммерческих условиях за сумасшедшие деньги;

- без пакета с хорошим коньяком либо денежной купюрой осмотра не будет, и отношение к людям одолжительское. А как быть старикам? Многие в последнее время людей в белых халатах просто боятся, не каждому есть с чего наполнять пакет;

- когда приходишь в больницу на приём, к врачу тебя направляют на все исследования через кассу;

- после введения надбавок врача практически невозможно вызвать в нерабочее время ни за какие деньги;

- человеку за чертой бедности нельзя себе позволить операции по удалению миндалин – в клинике мне объявили 10000 руб.;

- заразили гепатитом “В” при лечении зубов. Все анализы и лекарства платные;

- когда станет более доступным получение номерка к врачу без километровых очередей с утра в поликлинику;

- чтобы вылечить зуб, необходимо отдать от 2000 до 3000 рублей. Про бесплатную помощь можно забыть, пломбы вылетают через 2 недели и необходимо ждать полгода;

- прописан в области, проживаю и работаю в Пскове (жилье снимаю, без регистрации). Со мной произошел несчастный случай, мне оказали помощь в травмпункте, наложили гипс. Во всех больницах города отказались меня обследовать в процессе выздоровления, а гипс снимать отправили по месту прописки;

- изымают родовые сертификаты без уведомления матерей, используя различные уловки. Например: «Оставьте у нас, должен подписать главврач»;

- больна туберкулезом. При этом не принадлежу к “социальным” группам (заключенные, бомжи и проч.). Работаю экономистом в банке. В итоге не очень удачного терапевтического лечения мне назначают операцию. За нее с меня требуют 65 тысяч рублей, мотивируя это тем, что я не бедствую, а значит должна заплатить. Хирурги ездят на Порше, а терапевты-фтизиатры, к ним отправившие, – на Мерседесах;

- в поликлиниках отказываются бесплатно принимать заболевшего ребенка, если он гостит у родственников. Есть полис, прописка РФ, но не Москва. Вызвали скорую, сказали: бесплатно приезжаем только один раз;

- в поликлинике ввели новый статистический талон, состоящий из 31 пункта. Пациент при обращении к врачу должен предъявить паспорт, страховой полис, СНИЛС. А врач все это переписать в статталон;

- в крупных клинических больницах г.Москвы персонал получает зарплату от 5 до 38 т.р., но при этом пациентов обязуют покупать лекарства самостоятельно, лечение врачи назначают за денежную благодарность, а назначенные процедуры медсестры делают за отдельную плату;

- в некоторых больницах нет оборудования и медикаментов. Приходится ездить в другие города. Кроме того, медработники берут взятки, мотивируя это низкой зарплатой;

- отношение к пациентам в участковых поликлиниках не изменилось – нет шансов по-

лучить качественную консультацию специалиста. Все так и осталось - хамство медиков, очереди;

- практически во всех медучреждениях за деньги попадаешь на приём к врачу в течение 2-4 дней, а по полису – через недели или даже месяцы;

- жителям Москвы, чтобы лечь в НИИ урологии бесплатно и обследоваться оформляют квоту. А оформление квот это процесс долгий. Некоторые процедуры в квоту не входят;

- в клиниках, занимающихся искусственным оплодотворением, цена за одну попытку колеблется от 3000 до 4000 тысяч долларов, а гарантий никаких, и проверить качество их работы тоже невозможно, вытягивать деньги можно бесконечно;

- врачи-специалисты, которые по-прежнему получают невысокую зарплату, отказываются лечить больных, и отправляют их к терапевтам, которые не имеют достаточной квалификации;

- ФСС не возмещает затраты (450 руб./сутки) на санаторно-курортное лечение ребенка в санатории;

- отмена выдачи родовых сертификатов в роддомах, если женщина не получила их по каким-либо причинам в женской консультации;

- нет бесплатного медицинского обслуживания в том городе, где работаешь, а не где прописан;

- работаю не официально и полиса ОМС не имею. На полис коммерческой СК придётся срочно искать деньги на лечение;

- сертификат - это ерунда, если акушеру не заплатишь, то с тобой обращаются, как не с человеком;

- в больницах и поликлиниках обслуживают только тех, у кого много денег;

- в негосударственных роддомах ОАО “РЖД” родовый сертификат не действует;

- платим медстраховые сборы с зарплаты, а в итоге лечим все потом платно в частных клиниках, т.к. они предоставляют лучший сервис. И даже в госбольницах приходится “договариваться”, чтобы попасть к хорошему врачу;

- при прохождении комиссии в детсад все узкие специалисты “платные”. Отношение некоторых врачей хамское;

- в больнице без оплаты, а что еще страшнее - без взяток, ничего не делается и после увеличения заработной платы врачам и медсестрам;

- в большинстве учреждений осталась так называемая “приписанность”;

- больных раком отказываются лечить, мотивируя отсутствием денег и делением на областных и федеральных больных;

- в наших больницах, чтобы вылечиться, необходимо заплатить доктору т.н. “мзду”. А если не заплатишь, то на хорошее лечение стоит не рассчитывать;

- в наших городских поликлиниках огромные очереди на запись к врачу, и в то же время при оплате посещения - проход вне очереди. И требуют покупать предметы, необходимые врачам как инструментарий при работе;

- в разных медицинских учреждениях - разные условия предоставления бесплатных медицинских услуг;

- средств для платного лечения недостаточно. Оборудование в поликлиниках старое, а если новое, то за плату. Врачи недостаточно информированы о новом в мировой медицине;

- люди забыли про профилактику здоровья и обращаются к врачам в крайнем случае;

- как только захожу в поликлинику, мне тут же выписывают счет по прейскуранту и говорят, что за обслуживание необходимо платить;

- когда же в больницах будет еда, бельё, лекарства, шприцы, перчатки и всё, что нужно для лечения;

- наличие медицинского полиса дает право посетить врача по месту прописки и пожаловаться на здоровье, а остальное - за деньги, при этом лечение любой болезни обходится минимум в 10 000 руб. при зарплате большинства населения нашей области 3 000 - 5 000 руб.;

- терапевты в поликлиниках как относились к своим пациентам из ряда вон плохо, так и после повышения заработной платы стали относиться ещё хуже, как будто не они для нас, а мы существуем для них, для наполнения их кошельков, взяточничество процветает сильнее, чем прежде;

- в обычных районных поликлиниках ни один врач палец о палец не ударит, если ему не принесешь коробку конфет;

- в стационарах и при амбулаторном приеме с больного требуют всё, начиная от ваты, спирта, физраствора, шприца, бинта, лекарства и т.д., объясняя недостаточностью средств из бюджета;

- в поликлиниках и больницах происходит самое настоящее вымогательство денег у больных за “лечение”;

- лечение в платной больнице равно по стоимости лечению по полису, т.к. вымогают деньги или выписывают домой даже без обследования. Терапевты в поликлиниках не знают названий простейших и основных лекарств, которыми они должны лечить больных;

- бесплатный прием в поликлиниках у специалистов недоступен работающему населению из-за необходимости предварительного похода в нее за талоном;

- врачи вместо лечения предлагают приобрести БАДы лично у них либо дают направления на платные обследования;

- сегодняшнее обслуживание многим не по карману. А также знания некоторых врачей оставляют желать лучшего;

- сотрудники МЧС не имеют полиса обязательного медицинского страхования;

- живя и работая на территории г. Москвы, россиянин, постоянно зарегистрированный в другом субъекте Федерации, не может воспользоваться бесплатной медицинской помощью (например, для оформления и оплаты больничных листов). Даже имея временную регистрацию в Москве, а проживая в другом районе Москвы, не всегда есть возможность ездить по врачам того московского района, где временно зарегистрирован;

- монетизация льгот, в том числе и по зубопротезированию, привела: 1. к уменьшению посещений к врачам; 2. к сокращению рабочих мест (зубных техников и врачей ортопедов); 3. граждане России, имеющие льготы, не могут самостоятельно спланировать денежные средства, отпущенные на зубопротезирование, и поэтому большая часть населения не имеет зубных протезов;

- в госклиниках доездовое оборудование и материалы. А в частные клиники могут обратиться лишь обеспеченные люди;

- протезирование зубов в государственной поликлинике стоит около 50 тысяч рублей. Средняя заработная плата в крупных городах России - около 8 тысяч рублей;

- заболел ребенок. Можно ли лечиться в рассрочку;

- врачи прямым текстом говорят, что лечить бесплатно - это значит мы тебя лечить не будем, причём это говорит заведующий отделением, намекая, что ему надо дать на лапу;

- невозможно попасть на прием к узким специалистам (и взрослым, и детским). Мой отец-инвалид 1 группы вынужден высиживать в очередях по 3-4 часа к одному врачу или

даже на укол. А когда скорая привезла его в областную больницу с микроинсультом, его оттуда просто отправили после капельницы своим ходом;

- в роддоме работа врачей не может обеспечить женщине нормальный процесс родов, медики так и ждут, чтобы им приплатили за их же работу. А если этого не случится, то в большинстве случаев придется переделывать их работу в другой больнице. Малый бизнес замучили проверками: налоговыми, СЭСами и др. А почему НИИ и роддома этому не подвергаются;

- на прием в поликлинику к специалистам бесплатно попасть невозможно, талонов мало, отношение к больным безразличное. То же самое происходит и в детских поликлиниках;

- в обычных поликлиниках не продуман прием пациентов в вечернее время;

- каждое медицинское учреждение требует на свое усмотрение страховые полисы конкретных страховых компаний, не принимая другие полисы обязательного медицинского страхования. То есть необходимо заключать договор “якобы” добровольного страхования за дополнительную плату;

- 5 сеансов химиотерапии, каждый из которых стоит 50 тыс. рублей. Фактически сказали: «Умирай, дорогая»;

- пенсионеры и беременные сдают кровь в одной очереди в одно время;

- родители вынуждены искать финансовые источники для лечения своих детей. В какой бы клинике Вы не лечились, в любом случае лечение будет платным

- в поликлинику после работы не попасть: работает до 18 00, в выходные – выходной. Цены на лекарство в аптеках кусаются;

- ребенка укусила бродячая собака, привезла его в государственную больницу, но пока не заплатила лечащему врачу N-ную сумму денег, ребенку даже рану обработать;

- бесплатно только помощь, а если хочешь лечиться, то все процедуры платные. Существует план на платные услуги, который все время увеличивают;

- медицинский полис позволяет бесплатно только попасть на прием к врачу, а анализы и лечение за свой счет;

- работаю в Москве, живу в Подмоскowie. Полис медстрахования оформляется по месту работы, при этом меняется и страховая компания. Эта процедура занимает более полугода, на оформление жуткие очереди. Но ведь в наше время человеку часто приходится менять работу, сидишь без полиса, а первый вопрос при обращении к врачу - покажите полис;

- в женской консультации стоимость анализов крови на гормоны от 100-130 руб. один гормонозабор крови 36 руб. и т.д., и это - по назначению врача, иначе диагноз не поставить;

- приходится платить за бесплатную медицину или бегать по кабинетам, выпрашивая бесплатного лечения, а попадая в другой город об ОМС можно забыть;

- чтоб хотя бы просто пройти полный осмотр, нужны большие деньги;

- без прописки поликлиники принимают только платно. Чтобы женщине в гинекологии сдать несчастный мазок, тоже надо платить. И кровь, мочу тоже платно. Либо приходится ждать талон месяцами;

- врачи получают сертификаты за ведение и принятие родов, но до сих пор берут деньги за роды. К бесплатным рожавшим отношение отвратительное;

- при вызове скорой помощи у нее не оказывается даже йода. Медицинские работники грубят, ни за что не несут ответственности, а на вопросы отвечают, что это наши проблемы;



- в поликлиниках огромные очереди, два дня из семи простаивает дорогостоящее оборудование, работающее население вынуждено обращаться к услугам скорой помощи. В пятницу нет возможности провести обследование, единственный вариант лечения - госпитализация в опасном для жизни состоянии. Врачи скорой помощи не имеют права назначать медикаменты и проводить лечение;

- когда человек попадает в больницу, часто начинают тянуть деньги, а если их нет - не лечат, человек просто лежит, и ждут: выживет - нет! В приемном отделении можно часов по 10 валяться. Потом в одну палату с БОМЖами - чтобы за отдельную заплатили... Лекарств нет, обследования – очередь. Лекарства называют вслух - не докажешь, что их назначали;

- поставить пломбу на 2 дня – 200 руб., на полгода - 600-750 руб. Зуб можно удалить за 200 руб., вылечить - за 3000 руб.;

- наценка на лекарственные средства в больницы и онкологические диспансеры доходит до 70% (когда ограничение 15% в опте);

- в нынешнее время позволить себе дорогостоящую срочную операцию (например, на сердце - 400000 руб.) может далеко не каждый представитель даже среднего класса населения;

- в районных больницах нет медикаментов, к больным относятся хуже, чем к преступникам;

- в России насчитывается 17 тыс. детей с онкологическими заболеваниями, стоимость лечения ребенка 40 тыс. долларов (препараты закупаются за рубежом). Оплата лечения производится за счет родителей или пожертвований частных лиц;

- в маленьких деревнях и селах закрываются медпункты с элементарным набором услуг;

- чтобы положили в больницу, нужно заплатить 1500 руб., если этого не сделаешь, то лечить не будут. Даже в экстренных случаях. А если у тебя денег нет - то в залог забирается паспорт;

- онкологический больной, находящийся на лечении в НИИ Онкологии им. Петрова в п. Песочный, каждый раз обязан оплачивать свое пребывание в больнице, когда ложится на госпитализацию;

- бесплатные медицинские услуги при наличии полиса можно получить только в поликлинике, обслуживающей улицу, на которой, а в поликлинике района по месту фактического проживания (Сормовская стоматологическая) отказывают в бесплатной медицинской помощи, заранее зная, что специалист данного профиля находится только в их районной клинике

- при преобразовании МСЧ в клиническую больницу обещали большинство медуслуг оказывать по полисам ОМС, на самом деле количество талонов на приём к врачу по ОМС очень ограничено. Не хватило - плати. Ответ руководства клиники на эти вопросы: вы вправе выбрать любую другую больницу;

- сломала надколенник левой ноги. Травматологи порекомендовали сделать операцию в Дорожной клинической больнице г.Самары. Но направление на операцию дать отказались, сославшись на то, что страховая компания, в которой застрахована, выплаты в Самарскую область не производит. Из-за этого операцию приходится делать за свой счет;

- “реформируют” не в лучшую сторону. Сокращают узких специалистов. “Временно” закрыли физиокабинеты. Нас отправляют в 6-ую поликлинику, а это не близко, да и талонов не достать. Растут очереди в кабинеты;

- только за УЗИ почек и печени 411 рублей. К доктору попасть на прием -плати. В палату отделения лечь - плати 100 рублей;

- больницу сокращают еще на 80 коек. Кто и как будет лечить людей в таких отдаленных районах, как наш? Убирают туберкулезные стационары, сокращают ставки врачей узких специальностей. Предлагают больным ехать для лечения во Владивосток. Стоимость проезда более 1 тысячи рублей;

- дочь сдавала анализы крови в обычной поликлинике (№ 100 в С.-Петербурге), заплатив за это почти 1 тыс. руб.;

- при поступлении в больницу по скорой помощи со страховым полисом, с СПб пропиской и с диагнозом, который предполагает оперативное вмешательство, врачи требуют определенную сумму денег за оказание медицинской помощи, и если не заплатишь, помощь оказывать отказываются. Пример: поступила в больницу с резкими болями и с диагнозом киста яичника, при первом осмотре в больнице № 3 (Св. Елизаветы) мне сразу назвали цену операции - 9000 руб.;

- в связи с реорганизацией медицинского обслуживания происходит сокращение коек в больницах и даже закрытие больниц. За качественным медицинским обслуживанием вынуждены ездить за 150 км в областной центр;

- роддомам в Казани с 1 июля запретили выдавать родовые сертификаты;

- в районной поликлинике отказывают в регистрации полиса ОМС (Самара, МСЧ-5), требуя кроме паспорта и полиса ОМС еще несколько справок. Чтобы эти справки получить, надо дополнительно пройти несколько кабинетов;

- работаю в поселке Ямбург в ООО “Уренгойгазторг” вахтовым методом. Нас не принимают в больнице. Мы работаем от 2-5 месяцев и не имеем права обратиться больницу. Предлагают ездить в больницу за 300 км в Новый Уренгой;

- жители Подольска вынуждены обращаться за платной консультацией в госмедучреждения г. Москвы, т.к. медобслуживание и уровень знаний медработников г. Подольска не соответствует современному уровню развития медицины, а направление на консультацию в Москву получить практически невозможно;

- в Кисловодске, в здравницах Северного Кавказа царит разруха;

- в нашем государстве невозможно получить медицинскую помощь при наличии страхового медицинского полиса, выданного в другом крае (области), то есть нет централизованной базы данных ОМС.

### **Выводы:**

1. Мы все содержим медицину вторым бюджетом.

2. Попытка улучшить существующую систему здравоохранения напрасна, и его необходимо реформировать полностью.

3. За годы безденежья наша медицина потеряла сочувствие к пациенту, уважение к собственной профессии, а вслед за этим и профессиональные навыки. Меры по повышению зарплаты врачам опоздали. ЭТИ врачи уже не будут лечить лучше. Трудно ожидать иного и от молодых врачей с купленными дипломами. Молодые специалисты пока не заменили старых медиков, а те в свою очередь лечить не умеют и просто не хотят.

4. Проводится в жизнь национальный проект в сфере здравоохранения. Общественное мнение склоняется к тому, что начинаниям не хватает системности. На местах это проявляется бессмысленной тратой денег на роскошества при отсутствии необходимого. Будет кто-нибудь оценивать рациональность сделанных вложений и каким образом?

### **Вопросы-размышления:**

- какие политические программы направлены на развитие медицины?
- почему на западе сначала оказывают сразу медицинскую помощь больному, а затем ищут возможность оплаты, а у нас сначала требуют денег и предоставляют неквалифицированную помощь?
- в нашей стране постоянно говорят о бесплатной медицине, которой не существует в принципе! Мы платим подоходный налог, отчисляем в ФОМС. Многие мед.услугами не пользуются десятилетиями. Оплатили все заранее и сполна! Но не можем получить достойное и грамотное обслуживание. Зарплату многим врачам хоть заповышайся – квалификация потеряна, работать разучились. Что делать - ждать новое поколение?
- почему у нас в стране провозглашены бесплатные медицинские услуги, когда за элементарное лечение необходимо платить, хотя бы за лекарства, при операции – за нормальные обезболивающие. Если приходится платить за лечение, то зачем называть его бесплатным, а первую медицинскую помощь во всех странах производят бесплатно, зачем имитировать то, чего на самом деле нет? Не является ли это лицемерием, может быть стоит называть вещи своими именами, тогда в стране будет порядок?
- какова перспектива развития платных услуг в медицине, приватизации муниципальных больниц, страхования врачебной деятельности?
- когда будет баланс: достойное медицинское обеспечение здоровья нации и достойная оплата медицинских работников, независимо от их направления и узости специализации?
- когда в России будет нормальное здравоохранение, без мздоимства врачей?
- какую функцию выполняет обязательное медицинское страхование, кроме создания никому не нужного буфера между отправителями и получателями денег (государством и больницами)? Почему при наличии полиса обязательного медицинского страхования нельзя рассчитывать на оплату хотя бы части услуг частных больниц? Почему я должен быть прикреплён к какой-то больнице не потому что она хорошая, а потому что она рядом? Собственно все вопросы сводятся к одному, почему нас заставляют ходить в плохие больницы?
- почему деньги выделяются медицинским учреждениям, а не больным?
- что будет сделано для того, чтобы медицина, все её последние достижения, стали доступны для всех?
- когда российские дети перестанут умирать от отсутствия у родителей финансовой возможности их лечить.

### **Основные предложения:**

1. Почему нельзя назвать нашу медицину платной? Ведь кто-то за наше лечение платит (государство, страховой фонд, граждане). Если каждое лечебное учреждение будет выставять счет за оказанные услуги больным, а те обращаться с этим счетом в медицинские фонды, то система станет прозрачной;
2. ввести систему личного счета, чтобы гражданин отчислял не в общий фонд, а на личный счет, и при этом во время получения медицинской помощи мог воспользоваться этим счетом:
  - создать счет на каждого человека, подобно полису пенсионного страхования, на который помимо текущих выплат по медицинским услугам предприятия-работодатели будут пересылать какую-то сумму, например, 5% от зарплаты, в накопительный фонд.

Понадобились деньги на, скажем, операцию – человек воспользовался своим счетом. Не хватило – добавил какую-то сумму.

- создать каждому гражданину России счет, куда перечисляются деньги с заработной платы плюс деньги из ФОМС;

- налоговые отчисления, идущие в сферу здравоохранения, не складывать в “общий котел”, а каждому перечислять на свой лицевой счет, с которого их можно будет расходовать только на лечение и сопутствующие услуги, и люди смогут самостоятельно выбирать, где им лучше лечиться;

- почему не сделать медицинский фонд накопительным, когда понадобятся, этими средствами можно будет воспользоваться в медицинских целях; деньги, которые платятся в медицинский фонд, пускай накапливаются на личных счетах, откуда можно будет тратить их на лечение себя и близких;

- чтобы часть денег, перечисляемых работодателем в фонды медицинского страхования, зачислялась на персональный счет человека, и человек сам мог решать, где и на что ему лечиться – чтобы получить полис один раз (как номер ПФР), а уже разные работодатели перечисляли бы на него деньги;

- применить практику родовых сертификатов, когда граждане могут сами выбирать учреждение здравоохранения, а зарплата врачей зависит от численности обратившихся граждан; создание же конкуренции будет способствовать улучшению качества медицинского обслуживания;

- раздавать накопительные сертификаты и человек по мере необходимости будет сам выбирать поликлинику или больницу;

- переводить те деньги, которые организация отчисляет (ЕШ в фонды соцстрах и пенсионный, ФФОМС, ТФОМС и т.д.), работнику на его личную медицинскую пластиковую карту, по которой он мог бы оплатить своё лечение?

- притом что есть деление пациентов медицинских учреждений на имеющих и на не имеющих полис, нет разницы, кому оказывать услуги, и есть возможность отслеживать работоспособность учреждения хотя бы по данным паспорта пациента, а не по иному документу, которого может и не быть;

- каждому российскому гражданину причитающиеся ему деньги на здравоохранение заносить на персональный счет этого гражданина с возможностью использовать эти деньги в случае необходимости на серьезные операции;

- принять накопительную систему, когда после оплаты 2000 руб. в год остальное оплачивает государство.

3. Не секрет, что оснащение многих публичных клиник далеко от совершенства, что не может не отражаться на качестве помощи. Есть смысл в использовании имеющихся мощностей частных клиник для помощи льготным категориям граждан и субсидировании этих мероприятий государством.

4. Не пора перевести ОМС в новое русло по типу ОСАГО? Ведь когда один район, город или обл. обслуживает одна страховая компания без конкурентов, они чаще смотрят сквозь пальцы или вступают в сговор с медицинскими учреждениями. Есть пример родовых сертификатов, теперь рожать идут туда, где нравится, а не туда, где приписаны.

5. В древнем Китае император платил своему врачу только за те дни, когда император был здоров. Принцип оплаты медицинских услуг в нашей стране должен стать аналогичным, чтобы Минздраву было выгодно здоровье Россиян, а не болезнь. 99% финансов идет «на здравоохранение» - на УЖЕ БОЛЬНЫХ. Врачам не выгодна профилактика

– зарплата зависит от численности услуг. Не пора ли направлять основные потоки на профилактику и пропаганду здорового образа жизни?

**Вспомогательные предложения:**

- провести реформу системы медицинского обслуживания и системы страхования жизни и здоровья;
- обеспечить нашим детям бесплатную вплоть до совершеннолетия ежегодную полную диагностику в медицинских диагностических центрах;
- раз в год сделать для всех жителей бесплатное профмедобследование;
- перенять опыт Германии: у них обследования ежегодно недельные полные происходят, и люди не запускают свое здоровье;
- врачи получают сертификаты за ведение и принятие родов. Но они до сих пор берут деньги за роды. Не у каждой роженицы есть деньги. Может лучше делать выплаты на роды женщинам?
- почему налогоплательщик должен платить за аборт, т.е. за убийство ни в чем не повинных детей!? Пусть, как в той же Англии, детоубийцы платят сами полную стоимость “услуг”, да еще не мешало бы – и штраф государству, который расходовался бы на поддержку материнства и детства. Можно эти деньги целиком пустить на антирекламу абортотворения и на рекламу рождения детей и создание здоровой семьи;
- службу скорой помощи передать МЧС;
- сделать бесплатными сложные и дорогостоящие операции;

**Сомнительные предложения:**

- система здравоохранения в виде обязательного страхования бесконтрольно проедает народные деньги, с таким же успехом, как и до введения этой системы. Однако если бы после получения любым больным мед.услуги в поликлинике, а также после лечения в стационаре, в больнице, его выписки из заведения сопровождалась бы составлением акта о предоставленных услугах за подписью больного и мед.администрации. По результатам этих актов начислялись бы финансы данному заведению;
- если пациент не подпишет выписку – не платить за лечение врачам;
- не пора ли подстегнуть развитие добровольного мед.страхования за счет средств работодателя? А для этого вернуть отнесение на себестоимость затрат на ДМС сотрудников в объеме 3% работ, услуг (как было ранее). Ведь сейчас на эти цели разрешено относить 3% от фонда оплаты труда;
- на сегодняшний день врачи не заинтересованы в % излеченных пациентов. Даже покупка дорогостоящих аппаратов и препаратов не всегда сможет помочь. Следует повысить отчисления от зарплаты на обязательное медицинское страхование, ведь это может повысить медицинскую помощь;
- недавнее повышение зарплаты медицинским работникам не изменило ничего, кроме суммы взяток в сторону увеличения. Зарплата врачей должна зависеть от результатов лечения и отзывов больных;
- отказаться от параллельной медицины (для депутатов – ЦКБ, для ГАЗПРОМА – свой медцентр и т.д.);
- медицина вся должна быть бесплатной или же государство не обязано отвечать за здоровье нации и бесплатно должна оказываться только экстренная помощь;

- перевести медицину на платную основу, тем самым хоть как-то повысить ее уровень, а бесплатную оставить только для пенсионеров и малоимущих;
- пора закрыть поликлиники – экономия для бюджета получится;
- почему бы не ввести целевые налоги на, скажем, лечение больных раком, сахарным диабетом, гепатитом, СПИДом? Любой работающий россиянин в состоянии отчислять фиксированную сумму в пределах 10-50 руб. в месяц на такие цели;
- на данный момент почти все платные услуги в медицине оплачиваются через страховые компании. При этом львиная доля этих средств уходит компании, а исполнитель зачастую вообще не получает дополнительных денег. Почему нельзя перевести эту часть услуг на хозрасчетную основу? Все деньги - больнице. В этом случае это и дополнительное финансирование, и улучшение качества услуг, и расширение их спектра, и уменьшение бюрократии;
- для получения квалифицированной помощи приходится платить достаточно большие суммы наличными деньгами непосредственно лечащим врачам. Может быть, следует узаконить эти “тарифы” и брать с них налоги? Вырученные деньги можно направить на предоставление квалифицированной помощи тем, кто не в состоянии платить врачам за лечение (операции, диагностику и т.д.);
- использовать средства стабфонда или ПФ на организацию производств;
- замечательно, что сэкономленные 8 млрд. долларов от выплаченного долга направляются в инвестирование. Может быть, стоит некоторую часть стабилизационного фонда потратить на обеспечение бюджетных больниц необходимыми средствами на оборудование, постельные принадлежности, чтобы лечили бесплатно. Нельзя ли направить часть средств стабфонда на финансирование операций? Почему не существует общегосударственного фонда, который полностью обеспечил бы лечение детей, которым требуется дорогостоящая операция, как саму операцию, так и период послеоперационного выхаживания? Средства стабилизационного фонда могли бы полностью решить эту проблему. Почему бы на деньги из стабилизационного фонда не вылечить в лучших западных клиниках всех больных ДЕТЕЙ нашей страны? Некоторую часть стабилизационного фонда следует потратить на обеспечение бюджетных больниц необходимыми средствами на оборудование, постельные принадлежности, чтобы лечили бесплатно;
- перевести большинство населения на добровольное медицинское страхование;
- 1. Ввести обязательное медицинское страхование в частных страховых компаниях (по типу ОСАГО); 2. Ввести платную медицину, оставив государству часть бесплатно; 3. Отменить налоги с больниц и поликлиник; 4. Выдать из стабфонда кредиты на постройку частных клиник и больниц, в залог как гарантию возврата этих средств взять построенные объекты; 5. Оплачивать лечение из страховых выплат;
- предоставлять налоговые льготы для российских здравниц для того, чтобы они могли развиваться. В настоящее время здравницы на грани выживания, и все развитие идет за счет прибыли, а ее надо заработать;
- в нашей стране мать-одиночка или вдова должна получать приличную зарплату или компенсацию от государства.

#### **Неконструктивные предложения:**

- создать собственную базу, банк доноров костного мозга;

- бороться с мужским (?) бесплодием и распадением семей посредством ЭКО;
- ввести строгий контроль профпсихологической пригодности медиков, педагогического состава от министров до студентов полным обследованием в стационаре;
- бороться с откатной системой в здравоохранении;
- обеспечить свободный выбор каждым гражданином России государственной или частной поликлиники и больницы, который должен оплачиваться через систему дотаций государства;
- поощрять тех, кто не пользуется медицинскими услугами (больничным);
- разделить по дням приема пенсионеров и работающей части населения;
- выделить для пенсионеров отдельные поликлиники;
- перевести поликлиники на семидневную рабочую неделю;
- дать власть профессионалам медикам, болеющим о России;
- принять меры для снижения стоимости медицинских услуг, в частности кардиологических операций, операций на сердце, и делать дорогостоящие срочные операции с определенной системой льгот или полностью бесплатно;
- чем калечить людей бесплатно, лучше качественно лечить за умеренную плату;
- провести частичную приватизацию учреждений здравоохранения, чтобы обеспечить приток частных инвестиций, который способен значительно увеличить темпы реформы здравоохранения в ее качественном аспекте;
- чтобы каждый мог выбрать свою страховую компанию: обязательное страхование должно обеспечивать только неотложку;
- найти в бюджете 680 млн. долларов на лечение детей с онкологическими заболеваниями;
- создать бесплатную клинику мирового уровня для лечения онкологических больных детей за счет стабфонда;
- оплачивать за счет страховой компании жизненно-важное обследование, которого нет в лечебном учреждении, в котором он находится, а при необходимости – обследование и лечение больных в платных клиниках, если это проводилось опять-таки по жизненным для больного показаниям;
- на рождение второго ребёнка выделяются 250 тыс. руб., а почему бы тем, кто не может, но очень хочет родить хотя бы одного ребёнка, не выделять на лечение хотя бы 50 тыс. руб.

### **Раздел 2.2.3. Структура Интернет-обращений к Президенту РФ медицинских работников об организационно-финансовом состоянии здравоохранения.**

В общей структуре Интернет-обращений к Президенту РФ каждое восьмое (12,5%) исходит со стороны медицинских работников.

По данным субтотальной выборки структура исследованных обращений к Президенту РФ со стороны медицинских работников представлена в следующей таблице:

<p><b>Обращения по поводу зарплаты: 222 (50,7%) – 100%</b>  <b>О зарплате медиков вообще и в частности – 24 – 10,8%</b>  <b>О зарплате администрации, узких специалистов и медсестер в поликлиниках и стационарах: 121 – 54,5%</b>          в том числе:          О зарплате фельдшеров и медсестер - 14          О зарплате врачей и среднего медперсонала вместе - 9          О зарплате конкретных специалистов - 32          О зарплате специалистов в поликлиниках и стационарах вместе - 59          О зарплате специалистов в поликлиниках – 10          О зарплате специалистов в стационарах – 23          О зарплате специалистов в поликлиниках и стационарах вместе – 1          О зарплате узких специалистов в целом - 25          О зарплате заведующих отделениями - 7  <b>О зарплате не-медиков и не-лечебников: 24 – 10,8%</b>          в том числе:          О зарплате лаборантов - 6          О зарплате медицинских статистиков – 4          О зарплате водителей скорой помощи – 3          О зарплате санитарок – 3          О зарплате судебных медиков и патологоанатомов – 2          О зарплате преподавателей и аспирантов медвузов – 1          О зарплате сотрудников медико-социальной экспертизы – 1          О зарплате технических специалистов, ИТ-инженеров – 1          О зарплате медицинских работников Роспотребнадзора – 1          О зарплате работников методкабинетов, отделов кадров – 1          О зарплате фармацевтов, провизоров, аптечных работников – 1          О зарплате в ведомственной и постгосударственной медицине: 20 – 9,0%          О зарплате Инфекции и социально-значимые заболевания: 18 – 8,1%          О зарплате молодых специалистов: 8 – 3,6%          О зарплате в стоматологии: 4 – 1,8%          О зарплате в зависимости от квалификации и степени: 3 – 1,4%</p>
Итоги и сравнения: 158 (36,0%)
<p><b>Остальное: 24 (5,5%) – 100%</b>  <b>Ведомственное позиционирование: 2 – 8,3%</b>  <b>Оснащение: 3 – 12,5%</b>  <b>Разное: 14 – 58,3%</b>  <b>Жалобы: 1 – 4,2%</b>  <b>Попытки PR: 4 – 16,7%</b></p>
<p><b>Выводы и предложения: 34 (7,8%) – 100%</b>  <b>Выводы: 9 – 26,5%</b>  <b>Стратегические предложения: 6 – 17,6%</b>  <b>Радикальные предложения: 3 – 8,8%</b>  <b>Сопутствующие предложения: 3 – 8,8%</b>  <b>Паллиативные предложения: 4 – 11,8%</b>  <b>Сомнительные и неконструктивные предложения: 9 – 26,5%</b></p>
Итого: 438 (100%)

Лейтмотивом Интернет-обращений медицинских работников к Президенту России определяют следующие высказывания:

- «мы уже ненавидим день получения зарплаты»;
- «платить в медицине надо не за количество сношенных ботинок, а за мозги»;
- «...и что нам, врачам, делать?» - вопрошает 18-летний юноша.

Нижний смысловой уровень демонстрируют следующие Интернет-обращения к Президенту России:



- «профессию медсестры я могу сохранять (очень хочу), или мне стоит поменять занятие?»;

- «есть ли смысл работать узким специалистом в стационаре в России? Если это никому не нужно».

Нижний грамматический уровень демонстрируют следующие Интернет-обращения медицинских работников к Президенту России:

- «я врач хирург (травмотолог-ортопед при институте травматологии)»;

- «когда повысят зарплату стоматологам?».

Из числа медицинских работников, обратившихся к Президенту России, всего лишь:

- единственный главный врач ЦРБ (интересует программа по сельскому здравоохранению в части капитальных ремонтов и реконструкции больниц);

- двое представителей частных клиник (оба – с конструктивными идеями по улучшению организационно-финансового состояния здравоохранения).

Остальные – наиболее информативные – обращения к Президенту России со стороны медицинских работников структурировались следующим образом.

### **Итоги и сравнения:**

- с надбавки участковым терапевтам берутся подоходный налог и профвзносы, но она не распространяется на отпуск и на больничные;

- участковому терапевту, ушедшей в очередной, а затем в декретный отпуск, при расчёте отпускных надбавка в 10 000 учтена не была, и в бухгалтерии утверждают, что деньги на это не перечисляют;

- надбавка не включается в среднюю заработную плату на период обучения на курсах усовершенствования врачей;

- начисляют отпускные не от общей суммы, а только от основной зарплаты, притом что налог 13% взимают с общей суммы;

- с суммы доплаты участковым врачам и медсестрам снимают 13% налог, и ни копейки с этого налога не идет в пенсионный фонд;

- зарплату повысили только тем, у кого условия и стаж работы совпадают со всеми пунктами протокола, согласно которому врач должен выполнить множество правил. Обнадеживающая всех врачей и медсестер, такая поправка оказалась лишь словами – зарплату в размере 10 тысяч рублей получили не многие и всего 1 месяц;

- из этих 10 000 взимаются бесконечные штрафы буквально за всё на свете! И выходит, что суммарная зарплата - примерно 10 000, тогда как по ТВ говорят, что средняя зарплата составляет 16-20 000;

- прибавка к зарплате врачам скорой помощи – только 5 тысяч рублей, а не 10, как обещали;

- в Татарстане участковым врачам надбавку в 10 тыс. рублей дают не полностью, а из них только 8 тыс. 600 руб.;

- в Ненецком автономном округе в отсутствие дорог все населённые пункты имеют авиасообщение с городом 1-2 раза в неделю. Врачи работают практически в изоляции. Тем не менее никто из сельских врачей и фельдшеров не получил обещанную надбавку к зарплате из-за малой численности населения в деревнях, а в Буденновске ее не получают медсестры;

- губернатор Г.Боос отказывается повышать зарплату медикам на 15%, мотивируя тем, что в бюджете нет денег;

- у бюджетников тарифная сетка была увеличена на 15% с мая 2006 г., но не в г.Пскове, поскольку городская дума не приняла решение о повышении зарплат;

- приходится выполнять работу за двоих (страдает качество), а оплата производится за одного;

- оклад прибавляют, а надбавки снижают, в итоге эффект почти равен нулю;

- объявленное повышение на несколько процентов в действительности превращается в понижение, т.к. автоматически прекращаются начисления за дополнительную нагрузку;

- после увеличения окладов врачам сняли губернаторскую надбавку;

- существенную прибавку к зарплате ощутили менее 1% врачей;

- ежемесячная надбавка участковым врачам выплачивается в режиме премии по решению руководства;

- администрация, ставя условия выплаты надбавок, утверждает, что может в случае их невыполнения, оставлять деньги в бухгалтерии, а затем расходовать по своему усмотрению;

- администрация медучреждений пользуется большими полномочиями в распределении государственных бюджетных средств при распределении процентных надбавок к зарплате. Выплаты интенсивности за сложность и напряжение в труде задерживаются до 2-х месяцев;

- для участковых врачей и участковых медсестер добавка из областного бюджета стала поводом для постоянного давления со стороны руководства, которое придумывает всяческие причины для лишения этой надбавки, а фельдшера, занимающие должность участковых (а таких в провинции более 90% всего медперсонала поликлиник), надбавки вообще не получают;

- участковых врачей после начисления субвенции главный врач постоянно пугает разными проверками, грозит лишиться этих денег;

- узкие специалисты из-за разницы в зарплате отказываются принимать больных;

- узкие специалисты рецепты на свои назначения, направления на анализы и т.д. отправляют больных выписывать к участковым, т.к. те получают больше денег. Администрация старается уменьшить число участковых, получающих 10000 рублей;

- очереди увеличились, сами участковые врачи без специалистов ничего не значат - они только перенаправляют пациентов, а без направления участковых приема нет. А специалисты уходят в платную медицину, в результате за каждый прием приходится платить сотни рублей, а в городе и районе на 100 000 жителей 1 кардиолог, некоторых специалистов нет вообще;

- в связи с повышением зарплат только участковым врачам, стационары лишились медсестер, ушедших на участок, и узкие специалисты срочно переучиваются на участковых терапевтов;

- в СМИ постоянные разговоры об увеличении зарплаты врачам, а в кассе за последние 5-6 месяцев выдают все меньше денег;

- в Ижевске, изыскивая средства на реализацию проекта из местного бюджета, обеспечивается повышение зарплаты одним работникам за счет увольнения других (закрывают целые отделения узких специалистов);

- возглавляя участковую больницу, единственный врач в качестве администратора не получает надбавки;

- с надбавками участковым добавилось работы настолько, что они просто физически не могут сделать все то, что от них требуют. Нельзя обследовать пациента за те 15 мин., которые по правилам отведены для приема каждого пациента;

- врачи и медсестры из стационаров поувольнялись из больниц и пошли работать участковыми. Теперь онкологи и кардиологи лечат ОРЗ. Но участкового терапевта можно заменить онкологом. Наоборот - не получается;

- специализированная медпомощь (онкология, фтизиатрия, психиатрия, дерматовенерология, наркология) перестает оказываться на муниципальном уровне, из-за чего становится недоступной: пациенты не смогут пройти освидетельствование на водительское удостоверение, огнестрельное оружие, поступление в учебные заведения и т.д.;

- в результате реформирования в районных поликлиниках и ЦРБ остались свободными должности заведующих поликлиническими отделениями и отделениями СМП;

- надбавка в 10 000 руб. не коснулась участковых больниц, и в итоге скоро некому будет в них работать;

- был в поликлинике кардиолог - ушел в участковые терапевты за 10000 добавкой к зарплате, других специальностей тоже поубавилось. Повысили первый разряд тарифной сетки, но изменили коэффициенты. Зарплаты повысились только 1, 2, 3 и 18 разрядов;

- врачи муниципальной больницы, поскольку при сравнении зарплаты с прошлым годом - нет никакой разницы, а с 2004 годом - меньше на 1000 рублей, собираются увольняться - пакуют чемоданы хирурги и другие специалисты;

- 50-70% ставок анестезиолога-реаниматолога по стране - вакантные, потому что оплата труда не соответствует тяжести врачебной специальности;

- как поступали больные в стационары для исправления результатов лечения первичного звена, так и поступают, а молодые доктора, имеющие хорошее образование и желание работать - просто уходят. Через несколько лет в стационарах средний возраст врачей составит не менее 55-60 лет;

- повышение бюджетникам 1 разряда оплаты труда на 37 процентов сопровождается понижением межразрядных коэффициентов со 2 по 18 разряд с повышением им оплаты труда на 15 процентов;

- реформа здравоохранения не работает в отдельно взятом районе (станция Ленинградская Краснодарского края) - врачи не получают никаких доплат, да с них ещё снимают проценты. Главный врач своим решением снял все доплаты, оставив их себе;

- надбавки участковым введены за счёт уменьшения больничных мест в стационарах и сокращения числа рабочих мест;

- приказы Минздрава ставят зарплату врача в зависимость от выполнения плана: эпидемия чесотки даст возможность выполнить план дерматологу, а вспышка туберкулеза - фтизиатру, гинекологам - спрос на аборт. А ведь эти нормативы никто не отменял;

- в связи с перевыполнением плана по койко-дням (!!!) в стационары (детские и взрослые) не принимают больных, в результате отделения в больницах заполнены менее чем наполовину, а больные не могут получить помощь. И врачи, и больные переживают, что затем начнут сокращать ставки врачей. Тем более что в детской больнице уже сократили единственного на весь город детского нефролога и собираются сократить детского ортопеда;

- доколе чиновник от медицины будет закупать медицинское оборудование, с которым будет после маяться врач-практик?

- сокращение койко-мест в участковых сельских больницах и численности медработников происходит в связи с повышением зарплаты медработников или это улучшение развития медицины на селе?

- на юге Тюменской области истолковывают задачу государства как оптимизацию. За

последний год в регионе были закрыты несколько лечебных учреждений. Медицинские работники остаются без работы;

- число платных услуг, оказываемых медучреждениями, не сказывается увеличением уровня дохода работников этих учреждений;

- за надбавку к основной зарплате врач днями и ночами пишет отчёты по статистике – врач должен лучше лечить, а не больше писать;

- реформа здравоохранения привела к увеличению бумажной работы почти в 2 раза, усложнилась процедура получения помощи на догоспитальном этапе;

- с ходом национального проекта в несколько раз увеличился документооборот и отчетно-учетные формы. На работу практически нет времени, заполняя еженедельные, ежемесячные, квартальные, полугодовые отчеты и заявки на медикаменты;

- ...остановить бюрократизацию практической медицины. В отделении на 60 коек, ведется 75 журналов и видов отчетной документации. Почти ежегодно вводятся новые, вроде приказа № 50 типа “вдарим мониторингом по туберкулёзу” при почти полном отсутствии комплекса лекарственных средств для лечения лекарственно-устойчивых форм туберкулёза. С больными заниматься становится некогда;

- когда закончится вал отчетной документации во всевозможные ведомства по реализации национального проекта? Бумаги задушили практическое здравоохранение, мы не думаем о здоровье нации в полном понимании этого слова, а думаем, как быстрее и правильнее сдать очередной дурацкий отчет или написать идиотскую справку о проведении реализации нацпроекта в своем регионе. Про больных уже забыли. Проект «Здоровье» умрет под кипой ненужных бумаг;

- по проектам подаются отчеты, большинство из которых – фиктивные: делаются приписки, завышаются цифры;

- административные органы стараются загрузить лишней писаниной - надо показать свою работу. Абсолютно забыт принцип - врач для больного, а администрация для больного и врача. Получается – всё для администрации;

- приходится заполнять много ненужных документов, которые каждый месяц придумывает Роспотребнадзор, который повышает расценки на свои услуги каждые шесть месяцев;

- Госсанэпиднадзор России на уровне регионов и ниже разделили на две неравноправные части (зачастую враждующие между собой): Роспотребнадзор принимает решения, но не имеет денег, а другая половина (ФГУЗ) - зарабатывает деньги, но не дает их нередко и не имеет права принимать решения. Санитарным врачам резко снизили зарплату – не за счет ли прибавки врачам общей практики? Нужен ли тогда такой национальный проект, когда благополучие одних растет за счет других;

- санэпидэкспертизы проектов могут проводить специалисты ТУ Роспотребнадзора на бесплатной основе, центров гигиены ФГУЗ – на платной и бесплатной основе, институтов сангигпрофиля – на платной основе. Но нет критериев определения организации, в которой должны проводиться экспертизы, учитывая при этом, что санэпидзакключения по результатам экспертизы дают специалисты ТУ Роспотребнадзора. Могут ли полномочия ТУ Роспотребнадзора по проведению надзора передоверяться специалистам ФГУЗ по предписаниям ТУ?

- создание нового Федерального агентства по оказанию высокотехнологичных видов медицинской помощи выносит “за борт” ВТМП отдельные реально работающие специализированные отделения, в структуру многопрофильной больницы;

- со слов главного врача бюджетные деньги не поступают, зарплату зарабатываем сами из фонда ОМС, именно поэтому заставляют приписывать 500 – 600 человек в месяц «мёртвых душ». Дополнительная доплата из фонда ОМС врачам, ведущим приём, не производится;

- разве можно повышать медикам заработную плату, меняя только структуру тарифа койко-дня, уменьшая и без того скудные деньги на лекарственные препараты;

- 40-60% объема оказанной медпомощи не подается на оплату в фонды ОМС и СМО и не оплачивается. Тарифы в системе ОМС во многих субъектах Федерации гораздо ниже общедоменных (в Алтайском крае в 2 с лишним раза). Поэтому деньги, выделяемые на здравоохранение, не доходят до больниц из-за отсутствия общедоменных тарифов ОМС, оплаты по койко-дню, а не по законченному случаю или нозологии;

- при отдаче распоряжения об увеличении МРОТ и приказе повысить заработную плату работникам здравоохранения (увеличение расходов), нет приказа об увеличении стоимости посещения (увеличении дохода ЛПУ), стоимость посещения, оплачиваемая из средств ОМС, составляет 50% себестоимости оказываемой услуги;

- расценки медуслуг в страховых компаниях, которым отданы государственные ЛПУ, настолько малы, что не окупают стоимость материалов (например, рентгеновскую пленку). В частных медцентрах медуслуги стоят в сотни раз больше. А страховые компании еще снимают оплату услуг за неправильное оформление какой-либо бумаги, участковая медсестра делает уколы 2 раза в день, а оплачивается только 1 раз;

- лечебному учреждению оплачивают только приемы участковых врачей и специалистов, а все исследования и физиотерапия входят в стоимость приема специалистов в виде повышающего коэффициента, зависящего от разряда лечебного учреждения, который определяется численностью прикрепленного населения и величиной штата сотрудников. При этом в Москве услуги оплачиваются все отдельно, а стоимость посещения такой же поликлиники значительно выше, чем в Подмосковье;

- в Волгограде врач с дипломом, закончив интернатуру, не имеет право работать, а должен еще пройти первичную 4-месячную специализацию, заплатив 40 тысяч рублей;

- повышение заработной платы сотрудникам скорой помощи коснулось только тех, кто работает на полную ставку – совместители на скорой помощи надбавки не получают;

- распространяется ли повышение зарплаты на специалистов всех подразделений скорой помощи или только на врачей и фельдшеров выездных бригад, не определено;

- фельдшерам скорой помощи грозят штрафными санкциями за повышение суммы в 3500 руб.;

- добавили всем работникам скорой помощи кроме водителей и санитаров;

- с родовых сертификатов удерживается единый социальный налог, и они не учитываются при начислении отпускных;

- медсестрам, ухаживающим за новорожденными, отказано в денежном поощрении от родовых сертификатов;

- выплаты по родовым сертификатам производятся тем, кто непосредственно к родам отношения не имеет никакого: врачу, делающему УЗИ беременным, работникам лаборатории, гинекологу (она является главврачом);

- из 5000 руб., выделяемых на роддом, остается 1200, которые в свою очередь делятся на 16 человек. А в женской консультации 960 делят на 8 сотрудников;

- в женской консультации врач по сертификату получает 200-300 рублей (каждый раз по-разному, т.к. говорят, что каждый раз выделяются разные суммы), да еще делиться

приходится со всеми - от главврача до гардеробщицы (иначе они работать не будут - зарплаты маленькие);

- 60% родового сертификата отчисляются не только лечащему врачу акушеру-гинекологу, но и на содержание всей поликлиники;

- за родовые сертификаты оплачивают только медицинскому персоналу, но не работникам хозяйственной, экономической и бухгалтерской служб;

- с введением родовых сертификатов стали ставить меньше КТУ, отчего зарплата выходит прежняя, если не меньше;

- родильный дом заработал достаточные деньги для приобретения оборудования, но осуществить его приобретение не может в связи с запретом вышестоящих органов управления здравоохранением. Как воздух необходима дыхательная аппаратура для рожениц и новорожденных и аппаратура слежения;

- как работать в роддоме, лечить беременных и новорожденных, если с 1 июля Минсоц-здоровом России запрещено выдавать в роддоме родовые сертификаты не получившим их по каким-либо причинам;

- в Южно-Сахалинске врачам акушерам-гинекологам, занимающимся частной практикой, не дают выдавать родовые сертификаты, тем самым принуждая женщин обращаться в женские консультации либо платить взятку, либо заключать договор с родильным домом и самим оплачивать роды;

- в воинской части проведение лечебных мероприятий затруднено: резко сокращены нормы снабжения медикаментами, у военнослужащих отсутствуют полисы ОМС, нет возможности для повышения квалификации медработниками части;

- в военном гарнизоне Мурманской области до реформ 1000 гражданского и 1500 военного населения обслуживались большим лазаретом и врачебной амбулаторией, после – только ФАПом (3 фельдшера), за копейки – им уехать некуда, остальные разбежались;

- в настоящее время стала возможной столь большая разница в зарплатах медицинских работников первого звена и высококлассных специалистов стационаров и диагностических служб;

- заведующие отделениями поликлиники получают зарплату меньше участковой медсестры;

- врачи, работающие в экстренной операционной, получают меньше чем участковая медсестра;

- врачи-специалисты получают зарплату меньше участковых медсестер;

- в одном учреждении медсестра получает больше врача-специалиста;

- врач стационара получает в 2 раза меньше, чем врач поликлиники;

- военный врач, кандидат наук с 30-летней выслугой имеет заработную плату меньше, чем участковый врач;

- участковый терапевт получает 20000 рублей в месяц, молодой специалист в больнице 10000, а ассистент кафедры, кандидат медицинских наук 5000;

- узкий специалист, проучившийся 9-10 лет, получает в 3 раза меньше (4000 руб.) чем медсестра, проучившаяся 1,5-2 года (11000-12000 руб.);

- разница в зарплате врача и медсестры в 7 раз;

- оплата в участковой службе районной ЦРБ в 6 раз больше, чем в стационарной;

- врачи муниципальных учреждений получают зарплату меньше, чем врачи областных учреждений;

- в Центре сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева зарплата у врачей и медсестер

такая же, как в простых поликлиниках;

- размер заработной платы работников детских медицинских учреждений намного меньше, чем взрослых;

- медсестра на участке зарабатывает больше канд. мед. наук;

- участковые фельдшера получают зарплату меньше на 5 тыс. чем медсестры;

- врачи скорой помощи получают 5000 рублей, а не 10000, как участковые врачи;

- ...получать в 5 раз меньше, чем “домовые врачи”, работая в 10 раз больше;

- врач-хирург высшей категории получает заработную плату в 2 раза меньше участковой медсестры без стажа (после окончания медицинского колледжа). Главный врач и заведующие отделениями и другие узкие специалисты при большей нагрузке получают значительно меньше участковых педиатров;

- чем отличается врач стационара в маленьком городе или поселке, который оказывает такую же первичную помощь населению и лечит наиболее тяжелых больных, которых нельзя транспортировать в другие учреждения, от участкового терапевта, который в большинстве случаев выполняет функцию диспетчера;

- работа хирурга и анестезиолога ночью в операционной должна оплачиваться гораздо выше, чем работа терапевта на участке, а не ниже, как это происходит сейчас;

- оклады врачей в поликлиниках, станциях скорой помощи и т.п. теперь значительно превышают оклады людей с таким же медицинским образованием, которые так же лечат, спасают людей, но в стационарах больниц, госпиталей, военных госпиталей;

- зарплата врача (любой специальности) ниже, чем зарплата уборщицы;

- труд врачей и мед. сестер, работающих в больницах и отвечающих за жизнь и здоровье своих пациентов, традиционно оценивается в нашей стране так же низко, как труд уборщиц и дворников, отвечающих только за качество уборки своей территории;

- в поликлиниках врачи первичного звена по уровню доходов всего лишь сравнялись с малоквалифицированными рабочими заводов;

- грузчик или сторож получает в 3 раза больше врача-ординатора;

- когда заработная плата медсестры (3100руб в мес.) будет соответствовать хотя бы прожиточному минимуму, который в нашем регионе равен 5070 руб.;

- почему Чехия и Словакия больше ценят труд своих медицинских работников, оплачивая их труд на несколько порядков выше, чем Россия;

- в федеральном бюро медико-социальной экспертизы невролог-начальник получает больше чем в 10 раз, чем невролог-подчиненный.

### **Выводы:**

1. От провозглашенных властью реформ в здравоохранении до реально существующего положения дел в лечебных учреждениях остается пропасть. Врач занимается не здоровьем пациента, а отписками. Основными проблемами отрасли являются: кризис управления, связанный с непрофессионализмом и бюрократией, недостаточное финансирование медицинской услуги, неправильная оценка и низкий контроль затрат в самих медицинских учреждениях

2. Очень высока смертность среди работников здравоохранения, многие не доживают до пенсии.

3. Государство решило, что медицина бесплатна и для государства. Бесплатная медицина в стране существует за счет бесплатной жизни для медиков.

4. В условиях рыночных отношений в стране существует уравниловка и отсутствие

легальных материальных стимулов в работе врачей и медсестёр.

5. На работу медиков принимает чиновник, не руководствующийся нуждами больного.

6. Специализация в медицине чрезмерна.

7. При современном развитии медицины невозможно быть широким специалистом, а семейные врачи почти все поголовно “дилетанты широкого профиля”.

8. Реформа здравоохранения в стиле реставрации советской медицины (что в действительности и происходит) дает показушные, а не реальные результаты. Реформы здравоохранения министерством трактуются очень успешными, а на местах все выглядит с точностью до наоборот.

9. Происходит дискриминация частных клиник, оборудование дорогое, но быстро морально устаревает; приобрести помещения без залога не получается, а кредит не дают; к финансированию из казны по ФОМС частные клиники не подпускают.

### **Стратегические предложения:**

1. Необходима концепция, стратегия развития и поэтапный чёткий план реформирования здравоохранения на 5-10 лет, которые в настоящее время отсутствуют.

2. Необходимо вовремя, своевременно пересмотреть промежуточные итоги проводимых мероприятий и внести поправки с тем, чтобы реформа не стала банальным вкачиванием денег в устаревшую и неэффективную систему.

3. Необходима оценка проводимых мероприятий – возможно, путем Интернет-опроса.

### **Радикальные предложения:**

1. Управление медицинскими организациями должно перейти от врачей к менеджерам. Государство должно быть заинтересовано в усилении административного звена в здравоохранении.

2. Государство должно быть заинтересовано в экономической эффективности производителей медицинских услуг не в ущерб казне и здоровью граждан, для чего необходимо налоговое послабление и льготное кредитование медицинских организаций безотносительно их имущественной принадлежности.

3. Необходима компьютерная система управления в здравоохранении, призванная сократить расходы на обслуживание и учет пациентов, для чего должны быть разработаны соответствующие правительственные программы.

### **Сопутствующие предложения:**

1. Необходима реформа судебно-медицинской экспертизы, возможно, с ее передачей в ведомство прокуратуры.

2. Нужна служба оповещения родных и близких людей, которые пострадали в ДТП, попали в больницу в случае внезапной болезни и т.д.

### **Паллиативные предложения:**

1. Повышение заработной платы медицинским работникам должно быть закреплено нормативно, а не отдано на откуп администрации больниц и поликлиник.

2. Тарифные сетки должны распространяться на чиновников, а не на медицинских работников.

3. Необходима реальная конкуренция частных клиник и государственных лечебных учреждений, т.е. оплата лечения в частных клиниках за счет средств ОМС, оплата лечения



инвалидов из Фонда Соцстрахования. Должен быть создан режим налогового благоприятствования для частных клиник, которые действительно могут составить конкуренцию государственным и муниципальным ЛПУ.

4. Необходима полная и конкурентная оплата услуг по ОМС с устранением прямого бюджетного финансирования государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

5. Требуется либерализация процедура сертификации: вместо права для медработников на усовершенствование 1 раз в 5 лет это превратилось в налог на допуск к работе, причем в финансовом отношении этот налог не тянут даже государственные больницы.

### **Сомнительные и неконструктивные предложения:**

1. Необходима здоровая медицинская реформа, позволяющая повысить уровень медицинских услуг и уровень заработной платы врачей.

2. Необходимо ввести квалификационные экзамены для медперсонала для назначения доплат.

3. Следует перестать говорить о мифических национальных проектах, а просто отменить финансирование муниципальных больниц – пусть больные лечатся только за деньги.

4. Отраслевому министерству нужно руководство врачами, а не экономистами.

5. Чтобы чиновники своими решениями не усугубили положение в практическом здравоохранении, как это произошло, и миллионы рублей не были потрачены впустую, нужно было обсуждение Национальной программы “Здоровье” с участием практических врачей.

6. Необходимо пересмотреть список заболеваний, в т.ч. стоматологических, по которым будет оказываться медицинская помощь либо бесплатно, либо с минимальной оплатой услуг и медикаментов для наиболее дорогостоящих видов заболеваний в разрезе социальных групп.

7. Работа скорой помощи не должна подчиняться территориальному делению, т.е. оказывать помощь только в том районе, где предписано.

8. Необходимо создание межрайонных больниц, которые будут обслуживать население 5 - 7 районов.

9. Необходимо организовать выбор главных врачей на местах путем тайного голосования самими врачами.

В целом, содержащиеся в Интернет-обращениях к Президенту России перспективные, конструктивные и осуществимые (основные и вспомогательные, стратегические, радикальные и сопутствующие) предложения медицинских работников и остальных граждан, ассоциированные с выводами, которые дают определение организационно-финансового состояния здравоохранения в целом, позволили сделать следующие обобщения.

### **Обобщения:**

1. Об организационно-финансовом состоянии здравоохранения от граждан - каждое второе, а от медиков - лишь каждое восьмое обращение к Президенту России, притом что эти обращения – не об одном и том же.

2. Организационно-финансовым состоянием здравоохранения недовольны и врачи (медицинские работники), и пациенты (граждане). Если медицинские работники недовольны зарплатой, то граждане-пациенты – платностью медицины – последние почти в 3,5 раза больше, чем первые.

3. Недовольными национальными проектами остались все медицинские работники: и те, которым зарплату повысили, и те, которым ее не повысили.

4. Выводы и предложения содержались почти в каждом третьем (31,7%) обращении граждан и почти в каждом тринадцатом (7,8%) обращении медицинских работников. При этом конструктивными были половина (50%) выводов и предложений граждан и почти  $\frac{3}{4}$  - медицинских работников (73,5%).

5. Обобщенные выводы граждан-пациентов и медицинских работников таковы:

5.1. Медицина бесплатна для граждан, но не бесплатна для государства и не за счет нищеты медиков.

5.2. В настоящее время медицину содержит не только государственный бюджет здравоохранения, но и граждане – вторым бюджетом, вынужденно развращая медиков и ни от того, ни от другого не получая того, что вправе получить.

5.3. Система здравоохранения нуждается в реформе – радикальной, системной и реальной.

5.4. Суть реформы здравоохранения состоит в том, чтобы в любой медицинской организации любой гражданин мог получить любые медицинские услуги из числа тех, оплата которых производится за счет и в пределах средств государственного бюджета здравоохранения.

6. В центр реформы здравоохранения должен быть поставлен гражданин как распорядитель тех средств, которые по его персональному счету в пределах средств государственного бюджета здравоохранения обращаются на оплату медицинских услуг субъектам медицинской деятельности вне зависимости от их формы собственности и организационно-правовой формы, нуждающимся также в налоговом послаблении и льготном кредитовании для развития этой деятельности.

7. Не должно быть иных путей финансирования субъектов медицинской деятельности за счет средств бюджета здравоохранения, кроме как по персональному счету гражданина, как не должно быть нормативных ограничений расходования ими этих средств на оплату труда своих работников.

8. Государство должно быть заинтересовано в усилении административного звена в здравоохранении и управление медицинскими организациями должно перейти к менеджерам.

9. Необходима идеология и выраженная в соответствующих программах политика здравоохранения, позволяющая контролировать промежуточные итоги проводимых мероприятий и вносить необходимые поправки по ходу ее осуществления.

Таким образом, гипотеза, основанная на допущении, что большинство и медицинских работников, и остальных граждан в Интернет-обращениях к Президенту России основывается на том, что кризисное организационно-финансовое состояние здравоохранения происходит от пороков финансирования здравоохранения государством, а не от пороков государственных начал организации здравоохранения, в то время как реальную необходимость обратного видит подавляющее меньшинство, подтвердилась.

А предположение, что здравоохранение нуждается в такой доктрине организационно-финансового устройства, которая способна обеспечить баланс интересов граждан как получателей медицинских услуг, государства как плательщика за них и субъектов медицинской деятельности как производителей медицинских услуг в эквивалентно-товарных взаимоотношениях, обнаружило реальные пути воплощения в действительность, выраженные в перспективных, конструктивных и осуществимых предложениях медицинских работников и остальных граждан.

## Глава 3. Здравоохранение как индустрия охраны здоровья

### § 3.1. Экономический характер современной организации социальной сферы<sup>11</sup>

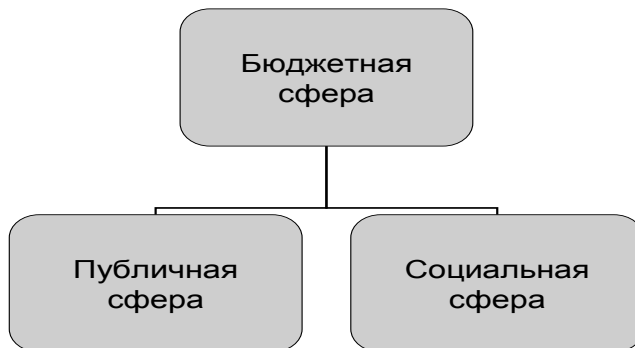
Государство и общество – не одно и то же. Государство – это организация общества. Это надстройка над обществом, призванная упорядочивать его жизнь и выполнять иные функции в интересах общества. Общество – это совокупность граждан. Государство – это устроенная по особым правилам обособленная часть общества.

В предшествующий период государство охватывало и контролировало по правилам, по которым устроено государство, все общество. В настоящее время государство все более сокращает свое присутствие в обществе, а общество развивается по правилам, отличным от правил, по которым устроено государство.

Государство все более сокращает также свое присутствие в экономике. Прежнее народное хозяйство в пределах государственного бюджета сменилось рыночной экономикой за его пределами.

Рыночной экономикой стал охватываться любой процесс товарного производства и товарного обмена не только между государственными предприятиями, а между любыми хозяйствующими субъектами разных форм, имущественной принадлежности и национальности капитала.

Государственный же бюджет, как и прежде, остался объектом распределения на цели потрeбления государственных средств, получаемых от налоговых и неналоговых поступлений.



По существу, расходование государственного бюджета сводится к содержанию публичной и социальной сферы. По единству источника финансирования публичная и социальная сферы объединены бюджетной сферой.

Публичная сфера охватывает механизм государства, т.е. систему государственных органов, а также инфраструктуру государственных организаций, на неэкономической основе выполняющих задания государственных органов и не участвующих в отношениях товарообмена с третьими лицами (учреждения статистики, экспертизы, исправительные учреждения и т.д.).

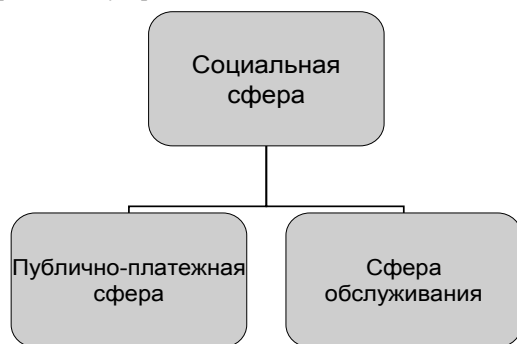
Социальная сфера представлена государственными органами и государственными ор-

<sup>11</sup> Стародубов В.И., Иванников Н.Ю., Тихомиров А.В. Социальная сфера и сфера обслуживания: проблемы управления. //Главный врач: хозяйство и право, 2005, № 6, С.7-15.

ганизациями, действующими от имени государства в отношениях с обществом в порядке обеспечения социальных гарантий гражданам.

До недавнего времени, пока существовало государственное народное хозяйство советского образца, разделенное на отрасли в подведомственности соответствующих министерств, а также деление его на производственную и социальную сферу, государственные органы и государственные организации были объединены единством подчинения, функций и финансирования.

По мере ухода государства из экономики – не только в производственной, но и в социальной сфере – государственные организации переходят с бюджетного содержания на самообеспечение от участия в отношениях товарообмена. Финансирование организаций заменяется финансированием их деятельности. Вместо освоения сметы от распределения государственных средств эти организации начинают существовать за счет осуществляемой деятельности от производства и реализации продукции. Такой продукцией являются товары, работы, а также услуги, в том числе оказываемые гражданам в порядке исполнения социальных гарантий государства.



Однако эти услуги оказываются не государством. Эти услуги оказываются и не государственными органами, составляющими механизм государства. Подобные услуги оказываются организациями, основанными на государственном имуществе (государственными учреждениями). А государственные органы от имени государства выступают плательщиком за эти услуги. Оплачиваемые ими услуги могут оказываться и оказываются гражданам также и организациями, основанными на частном имуществе (частными организациями). Плательщиком за эти услуги может являться и не государство, и оказывать гражданам эти услуги, оплачиваемые любым плательщиком, могут организации любой имущественной принадлежности.

В той мере, в какой социальные гарантии государства распространяются на общество, социальная сфера представляет собой сферу платежных обязательств государства (ассигнований государственных средств на оплату услуг) перед обществом (гражданами).

В той мере, в какой в социальной сфере оказываются услуги, она представляет собой сферу обслуживания.

Иными словами, в социальной сфере происходит товарообмен, существует экономический оборот, складывается рынок услуг.

Товарный характер отношений в сфере социального обслуживания не меняется оттого, что оплачивает их государство, что услуги оказываются в порядке выполнения социальных гарантий государства, что за получение этих услуг не платят сами граждане.

Эти услуги не становятся другими, чем остальные услуги, оказываемые гражданам, равно как оборот этих услуг не может быть обособлен от оборота остальных услуг, как и от всего экономического оборота в стране.

Таким образом, сферу социального обслуживания представляет экономический механизм в социальной сфере.

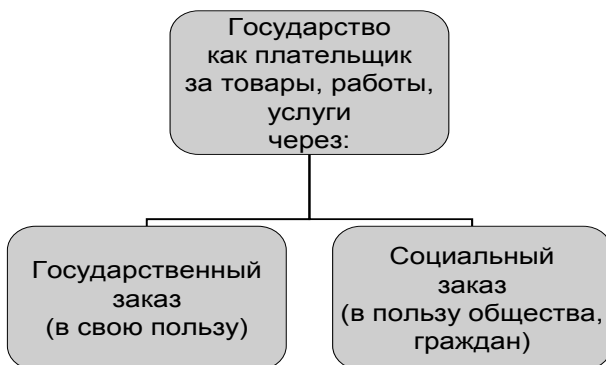
К подобному же пониманию приходят исследователи и за рубежом. Отдельным из них это позволило утверждать, что социальная деятельность стала бизнесом. Традиционная граница между социальной деятельностью как некоммерческой активностью в общественном и добровольческом секторах социального обеспечения и коммерческой активностью, ведомой мотивом рыночной выгоды, размывается (138). С этим трудно согласиться. Вопрос в том, чем является социальная деятельность и за счет чего она финансируется.

Социальная деятельность как деятельность государства в интересах общества не может рассматриваться ни как коммерческая, ни как некоммерческая активность – она представляет собой деятельность по оплате услуг гражданам.

Деятельность в социальной сфере организаций, оказывающих эти услуги гражданам, не является деятельностью государства – и в тех случаях, когда осуществляется организациями, основанными на государственном имуществе (государственными предприятиями и учреждениями).

Коммерческой или некоммерческой активностью является не деятельность организаций в зависимости от их формы или от ее характера, а распределение прибыли от этой деятельности. Деятельность предпринимательского или непредпринимательского характера могут осуществлять равно коммерческие и некоммерческие организации. Различия между ними не в осуществлении или неосуществлении предпринимательской деятельности, а в том, что прибыль от этой деятельности, по общему правилу, в некоммерческих организациях полностью обращается на ее реинвестирование, а в коммерческих – частично распределяется между учредителями (участниками).

Иными словами, там, где существует товарообмен, экономический оборот, рынок, нет места государству в своем публичном качестве. В публичном качестве государство устанавливает правила регулирования рыночных отношений. В частном качестве участником товарных отношений государство может являться, но не на стороне продавца товаров, исполнителя работ и услуг, а на стороне покупателя (заказчика), т.е. плательщика за товары, работы, услуги.



Государство как организация общества, как публичный институт оплачивает товары, работы, услуги в свою пользу посредством размещения на рынке товаров, работ, услуг средств государственного заказа.

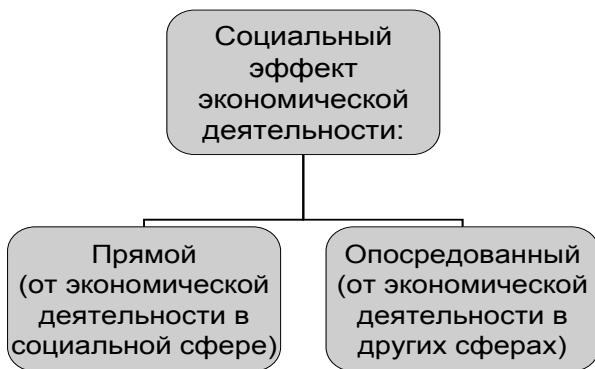
Государство выступает плательщиком за товары, работы, услуги в пользу общества, граждан посредством размещения на рынке товаров, работ, услуг средств социального заказа.

Вне зависимости от того, в свою пользу или в пользу граждан оплачивается государством заказ товаров, работ, услуг, он размещается среди организаций, производящих и реализующих эти товары, работы, услуги.

Социальной деятельностью в узком смысле является деятельность государства по размещению средств социального заказа, т.е. обращенное к таким организациям предложение предоставить гражданам товары, работы, услуги за плату, которую производит государство.

Для организаций, производящих и реализующих товары, работы, услуги, эта деятельность социальной не является – она ориентирована не на социальный, а исключительно на имущественный результат (извлечение прибыли).

Однако экономическая деятельность этих организаций имеет социальный эффект, который может быть прямым или опосредованным.



Прямой социальный эффект достигается от производства и реализации товаров, работ, услуг социального назначения в социальной сфере (например, образовательных услуг и учебников, медицинских услуг и медикаментов, и т.д.).

Опосредованный социальный эффект достигается от производства и реализации товаров, работ, услуг в других сферах деятельности, от которой пополняется казна государства за счет налогов, которые обращаются на оплату товаров, работ, услуг в социальной сфере.

Таким образом, социальная деятельность государства не противопоставляется рыночной экономике в социальной сфере, но и не заменяет ее, а экономическая деятельность в социальной сфере достигает социального эффекта в той мере, в какой эффективна социальная деятельность государства по размещению на рынке средств социального заказа.

Рынком называется экономический механизм, который сводит друг с другом продавцов и покупателей и делает возможным осуществление между ними сделок.

Исторически рынок подвержен изменчивости товарно-денежных отношений, что предопределяется двумя факторами: уровнем развития натуральных форм производства и степенью вмешательства государства в экономику (135, С.98). Поэтому с точки зрения

общей экономической истории допустимо выделение четырех ключевых моделей рынка: неразвитый, свободный, регулируемый, деформируемый.

Если понимать под рынком целостную систему общественного воспроизводства, основанного на обменных процессах, то придется обратиться к другой классификации моделей – уже не рынка как такового, а рыночных систем хозяйствования. В этом случае из них исключаются модели неразвитого и деформируемого рынка, поскольку они не выступают в качестве экономических систем. Что же касается свободного рынка, то при всем его системном характере он не может быть отнесен к современным моделям организации рыночного хозяйства.

Таким образом, все модели рыночных систем хозяйствования, сформировавшиеся на протяжении XX в., объективно вырастают из регулируемой рыночной экономики, представляя собой ее разновидности. В основе же их различий лежат особенности участия государства в регулировании общей совокупности хозяйственных процессов.

Рыночные отношения сегодняшнего, а тем более завтрашнего дня – это системы социально ориентированного рынка (135, С.101).

Путь того или иного государства к социальной справедливости не должен быть отделен от его пути к созиданию экономического благосостояния граждан. Социальная справедливость не тождественна уравнительному распределению благ. Не тождественна она и всеобщему иждивенчеству (социальной благотворительности) в форме массового перевода населения на содержание к всеильному государству.

Отсюда немаловажна степень социальности рынка. Ведь, напротив, всеильное государство может пытаться понудить рынок к содержанию населения вместо себя.

Социальность, социальная ориентированность – не функция рынка. Это функция государства. Чтобы быть государством, т.е. организацией общества, оно должно действовать в интересах общества, т.е. быть социальным. Чтобы быть рынком, т.е. системой общественного воспроизводства, основанного на обменных процессах, он должен руководствоваться свойственными его устройству экономическими законами. Если государство не выполняет социальной функции, оно не перестает существовать. Но если рынок вместо функции общественного воспроизводства выполняет социальную функцию, он прекращает свое существование.

Рынок – это механизм самоорганизации по экономическим законам, регулируемый государством с помощью юридических законов.

Отсюда следует вопрос, как соотносится управление<sup>12</sup> и регулирование применительно к рыночному механизму.

Очевидно, что рынок недоступен управлению как директивному руководству – либо это деформируемый рынок, свойственный тоталитарному государству. Рынок доступен регулированию с помощью правил, не противоречащих характеру фактически складывающихся на нем отношений. Такие правила заранее известны, обладают формальной определенностью и регулятивными свойствами. Они не являются предписаниями, регламентом, будучи по общему правилу моделью отношений участников рынка на тот случай, если ими не будет избрана другая модель этих отношений.

Вместе с тем со стороны государства к участникам рынка предъявляются соответствующие требования – как к допуску к участию в рыночных отношениях (например, ли-

---

<sup>12</sup> Не являются тождественными понятия управление как деятельности и управления (оперативное управление – 296 ГК, доверительное управление – гл.53 ГК) как права, т.е. как юридическое основание – вещное или обязательственное – такой деятельности.

цензирование деятельности, сертификация продукции), так и к соблюдению правил при реализации этих отношений. Для осуществляющих публичный надзор и контроль государственных органов создается соответствующий регламент, который им предписывает действовать строго по заданным правилам.

Тем самым, если для механизма частных отношений на рынке государством создается режим правового регулирования, то для публичных отношений в рамках самого государственного механизма – режим правовых предписаний, публичный регламент.

Поэтому управление в рамках государственного механизма и за его пределами – на рынке – различается: как по основаниям, так и по характеру.

Предлагается (3, С.10) различать экономическое (менеджмент) и неэкономическое<sup>13</sup> (администрирование) управление (руководство). В научном мире продолжают дискуссии о соотношении терминов «управление», «менеджмент» и «администрирование».

Однако, очевидно, дело не в названии (форме), а в существе деятельности, составляющей значение терминов «управление», «менеджмент» и «администрирование». Поскольку управление в публичной сфере по основаниям и характеру отличается от управления в частной сфере, это тем более необходимо.

Публичный и частный менеджмент (управление, администрирование) различаются по результату деятельности. В частной сфере результат деятельности субъектов (участников рыночных отношений), подчиненных соответствующему управлению, имеет товарную форму, т.е. происходит из товарных отношений. Результат деятельности публичных органов, составляющих механизм государства, форму товара не имеет – государство не состоит с обществом в отношениях товарообмена; общество содержит механизм государства за счет налогов и сборов<sup>14</sup>.

Таким образом, можно говорить о:

- публичном менеджменте (управлении, администрировании), осуществляемом в рамках механизма государства и/или от имени публичных образований в отношении субъектов частной сферы. Публичное управление существует в системе публичных (государственных и муниципальных) органов, в кругу должностных лиц по государственной и муниципальной службе.

- частном менеджменте (управлении, администрировании), осуществляемом в рамках отдельных хозяйственных единиц. В организациях – это корпоративное управление.

Отсюда:

- публичное регулирование деятельности субъектов частной сферы осуществляется в порядке выработки законодательных правил, при соблюдении которых они свободны в реализации своих прав;

- публичное управление в отношении субъектов частной сферы осуществляется – при невмешательстве в их основанные на дозволениях закона свободы – в порядке исполнения предписаний закона при надзоре за соблюдением ими законодательных запретов;

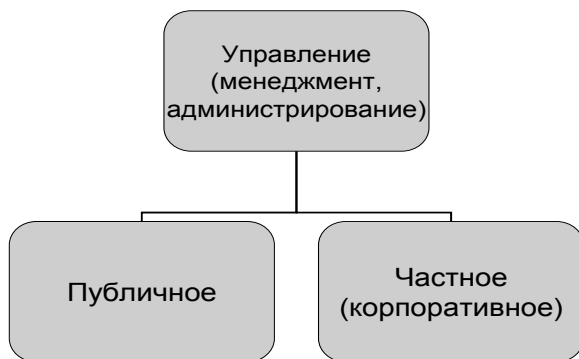
---

13 При делении на экономическое и неэкономическое управление возникает вопрос, к какому из них отнести, например, деятельность государственных органов имущественных отношений, торговли и экономического развития и т.д.

14 Налог – это обязательный, индивидуально безвозмездный платеж, взимаемый с организаций и физических лиц в целях финансового обеспечения деятельности государства и (или) муниципальных образований (123, п.1 ст.8), а под сбором понимается обязательный взнос, взимаемый с организаций и физических лиц, уплата которого является одним из условий совершения в отношении плательщиков сборов государственными органами, органами местного самоуправления, иными уполномоченными органами и должностными лицами юридически значимых действий (123, п.2 ст.8).



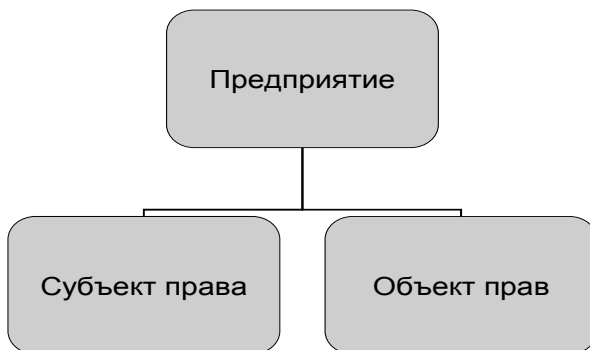
- частное управление осуществляется в порядке реализации субъектами частной сферы своих прав и свобод для достижения целей, стоящих перед ними.



Термин «корпоративное управление» (как и «корпоративное право») применим только к инкорпорированным хозяйствующим субъектам, существующим в качестве юридических лиц той или иной организационно-правовой формы, и неприменим в отношении некорпоративных хозяйствующих субъектов – предпринимателей без образования юридического лица.

Если прежде употреблялось устойчивое словосочетание «предприятия, учреждения и организации», то в настоящее время родовым является понятие «организация», а «учреждение» и «предприятие» являются разновидностями юридических лиц (организаций).

Понятие предприятия при этом употребляется действующим российским законодательством в двух значениях: как субъект права и как объект прав.



Юридические лица существуют в разных организационно-правовых формах, в том числе в форме предприятия.

Однако как субъект права предприятие, во-первых, может быть только государственной или муниципальной принадлежности; во-вторых, у него может быть только один собственник (государство или муниципальное образование), в связи с чем общим является определение предприятия как унитарного; в-третьих, унитарное предприятие является таким же несобственником принадлежащего ему имущества, как и учреждение. Разно-

видностью унитарных предприятий являются государственные или муниципальные казенные предприятия. Унитарные (казенные) предприятия являются коммерческими организациями.

На практике понятие «предприятие» нередко используется для обозначения одновременно и субъекта, и объекта предпринимательства.

Понятие предприятия как объекта прав в законодательстве советского периода не существовало. Таким понятием в настоящее время охватывается имущество, объединенное в автономном замкнутом технологическом цикле производства и признающееся единой сложной вещью. Как объект прав предприятие, во-первых, обладает ценностью значительно большей, чем простой набор составляющих его элементов; во-вторых, используется для ведения предпринимательской деятельности; в-третьих, может принадлежать любому хозяйствующему субъекту – как унитарным (казенным) предприятиям, так и другим коммерческим и некоммерческим организациям. В состав предприятия как имущественного комплекса могут быть включены различные виды имущества, включая имущественные права и обязанности, в том числе долговые обязательства. В целом предприятие как имущественный комплекс признается недвижимой вещью.

Именно предприятие как имущественный комплекс юридически определяется как бизнес. Однако в более широком смысле понятием «бизнес», подобно понятию «предприятие», охватывается и субъект, и объект предпринимательства в их единстве. В этом смысле «бизнес» и «предприятие» – это обозначение хозяйственной единицы. Нередко понятие бизнеса распространяется на отдельный сегмент рынка (нефтяной, строительный, медицинский бизнес) как обозначение совокупности специализирующихся в нем хозяйственных единиц. Понятие же предприятия определяет – как субъект, объект или как то и другое – только хозяйственную единицу.

В экономике развитых стран одновременно функционируют крупные, средние и малые предприятия (крупный, средний и малый бизнес).

Размеры предприятий зависят от специфики отраслей, их технологических особенностей и от других факторов. Есть отрасли с высокой капиталоемкостью и значительными объемами производства, и отрасли, для которых не требуются предприятия больших размеров – напротив, малые оказываются предпочтительными.

Для современной экономики характерна сложная комбинация различных по масштабам производств: крупных с тенденцией к монопольным структурам и небольших, складывающихся под влиянием многих факторов.

С одной стороны, устойчивой тенденцией научно-технического прогресса является концентрация производства. Именно крупные фирмы располагают большими материальными и трудовыми ресурсами. Они способны вести крупномасштабные научно-технические разработки, которые и определяют технологический прогресс.

С другой стороны, прогрессивно растет численность предприятий малого и среднего бизнеса, особенно в сферах, где пока не требуется значительных капиталов, больших объемов оборудования и кооперации множества работников. Малых и средних предприятий особенно много в наукоемких видах производства, а также в отраслях, связанных с производством потребительских товаров и оказанием услуг.

Эффективное функционирование малых форм производства определяется рядом их преимуществ по сравнению с крупным производством: близость к местным рынкам и приспособление к запросам клиентуры; производство малыми партиями (что невыгодно крупным фирмам); исключение лишних звеньев управления и т.д. Малому производству

способствуют дифференциация и индивидуализация спроса в сфере производственного и личного потребления.

Развитие производства предприятий малого бизнеса создает благоприятные условия для оздоровления экономики, поскольку формируется конкурентная среда, создаются дополнительные рабочие места, активнее идет структурная перестройка, расширяется потребительский сектор. Кроме того, развитие малого бизнеса ведет к насыщению рынка товарами, к повышению экспортного потенциала, лучшему использованию местных сырьевых ресурсов.

Все мелкие и средние предприятия можно условно разделить на две группы.

Первая группа – предприятия, прямо или косвенно связанные с крупным бизнесом. Оставаясь юридически самостоятельными, они могут работать по договорам с крупными фирмами либо быть зависимыми от них. Для этой группы предприятий характерны: специализация на производстве ограниченного ассортимента продукции (например, деталей и узлов), что избавляет крупные предприятия от их производства в своих цехах; более низкие издержки производства, позволяющие крупному бизнесу экономить свои ресурсы; гибкость производства, способствующая его быстрой переналадке, смене модельного ряда. Наконец, предприятия малого бизнеса в условиях научно-технического прогресса выступают, с одной стороны, как экспериментаторы для крупных фирм, а с другой – как фирмы, обслуживающие новые товары, созданные крупными предприятиями.

Ко второй группе относятся предприятия малого бизнеса, непосредственно конкурирующие с предприятиями крупного бизнеса и между собой. Предпосылками для развития предприятий этой группы являются: способность быстро реагировать на требования рынка и удовлетворять возникающий спрос на товары и услуги; существенно меньший по размерам стартовый капитал, что позволяет свободнее маневрировать по сравнению с более сильными конкурентами; стремление заполнить ниши, которые по различным причинам не выгодны крупным фирмам; и, наконец, ценовая политика крупных фирм, диктующих рынку довольно высокие цены.

Малый бизнес играет важную роль в развитии экономики многих стран. В странах Европейского сообщества, в США и Японии на малые и средние предприятия приходится около 50% общей численности занятых. Их доля в ВВП превышает 50%(71) (данные за 2002 год):

Страны	Число малых и средних фирм		Число занятых, млн. чел.	Доля малых и средних фирм, %	
	тыс. ед.	на 1 тыс. жителей		в общей численности занятых	в ВВП
Великобритания	2930	46	13,6	49	50-53
Германия	2290	37	18,5	46	50-54
Италия	3920	68	16,8	73	57-60
Франция	1980	35	15,2	54	55-62
Страны ЕС	15777	45	68	72	63-67
США	19300	74,2	70,2	54	50-52
Япония	6450	49,6	39,5	78	52-55
Россия	836,6	5,65	8,1	9,6	10-11

На 1 января 2004 г. количество зарегистрированных малых предприятий в целом по России увеличилось по сравнению с 1 января предыдущего года, достигнув максимального показателя за период 1997-2003 гг. Увеличение количества зарегистрированных предприятий малого бизнеса сопровождалось ростом среднесписочной численности занятых на них. На фоне сокращения среднесписочной численности занятых по всему кругу предприятий доля предприятий малого бизнеса в этом показателе увеличилась и достигла 15,1%. По итогам 2003 г. значительно (почти на 30%) увеличилось производство продукции (работ, услуг) на предприятиях малого бизнеса. Увеличились на них и инвестиции в основной капитал.

Итоги деятельности предприятий малого бизнеса в 2003 г. относительно 2002 г. в региональном разрезе можно рассматривать в целом как положительные. В 42 регионах увеличилось количество зарегистрированных предприятий малого бизнеса (в 2002 г. таких регионов было также 42); увеличение среднесписочной численности занятых на них отмечено в 56 регионах (в 2002 г. – в 59); объемов производства продукции (работ, услуг) – в 74 (в 2002 г. – в 61); инвестиций в основной капитал на предприятиях малого бизнеса – в 54 (в 2002 г. – в 38) (13, С.13).

Малый бизнес в России пока отстает от развитых стран. Это свидетельствует о том, что в нашей стране имеются большие резервы роста малого бизнеса (37, С.25).

Малому бизнесу свойственны следующие очевидные характеристики:

1. Малый бизнес существенно отличается от крупного бизнеса по величине ресурсов (персонала и материальной базы), а потому – по существу управления, менеджмента.

2. При управлении малым бизнесом доступно значительно меньшее число показателей, по которым оно может быть выверено.

3. Структура предприятий малого бизнеса значительно скромнее, чем предприятий-гигантов.

4. Обороты предприятий малого бизнеса также несопоставимы с оборотами крупных предприятий.

5. При этом издержки производства в малом бизнесе несравнимо выше, чем в крупном бизнесе.

6. Малый бизнес может позволить себе значительно меньше того, что доступно крупному бизнесу.

7. Поэтому в противоположность крупному и среднему бизнесу предприятия малого бизнеса, как правило, пребывают в состоянии, далеком от успешности и близком к банкротству (ликвидации).

Благодаря внедрению новых технологий параллельно развиваются два процесса: рост производства при постоянном сокращении рабочих мест. Сегодня доля всех занятых в промышленности в высокоразвитых государствах опустилась ниже пятидесятипроцентной отметки. Остальные 52-60 процентов заняты в сфере услуг (4).

Отечественный малый бизнес позиционируется по преимуществу в торговле и сфере услуг.

В последние годы в экономике заметно возросла роль услуг. Это связано в первую очередь с усложнением производства и насыщением рынка товарами повседневного спроса. Важной причиной является научно-технический прогресс, ведущий к появлению новых видов деятельности, в том числе и в сфере услуг. Развитие производства в настоящее время невозможно без финансовых, информационных, транспортных и иных услуг. В современных условиях услуги все сильнее влияют на торговлю товарами, сбыт товаров

требует все более развитой товаропроизводящей сети, состоящей преимущественно из услуг. Именно поэтому свыше 40% размещенных в мире прямых иностранных инвестиций вложено в сферу услуг, в основном в торговлю, банковские услуги, страхование.

На долю транспортных услуг и туризма приходится примерно по ¼ общего объема реализации услуг в мире: от грузоперевозок полностью зависимы промышленность и торговля, т.е. предпринимательская сфера, а от услуг перевозок пассажиров, бытового и гостиничного обслуживания – вся потребительская сфера.

В конце 80-х доля услуг в валовом внутреннем продукте развитых стран приблизилась к 70% при одновременном увеличении доле занятых в сфере услуг.

Виды услуг чрезвычайно разнообразны: они могут иметь промышленный характер или удовлетворять личные потребности, могут быть неквалифицированными либо требовать очень высокого уровня квалификации исполнителей. Одни виды услуг нуждаются в огромных капиталовложениях, например авиаперевозки, другие, такие как консультации по управлению и т.п., могут обойтись небольшим первоначальным вложением капитала, но зато отличаются высоким уровнем профессионализма работников.

В мире наблюдается тенденция диверсификации сферы услуг. Многие ранее обособленные виды услуг начинают объединяться в рамках одной компании. Банковские, биржевые и посреднические услуги сливаются в единый комплекс финансовых услуг. Происходит объединение разнообразных услуг в рамках туристического бизнеса (39, С.9-10).

Бизнес по оказанию медицинских услуг (или медицинских работ) гражданам является медицинским бизнесом. Однако в настоящее время понятие медицинского бизнеса не является понимаемым однозначно и толкуется неосновательно широко.

Под медицинским бизнесом нередко понимается или отождествляется с ним фармацевтический бизнес или бизнес по продаже медицинского оборудования. Однако фармацевтический бизнес, как и бизнес по продаже медицинского оборудования, основан на производстве и реализации товаров (изделий) медицинского назначения, а не медицинских услуг. А производство и реализация товаров (изделий) медицинского назначения существенно отличается от производства и реализации медицинских услуг.

Под медицинским бизнесом понимается и бизнес по продаже бизнеса (предприятия) по оказанию медицинских услуг, но понятно, что едва ли такой бизнес тождествен или сравним с бизнесом по продаже товаров, выполнению работ или оказанию услуг медицинского назначения.

В этой связи понятие медицинского бизнеса нуждается в однозначном понимании, единообразном восприятии, определенности. В любом случае медицинским бизнес является потому, что осуществляется в отношениях с гражданами по поводу их здоровья и состоит в предоставлении им товаров, работ, услуг медицинского назначения.

За рубежом существует понятие рынка здравоохранения. Специфические черты рынка здравоохранения в США следующие (38, С.794):

1. Этические соображения и проблема справедливости. Когда решения о покупке и продаже включают качество человеческой жизни, и даже жизни и смерти, неизбежно встают этические вопросы. В то время как мы не считаем аморальным или несправедливым, если человек не может купить себе автомобиль Lincoln Town Car, общество считает нечестным и несправедливым, чтобы люди не имели доступа к базовой медицинской помощи. В целом общество рассматривает охрану здоровья как «привилегию» или «право» и не хочет распределять ее только по ценам и доходам.

2. Асимметричная информация. Заказчики медицинских услуг обычно мало что пони-

мают в сложных диагностических и лечебных процедурах, в то время как исполнители обладают всей полнотой информации.

3. Выгоды перелива. Рынок медицинского обслуживания часто создает выгоды для третьей стороны. Например, вакцинация выгодна для непосредственных потребителей. Но она выгодна также и для общества в целом, так как снижает риск заражения окружающих и распространения инфекции. Кроме того, здоровые работники выгодны для работодателя и делают больший вклад в благосостояние общества.

4. Оплата за счет третьей стороны. В США около  $\frac{3}{4}$  всех расходов на здравоохранение покрывается за счет страхования, а страхователи при этом ограничиваются лишь суммой страхового взноса – несравненно меньшей, чем вся сумма страхового покрытия на оплату лечения. Меньшая дороговизна приводит к большему потреблению медицинских услуг, чем если бы за лечение платили бы сами потребители.

Расходы на здравоохранение на душу населения растут примерно пропорционально увеличению дохода на душу населения. А объем потребления медицинских услуг сравнительно мало уменьшается по мере роста цены. Такая малая чувствительность расходов на охрану здоровья к изменениям цен на медицинские услуги связана с четырьмя факторами. Во-первых, люди считают здравоохранение «необходимостью», а не «роскошью». Во-вторых, медицинское обслуживание часто предоставляется при несчастных случаях, когда соображения по поводу цены не принимаются во внимание. В-третьих, большинство потребителей предпочитают долгосрочные отношения со своими врачами и, следовательно, не ищут других в случае повышения цен. В-четвертых, большинство пациентов имеют страховку, а потому их не особенно заботит цена на медицинские услуги. Если пациенты в качестве страхователей платят, например, 20% от расходов на свое медицинское обслуживание, их меньше затрагивает повышение цен или различие в ценах разных исполнителей медицинских услуг, чем если бы они сами оплачивали все 100% расходов.

При этом в стоимость медицинских услуг включаются многообразные дополнительные расходы: на оплату медикаментов, административные затраты, компенсация рисков, себестоимость научных исследований и т.д. (137).

Однако рынок здравоохранения, во-первых, категория другой (не континентальной, как в Европе и России, а англо-американской) системы права; во-вторых, в постсоветской России, здравоохранение которой до недавнего времени оставалось государственным, государство противопоставляется рынку, тем более в сфере здравоохранения, притом что исход государства из экономики лишь только начался; в-третьих, традиционно признаваемая непроизводственной социальная сфера, включая здравоохранение, искусственно дистанцируется государством от рынка, и в ней инкубируется квазиэкономическая среда нерыночных отношений. Тем самым рынок в области охраны здоровья в России складывается за пределами здравоохранения, администрируемого государством, в отличие от западных стран, в которых государство сотрудничает с участниками рынка.

В России учреждения здравоохранения и частные медицинские организации имеют одинаковое положение участников рынка и выставляют на рынке одинаковую продукцию (медицинские услуги). Однако первые административно обособляются от вторых, в связи с чем единого рынка здравоохранения не существует, и единственное, что их объединяет – это содержание деятельности (медицинский бизнес), хотя бы и признаваемое пока лишь за вторыми.

При этом за пределами социальной сферы – в промышленности, торговле, строительстве и т.д. – разделение государства и экономики (рынка), а потому и признание госу-

дарством бизнеса уже произошло. Неизбежно это и для бизнеса в социальной сфере и, в частности, в области охраны здоровья.

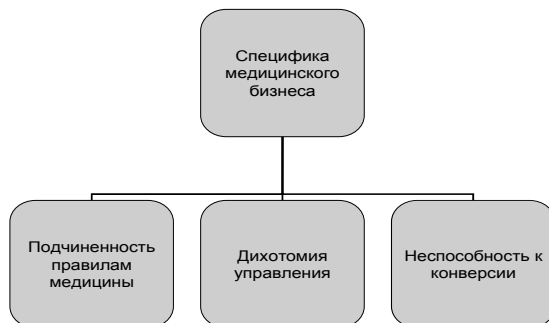


Особенности медицинского бизнеса, отличающие его от бизнеса в других отраслях экономической деятельности, таковы:

1. Объектом воздействия в медицинском бизнесе является не сырье, не набор материалов для обработки или переработки для изготовления готового продукта, а здоровье граждан. Отсюда содержанием медицинского бизнеса является воздействие на здоровье.

2. Если в других сферах экономической деятельности при повышении цен возможно падение спроса, то медицинский бизнес отличается неэластичностью спроса. Отсюда характеристикой медицинского бизнеса является неподатливость цен на медицинские услуги к снижению.

3. Объектом спроса и предложения в медицинском бизнесе является медицинская услуга. Услуга не обладает жесткостью характеристик товара или изделия, и в нее могут быть включены не свойственные ей составляющие. Так, в настоящее время в отечественном здравоохранении медицинской услугой стационара признается койко-день, в то время как койко-день помимо собственно медицинской помощи складывается из услуг размещения, общественного питания и т.д., являющихся детерминантой стоимости койко-дня, но не цены медицинской услуги. За рубежом в состав цены медицинской услуги включается ее медикаментозное обеспечение, что также увеличивает такую цену в ущерб стоимости собственно медицинской услуги. Отсюда условием функционирования медицинского бизнеса является диверсификационная пурификация медицинских услуг.



Влияние специфики медицинской деятельности на бизнес по ее осуществлению определяет следующие его особенности:

1. Медицинский бизнес связан технологиями оказания медицинской помощи. Если бизнес в других отраслях экономической деятельности ведом исключительно интересами выгоды, то в медицинском бизнесе эти интересы ограничены зависимостью от правил медицины.

2. Управление медицинским бизнесом дихотомично по своей сути. Чтобы управлять медицинским бизнесом, мало только знаний по управлению бизнесом – необходимы познания в медицине.

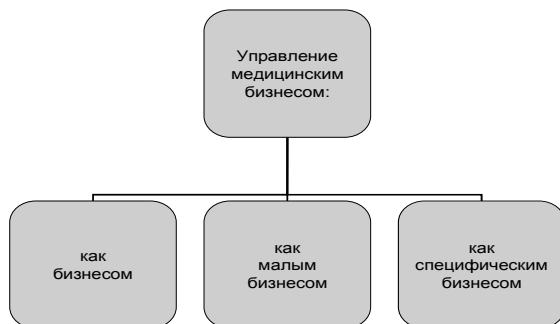
3. Медицинский бизнес неспособен к конверсии. Если, например, военная промышленность доказала способность к конверсии, вместо производства танков перейдя на выпуск кастрюль и иных предметов бытового назначения, то на медицинском оборудовании, предназначенном для оказания медицинских услуг, невозможно оказывать какие-либо иные услуги, даже иные медицинские услуги; его невозможно использовать ни под какие иные цели – только под цели производства конкретных медицинских услуг.

Применительно к управлению медицинским бизнесом изложенное приводит к следующим выводам:

1. Оно должно осуществляться как управление бизнесом. Деятельность по оказанию медицинских услуг является бизнесом постольку, поскольку является предпринимательской деятельностью, т.е. самостоятельной деятельностью хозяйствующего субъекта, осуществляемой на его риск и направленной на систематическое получение прибыли от оказания услуг. Эта деятельность предпринимается в конкурентной среде, подчиняется законам рынка и регулируется законами государства. Управление этой деятельностью ориентировано на имущественный результат (доход). Неэффективность такого управления выражается также имущественным результатом (убытками) и в конечном счете приводит к выбытию хозяйствующего субъекта с поля экономической деятельности (ликвидации). Управление бизнесом означает обоснованный расчет на имеющиеся ресурсы.

2. Оно должно осуществляться как управление малым бизнесом. По существу, управление малым бизнесом осуществляется как предкризисное управление.

3. Оно должно осуществляться как управление специфическим бизнесом. Управление бизнесом, спецификой которого является воздействие на здоровье в условиях связанности правилами медицины, предполагает организацию деятельности по оказанию медицинских услуг не только на основе экономических и юридических правил, но и правил медицины.





Таким образом, проблемы управления медицинским бизнесом заключаются в том, насколько управление им осуществляется как управление бизнесом, как управление малым бизнесом и как управление специфическим бизнесом.

### § 3.2. Предмет оплаты в здравоохранении<sup>15</sup>

Как это установлено законом, источниками финансирования охраны здоровья граждан являются средства бюджетов всех уровней; средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование в соответствии с Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»; средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан; средства государственных и муниципальных предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов, общественных объединений; доходы от ценных бумаг; кредиты банков и других кредиторов; безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования; иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации (21, ст.10).

Из этих источников финансируется охрана здоровья граждан. Средства из указанных источников до граждан доходят в виде оплаченных товаров, работ, услуг медицинского назначения. Граждане и сами оплачивают товары, работы, услуги медицинского назначения – официально или неофициально.

Охрана здоровья граждан, независимо от источников ее финансирования, происходит на уровне получения товаров, работ, услуг медицинского назначения. Уровнем получения товаров, работ и услуг медицинского назначения юридически являются отношения пациентов с учреждением здравоохранения, а фактически – отношения пациентов с медицинскими работниками. Тем самым получение товаров, работ и услуг медицинского назначения связано с определением того, КОМУ производится их оплата. И если в аптеке получение товаров (лекарств) и изделий медицинского назначения в обмен на их денежный эквивалент – это вопрос цены, то получение услуг и работ медицинского назначения в стационарах и поликлиниках связано с определением того, ЧТО подлежит оплате гражданами или в их пользу другими плательщиками за соответствующую цену.

Действующим законодательством установлено, что оплате подлежит услуга – представляющий собой действия или деятельность, результаты которой не имеют материального выражения, реализуются и потребляются в процессе осуществления этой деятельности (123, п.5 ст.38), объект гражданских прав (119, ст.128), имеющий оборотную (стоимостную) характеристику и потому предоставляемый на условиях договора (119, п.1 ст.779).

Вопрос лишь в том, КАК оценивается, определяется, измеряется предмет оплаты.

Если предметом оплаты является услуга, то, учитывая ее невещественный характер, довольно сложно рассчитать ее стоимость.

Услуга подлежит эквивалентной оплате: насколько осуществлены соответствующие действия, настолько они должны быть оплачены. И это не только стоимость расходных материалов, амортизации аппаратуры, инструментария, оборудования и т.д., но и стоимость самих действий в составе услуги.

А поскольку услуга представляет собой дискретную величину таких действий, т.е. имеет границы, постольку можно выделить совокупность услуг – параллельных или последовательных. Как правило, пациенту нужна не одна услуга, а соответствующий их комплекс

---

15 Стародубов В.И., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Предмет оплаты в здравоохранении. //Главный врач: хозяйство и право, 2004, № 3, С.13-17.

в зависимости от имеющегося заболевания или группы заболеваний. На этом основан метод диагностически связанных групп (ДСГ или DRG – Diagnostic-Related Groups), позволяющий рассчитать стоимость комплекса услуг, необходимых отдельному пациенту.

В остальных случаях применяется усреднение, привязанное либо к периоду исполнения медицинских услуг, либо к фигуре их исполнителя, либо к фигуре их получателя:

1. Усреднение средств оплаты медицинских услуг, привязанное к периоду их исполнения – годовой бюджет, может быть фиксированным или гибким.

Если сумма, выделяемая на цели оплаты медицинских услуг, является фиксированной, то риски увеличения затрат ложатся на их исполнителя.

Если же бюджет не является фиксированным, то плательщик выделяет соответствующие средства с учетом ряда факторов (колебания эпидемиологической и демографической обстановки, экономической конъюнктуры, социальных запросов и т.д.).

2. Усреднение средств оплаты медицинских услуг, привязанное к фигуре их исполнителя (среднесуточная оплата, заработная плата, бонусная оплата).

Среднесуточная оплата по сравнению с заработной платой отличается лишь периодом расчетов.

Единовременная выплата (бонус) сродни премии сверх иных выплат.

Существенно, что за рубежом наряду с юридическими лицами (госпиталями in-patient или out-patient) субъектом хозяйствования, деятельность которого лицензируется, является медицинский работник, состоящий в профессиональном объединении (ассоциации), выступающем от его имени в отношениях с плательщиком за медицинские услуги (министерством здравоохранения или страховыми организациями). Поэтому усреднение средств оплаты медицинских услуг, привязанное к фигуре их исполнителя (медицинского работника), не опосредовано участием работодателя (больницы или поликлиники). В отечественной практике медицинский работник является работником больницы или поликлиники, которая (а не работник) выступает субъектом хозяйствования, и деятельность которой лицензируется. Тем самым такой вариант оплаты медицинских услуг для российской действительности непригоден.

3. Усреднение средств оплаты медицинских услуг, привязанное к фигуре их получателя (подушевая оплата).

Подушевая оплата может дифференцироваться в зависимости от категории сложности заболевания пациента, от возрастного состава обслуживаемого участка и т.д. (136).

В отечественном здравоохранении принят метод нормативно-целевого финансирования, разновидностями которого являются метод оплаты по нормативам за законченные случаи лечения, метод глобального бюджета (оплата согласованных объемов медицинской помощи), метод оплаты по подушевым нормативам на число прикрепленных к учреждению здравоохранения граждан и др. (5, С.185).

В любом случае и эквивалентная, и усредненная оплата производится за оказываемые услуги.

Методы оплаты услуг будут эффективными, если цена отдельной услуги покрывает издержки ее производства, создавая добавочную стоимость. Эффективность методов оплаты услуг зависит от эффективности ценообразования на них. А чтобы определиться с соответствующими ценами, необходимо представлять, в каких границах существует отдельная услуга.

В частном секторе здравоохранения понятие услуги нашло свое законное место – и как мера оплаты (налогообложения), и в потребительских отношениях (96, 97, 98). Цена услуги – это ее стоимость, которую устанавливает продавец (исполнитель).

В государственном и муниципальном секторах здравоохранения развитие понятия услуги пошло по совершенно иному пути.

С возникновением системы обязательного медицинского страхования (ОМС) сформировалось понимание услуги как медицинской помощи определенного объема и качества (2, ст.23).

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования (17, ст.1).

К государственным гарантиям оказались отнесены не средства на оплату медицинских услуг, а сами медицинские услуги.

В настоящее время за медицинскую услугу при оказании стационарной и стационаро-замещающей медицинской помощи принимаются:

- койко-день в стационаре;
- койко-день в дневном стационаре при стационаре;
- день лечения в дневном стационаре поликлиники.

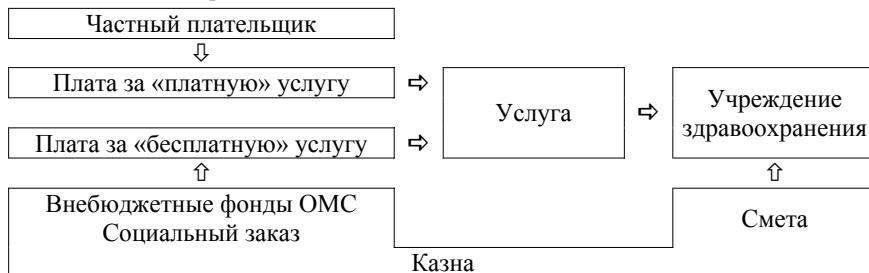
Под медицинской услугой при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи понимается:

- посещение врача в поликлинике;
- посещение врача на дому;
- диагностическое исследование (5, С.112).

Тарифы на медицинские услуги при обязательном медицинском страховании определяются соглашением между страховыми медицинскими организациями, Советами Министров республик в составе Российской Федерации, органами государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местной администрацией и профессиональными медицинскими ассоциациями (17, ст.24) без участия учреждений здравоохранения. Тариф – это цена, которую за услугу готов заплатить плательщик.

Кроме того, было введено понятие «платных» медицинских услуг – «дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи» (49). Тем самым произошло разделение оказываемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения медицинских услуг по источникам их оплаты.

В результате медицинские услуги, оказываемые государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, приобрели совершенно иное значение, чем услуги, оказываемые частными организациями:



Если для частных организаций, в том числе участвующих в системе ОМС, безразлично, кто оплачивает оказываемые ими услуги, то для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения личность плательщика (источник платежей) является определяющей. Если для частных организаций ведущую роль играет соответствие цены услуги ее содержанию, то для учреждений здравоохранения это неважно, поскольку нормировано то и другое.

Если частные организации финансируются только по основаниям договора, то учреждения здравоохранения – также по основаниям принадлежности имущества. В результате в учреждения здравоохранения из казны поступает как оплата оказываемых ими услуг, так и средства на содержание имущества собственника по смете.

Средства на содержание имущества собственника по смете не являются средствами оплаты оказываемых учреждениями здравоохранения медицинских услуг, как средства оплаты оказываемых учреждениями здравоохранения медицинских услуг не являются средствами, направляемыми на содержание имущества собственника по смете. То обстоятельство, что те и другие поступают из казны, не уравнивает их назначения.

Оплата оказываемых учреждениями здравоохранения медицинских услуг осуществляется на условиях договора в пользу третьих лиц (119, ст.430). Плательщиком в пользу граждан выступают внебюджетные фонды ОМС, либо государство или муниципальное образование средствами казны (119, п.4 ст.214, п.3 ст.215).

Выделение категории «платных» услуг связано лишь с тем, что, во-первых, плательщиком за них выступает лицо иное, чем государство или муниципальное образование, а потому, во-вторых, на условиях иных, чем по фиксированным тарифам.

Тем самым «платные» услуги от «бесплатных» отличает способ ценообразования: цены на «платные» услуги должны соответствовать конъюнктуре спроса и предложения, а на «бесплатные» устанавливаются тарифы. На практике нормируется и то, и другое, и цены на «платные» услуги учреждений здравоохранения не корреспондируют ценам на услуги частных медицинских организаций.

Известны следующие методы ценообразования (132):

- затратные (основанные на определении полных издержек, ориентирующиеся на прямые затраты, анализа безубыточности и т.д.);
- рыночные (текущей цены; конкурсного ценообразования и т.д.);
- эконометрические (удельных показателей, регрессионного анализа и т.д.).

В отечественном здравоохранении в основном используется затратный метод ценообразования, основанный на определении полных издержек (134, С.6). В настоящее время основным ценовым показателем, используемым в рамках деятельности учреждений здравоохранения по государственным программам, служит тариф на медицинские услуги в системе ОМС. Тарифы на медицинские и иные услуги в системе ОМС являются денежными суммами, определяющими уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинского учреждения по выполнению территориальной программы обязательного медицинского страхования (57, п.2.2). Этим определением практически утверждён затратный метод в системе ОМС (134, С.6), исключая иные методы ценообразования.

Тарифы на медицинские и иные услуги в системе ОМС 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 (57, п.2.1). Услуги, оказываемые

в системе ОМС, обособлены от иных услуг, хотя бы и аналогичных и оцениваемых затратным методом, но оказываемых вне системы ОМС.

Таким образом, затратный метод ценообразования на медицинские услуги является ведущим в государственном и муниципальном здравоохранении, а оказываемые в системе ОМС медицинские услуги ограничены тарифами, отличными от цен на услуги учреждений здравоохранения вне системы ОМС, в то время как в частном секторе вообще действует рыночный метод ценообразования на услуги.

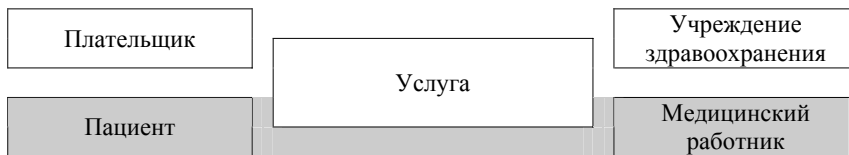
Тарифы должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений и современный уровень медицинской помощи (17, ст.24). Однако на практике из-за того, что в системе ОМС оплата медицинских услуг осуществляется не по себестоимости, а по тарифам, расчеты по счетам могут покрыть 77% стоимости койко-дня по расходам стационара, фактически же покрывают 60% расходов или 78% тарифа по предъявляемым счетам (35, С.195-221).

В условиях, когда нормирование доходов учреждений здравоохранения не обеспечивает покрытие издержек производства услуг, и нормирование этих издержек не обеспечивает окупаемости услуг, собственник вынужден дотировать учреждения здравоохранения по смете, чтобы покрыть их нерентабельность.

Поскольку учреждений здравоохранения несколько, и они различаются по типам (стационары или поликлиники), по степени нерентабельности и т.д., постольку собственник вынужден перераспределять имеющиеся ресурсы, в результате чего их нехватка становится сравнимой для всех учреждений здравоохранения.

Нормирование цен на услуги в государственном и муниципальном здравоохранении является субъектно-зависимым и сказывается либо ограничением доходов исполнителя услуг (учреждений здравоохранения), либо ограничением объема услуг, получаемых потребителем (пациентом), либо тем и другим вместе.

Нормирование доходов и расходов в условиях нехватки средств, распределяемых равно между жизнеспособными и нежизнеспособными учреждениями здравоохранения, приводит к тому, что рыночные отношения устанавливаются не на юридическом (между плательщиками за медицинские услуги и учреждениями здравоохранения), а на фактическом (между пациентами и медицинскими работниками) уровне (77):



Тем самым государственные гарантии остаются неисполненными, а в здравоохранении складывается теневой оборот, делающий их голыми декларациями.

Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений (32, п.1 ст.41). В Конституции РФ речь идет не о «платных» и «бесплатных» медицинских услугах, а о предоставлении медицинской помощи гражданам бесплатно за счет средств соответствующих плательщиков. Следова-

тельно, задача заключается в том, чтобы средств соответствующих плательщиков было достаточно для того, чтобы граждане получали соответствующую медицинскую помощь бесплатно. Если этих средств недостаточно, то – не по вине граждан. Равно как не по вине учреждений здравоохранения: юридические лица, созданные Российской Федерацией, субъектами Российской Федерации, муниципальными образованиями, не отвечают по их обязательствам (123, п.2 ст.126).

Отсюда вытекают следующие выводы:

- медицинская помощь бесплатно для граждан оказывается в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения не за счет этих учреждений, а за счет соответствующих плательщиков этим учреждениям здравоохранения в пользу граждан;
- гарантиями государства являються не сами медицинские услуги, а оплата этих услуг соответствующим плательщиком;
- бесплатно, т.е. за счет средств соответствующих плательщиков, граждане вправе на получение медицинской помощи, но не всего того, что сопутствует ее оказанию.

Не является услугой койко-день или посещение, даже в порядке усреднения. У одного пациента такой койко-день насыщен диагностическими исследованиями, другому произведено единственное оперативное вмешательство с последующим выхаживанием, а третьему выполнялись лишь терапевтические назначения. Одно посещение заняло половину дня, другое – несколько минут; на приеме одного пациента необходимо углубиться в анамнез и прогноз, а второго – лишь выписать рецепт. Содержание и объем действий, составляющих услугу – неодинаковые. Границы услуги – разные. В пределах осуществляемых действий их содержание и объем не имеют единства. В рамках койко-дня или посещения оказываются различающиеся – по сути, времени и стоимости – услуги.

Нормирование оплаты койко-дня или посещения, тем более на основе затратного метода определения цены, сводит стоимость отдельных услуг к единому знаменателю оправдания расчетной, но не фактической себестоимости. Это препятствует определению сути отдельной услуги, поскольку цена не зависит от содержания и объема составляющих ее действий. Тем самым услуга лишается и конкурентных свойств, поскольку независимо от того, где, как и посредством каких ресурсов она оказывается, цена на нее остается неизменной. Отсюда невозможна и диверсификация услуг, реально позволяющая определить истинную их цену.

Кроме того, в зависимости от типа учреждений здравоохранения (стационар или поликлиника) различаются не столько медицинские, сколько сопутствующие услуги. В стационаре наряду с медицинскими оказываются услуги размещения, общественного питания, социальной помощи и т.д.; в поликлинике – услуги перевозки, социальной помощи и т.д. (97, С.133).

Койко-день или посещение – это комплекс медицинских и сопутствующих услуг. Однако оплачивается такой комплекс совокупно (без отделения медицинских от немедицинских услуг) и обобщенно (как койко-день или посещение).

Между тем в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно за счет средств соответствующего плательщика гражданам оказывается медицинская помощь, а не совокупность сопутствующих ей услуг. Государством гарантируется оплата медицинских услуг. Оплата сопутствующих медицинским услуг *de jure* не является гарантированной государством, хотя *de facto* производится под видом услуг медицинских (услуги-брутто).

Вместе с тем отраслевые стандарты устанавливаются только на медицинскую помощь, равно как и потребительские споры распространяются только на услуги *per se* (услуги-нетто).

Хозяйственная и потребительская характеристика медицинских услуг расходится: если оплате подлежат услуги-брутто, то ответственность вытекает из услуг-нетто.

Услуги-нетто оказываются скрытыми непригодной для них формой услуг-брутто, жесткость конструкции которой не позволяет проявиться качествам, свойственным отдельной услуге-нетто.

В целом, изложенное позволяет сделать ряд выводов:

1. Только медицинские услуги подлежат оплате, гарантированной государством. Сопутствующие услуги не должны оплачиваться за счет средств, обращаемых на оплату медицинских услуг. Прочие, кроме медицинских, услуги могут оплачиваться за счет средств граждан, если иное не предусмотрено действующим законодательством.

2. Медицинские услуги нуждаются в определении эквивалента оплаты. Затратные методы ценообразования не устанавливают эквивалент оплаты медицинских услуг. Эквивалент оплаты медицинских услуг может быть определен, если в результате диверсификации достигается конечная величина составляющих их действий. Цены на диверсифицированные услуги должны быть конкурентными и сравнимыми с таковыми в частном секторе, а, следовательно – устанавливаться рыночным методом.

3. В настоящее время тарифы определяются методами оплаты медицинских услуг, а не методами ценообразования на них. Возможные усреднения (подушевые нормативы, в частности) не должны приводить к потере эквивалентности оплаты медицинских услуг.

### **§ 3.3. Структура современной экономики здравоохранения<sup>16</sup>**

Расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на здравоохранение и физическую культуру в 2003 г. составили 297,8 млрд. руб., на социальную политику – 319,4 млрд. руб. (72, С.566); в 2004 г. на здравоохранение и физическую культуру – 370,1 млрд. руб., на социальную политику – 404,1 млрд. руб. (73, С.318). На то и другое направляется ориентировочно по четверти (25-27%) свода бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации, включая бюджеты внебюджетных фондов.

Иными словами, расходы консолидированного бюджета Российской Федерации, во-первых, охватывают не только отрасль здравоохранения, но и здравоохранение в других бюджетных отраслях, т.е. являются *интегративно-специализированными*; во-вторых, в общем виде происходят из казны государства и муниципальных образований; в-третьих, являются разнородными по основаниям их производства.

Несмотря на то, что физическая культура со здравоохранением сходна ориентированностью на здоровье, оздоровление, характер деятельности в области физической культуры и здравоохранения лишен сходства: если в первом случае оказывается помощь самим гражданам, по преимуществу юным, в занятиях по самооздоровлению, то во втором – воздействие на здоровье граждан осуществляют не они сами, а специалисты. Вместе с тем, в области физической культуры действуют учреждения здравоохранения (например, врачебно-физкультурные диспансеры) и другие медицинские организации.

Равным образом, учреждения здравоохранения действуют в социальной сфере вовне здравоохранения – например, психоневрологические интернаты, относящиеся к ведению органов социальной защиты. Частью оказываемые ими гражданам услуги являются социальными, частью – медицинскими.

---

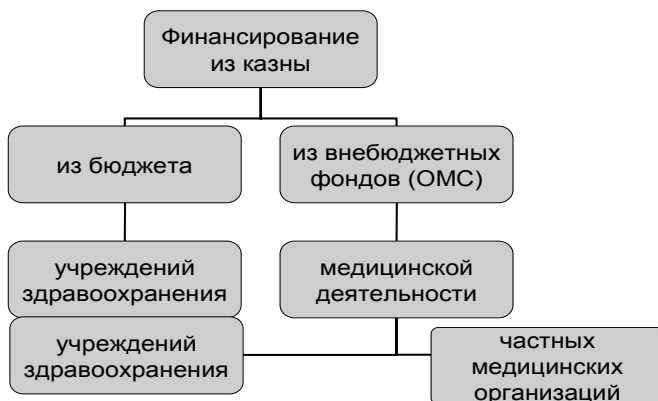
<sup>16</sup> Габуева Л.А., Иванов А.В., Тихомиров А.В. Современная структура экономики здравоохранения // Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 3. – С.14-20.

Казна – это то имущество, которым Российская Федерация, субъект Российской Федерации, муниципальное образование отвечают по своим обязательствам, кроме имущества, которое закреплено за созданными ими юридическими лицами на праве хозяйственного ведения или оперативного управления, а также имущества, которое может находиться только в государственной или муниципальной собственности (119, п.1 ст.126). Казна – это то имущество, которое может расходоваться. Казну составляет бюджет в предназначенной для расходования части и бюджеты внебюджетных фондов. Остальное имущество в собственности государства и муниципальных образований расходованию не подлежит.

Имущество казны (то, которое предназначено для *потребления*) распределяется, во-первых, между бюджетом и внебюджетными фондами; во-вторых, между государственными и муниципальными органами и государственными и муниципальными учреждениями (21, ст.ст.12-13).

Однако если из бюджета оплачивается *содержание* государственных и муниципальных органов, а из государственных внебюджетных фондов финансируется *оплата* медицинских услуг гражданам, то учреждения здравоохранения получают средства как из бюджета на свое содержание, так и из внебюджетных фондов ОМС на оплату оказываемых ими гражданам медицинских услуг. Но гражданам государственные и муниципальные учреждения здравоохранения оказывают медицинские услуги за плату же и из негосударственных (немуниципальных) источников, кто бы ее не производил (сам гражданин, работодатель в его пользу, страховщик или любой иной плательщик).

Тем самым учреждения здравоохранения участвуют в товарных (экономических) отношениях доходами (от оплаты медицинских услуг), остальное финансирование получая в нетоварных (бюджетных) отношениях. При этом и доходы учреждений здравоохранения формируются не только от оплаты медицинских услуг из казны, но и из других (негосударственных, немunicipальных) источников – от «платных» услуг. Доходы от «платных» услуг и от оплаты оказываемых учреждениями здравоохранения услуг за счет средств казны создают экономику государственного и муниципального здравоохранения. Остальные средства казны, расходуемые на содержание учреждений здравоохранения и органов управления здравоохранением из бюджета, осваиваются ими в неэкономических (нетоварных) отношениях:





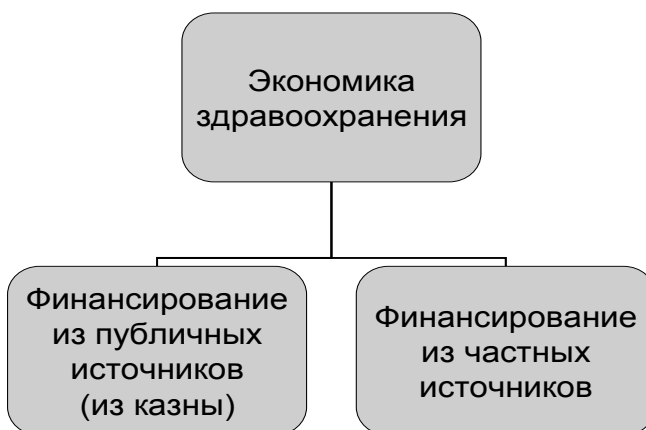
В этом смысле расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на здравоохранение относятся к экономике здравоохранения в той части, в которой взамен порождают предоставление гражданам материальных благ – товаров, работ, услуг медицинского назначения (производительные расходы). В остальной части расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на здравоохранение являются непроизводительными.

Соответственно, в товарной части расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на здравоохранение относятся к *экономике* здравоохранения, притом что понятием здравоохранения охватывается *бюджетная отрасль* – сфера подведомственности органам управления здравоохранением и финансирования из казны бесплатного оказания медицинских услуг гражданам учреждениями здравоохранения.

Однако экономика не связана *единством принадлежности* государству или муниципальному образованию производителя и продавца (учреждений здравоохранения) товара (медицинских услуг) и средств оплаты этого товара из казны. Медицинские услуги, оплачиваемые из казны, могут оказываться и не государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения, а частными медицинскими организациями (частными являются организации разных организационно-правовых форм, основанные на частной собственности, т.е. собственники имущества).

Экономику создают отношения товарообмена, и тем самым любые товарные отношения, складывающиеся по поводу медицинских услуг, создают экономику здравоохранения. В таком значении экономика здравоохранения представляет собой пространство товарных отношений, оборот или рынок медицинских услуг.

Экономика здравоохранения не является ограниченной рамками бюджетной отрасли здравоохранения. Рамками бюджетной отрасли здравоохранения ограничен институт оплаты медицинских услуг из казны, а не их оказания. Поскольку государство отделено от экономики, постольку оказание медицинских услуг происходит вне рамок бюджетной сферы, даже если оплачивается из казны.



Вопреки этому в настоящее время экономика здравоохранения (т.е. товарооборот медицинских услуг) разделена на две части.

Первую часть составляет экономика медицинских услуг, оказываемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения и частными медицинскими организациями и оплачиваемых за счет средств внебюджетных фондов (ОМС).

Вторая часть представлена экономикой «платных» медицинских услуг, оказываемых равно государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения и частными медицинскими организациями.

Экономика медицинских услуг, оказываемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения и частными медицинскими организациями и оплачиваемых за счет средств фондов ОМС, в статистическом учете не выделяется из сектора государственных учреждений.

Сектор государственных учреждений объединяет институциональные единицы, выполняющие в качестве основного вида деятельности функции органов государственного управления, которые состоят, в частности, в принятии «ответственности за обеспечение общества товарами и услугами на нерыночной основе для их коллективного или индивидуального потребления», притом что «государственные учреждения осуществляют свою деятельность за счет финансовых средств бюджета, внебюджетных фондов, а также за счет доходов от собственности, продажи рыночных услуг, заимствования» (72, С.327). К сектору государственных учреждений отнесены бюджетные организации: министерства, службы, агентства, школы, больницы, организации культуры и т.п., а также государственные внебюджетные фонды.

Но если государственные внебюджетные фонды (ОМС) относятся к сектору государственных учреждений (как плательщик за медицинские услуги), как и государственные и муниципальные учреждения здравоохранения (как получатели оплаты медицинских услуг), то частные медицинские организации, участвующие в программах ОМС (как получатели оплаты медицинских услуг) – нет.

Если для частных медицинских организаций медицинские услуги, в том числе оказываемые по программам ОМС, являются одинаково «платными», то для государственных внебюджетных фондов (ОМС), как и для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения – нет.

Притом что расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на здравоохранение и физическую культуру в 2003 г. составили 297,8 млрд. руб. (72, С.566); в 2004 г. – 370,1 млрд. руб. (73, С.318), на финансирование целевых программ обязательного медицинского страхования и отдельных мероприятий по здравоохранению из средств федерального фонда ОМС в 2003 г. израсходовано 600 млрд. руб., на субвенции территориальным фондам ОМС – 5095 млрд. руб. (72, С.570).

Это – средства казны, расходуемые «на нерыночной основе» и не создающие такую экономику, как в промышленности, торговле, строительстве и т.д.

Средства, создающие экономику в здравоохранении подобно экономике в промышленности, торговле, строительстве и т.д., происходят не из казны. Это средства, воспроизводимые на рыночной основе, т.е. в свободном, ненормируемом обороте медицинских услуг, подобно бытовым или финансовым услугам, промышленным и другим товарам, постройкам и другим изделиям. Это – средства производства валового внутреннего продукта (ВВП).

По валовой добавочной стоимости ВВП в 2003 г. составил 13201 млрд. руб., производство услуг в его составе – 7060 млрд. руб., из них рыночных – 5758 млрд. руб., нерыночных – 1302 млрд. руб.; в 2004 г. ВВП составил 16779 млрд. руб., производство услуг в его со-

ставе – 8806 млрд. руб., из них рыночных – 7227 млрд. руб., нерыночных – 1579 млрд. руб. (аналогичны и показатели по выпуску валового продукта) (73, С.152-153).

В относительных величинах доля услуг в ВВП – 53% (53,5% в 2003 г., 52,5% в 2004 г.), а соотношение рыночных и нерыночных услуг – 82%/18% (81,6%/18,4% в 2003 г., 82,1%/17,9% в 2004 г.).

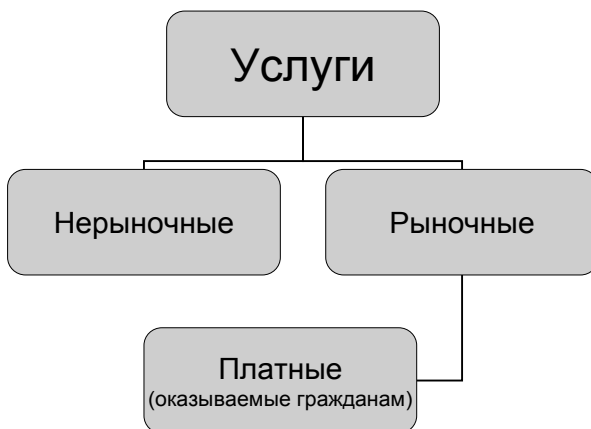
К числу рыночных статистическим учетом относятся «услуги, которые реализуются на рынке по экономически значимым ценам, такие как услуги транспорта, торговли, культуры, образования, здравоохранения, бытовые услуги, финансы, кредит, страхование и др. В состав нерыночных услуг включаются услуги, оказываемые обществу в целом или отдельным домашним хозяйствам (бесплатные или по экономически незначимым ценам). Они могут быть оплачены из государственного бюджета, внебюджетных фондов или из бюджетов некоммерческих (общественных) организаций» (73, С.147).

Доля нерыночных услуг в производстве ВВП составила 1302 млрд. руб. в 2003 г. и 1579 млрд. руб. – в 2004 г. (73, С.153).

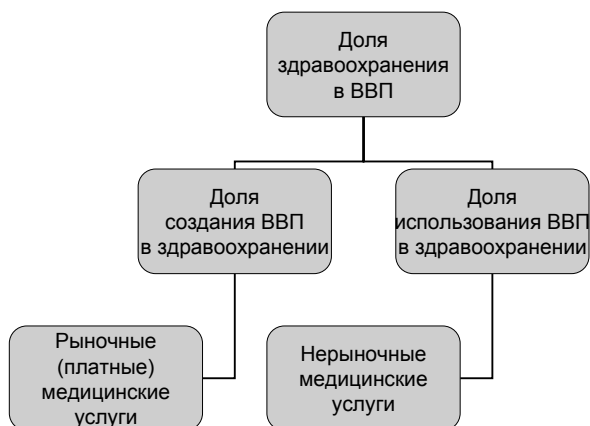
Если рыночные услуги предоставляются всем и оплачиваются по своей рыночной стоимости, то нерыночные услуги предоставляются только гражданам (обществу в части или в целом), т.е. в социальной сфере, и их оплата, производящаяся из бюджета и внебюджетных фондов, не соответствует их реальной стоимости.

Рыночные услуги, оказываемые гражданам за плату – вне зависимости от того, вносят ее сами граждане или иные лица в их пользу – признаются платными. Объем платных услуг в 2003 году составил 1431770 млн. руб., в 2004 году – 1766071 млн. руб. (73, С.273). В относительных величинах доля платных услуг в общем объеме рыночных услуг составила в 2003 году 24,9%, в 2004 году – 21,8%, т.е. в целом гражданам оказывается каждая четвертая-пятая рыночная услуга.

В здравоохранении платными признаются «дополнительные к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи медицинские услуги» (49). Поскольку медицинские услуги оказываются только гражданам, постольку рыночные услуги в здравоохранении представлены только платными медицинскими услугами. Рыночными, платными являются медицинские услуги, оплачиваемые не из казны.



Несмотря на то, что доля нерыночных услуг отражается в статистике производства ВВП (с учетом валовой добавленной стоимости), и нерыночным, дополнительным к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи медицинским услугам придается значение товара как оплачиваемым за счет казны, при этом не происходит товарообмен, переход денежных средств от одного правообладателя к другому, поскольку при существующем устройстве здравоохранения (и бюджетной сферы в целом) и со стороны плательщика, и со стороны получателя средств оплаты выступает казна (государство или муниципальное образование). Иными словами, имеет место перераспределение денежных средств в пределах казны, особыми путями приводящее к такому же нетоварному их потреблению, как и при обычном бюджетном их расходовании.



Нерыночные услуги, как и бюджетная сфера в целом, формируют статистику потребления (нерыночного распределения средств казны), а не статистику воспроизводства.

Притом что в здравоохранении объем потребления составляет сотни и тысячи миллиардов рублей (расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на здравоохранение и физическую культуру в 2003 г. составили 297,8 млрд. руб. - 72, С.566; в 2004 г. – 370,1 млрд. руб. - 73, С.318; на финансирование целевых программ обязательного медицинского страхования и отдельных мероприятий по здравоохранению из средств федерального фонда ОМС в 2003 г. израсходовано 600 млрд. руб. и на субвенции территориальным фондам ОМС – 5095 млрд. руб. - 72, С.570), объем воспроизводства исчисляется лишь десятками миллиардов рублей (объем платных медицинских услуг в 2004 г. – 85,9 млрд. руб. – 73, С.274).

Поэтому рыночные (платные) медицинские услуги экономически никак не связаны с являющимися способом *использования* ВВП нерыночными медицинскими услугами, составляя часть *производства* ВВП. И именно оборот платных услуг является выражением экономики (товарообмена) в здравоохранении.

Доля платных медицинских услуг составляет ежегодно около 5% от общего числа платных услуг (73, С.274):

Структура платных услуг:	2003		2004	
	% от общ.	1431770 млн. руб.	% от общ.	1766,1 млрд.руб.
медицинские	4,8	68075	4,9	85,9

Это услуги, которые произведены государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения (за счет оплаты не из казны) и частными медицинскими организациями (включая оплаченные за счет средств казны, поскольку для частных медицинских организаций все услуги – платные) в порядке товарообмена, т.е. перехода денежных средств от одного правообладателя к другому.

Поскольку именно оборот платных услуг является выражением экономики (товарообмена) в здравоохранении, постольку вопросом является, в какой мере экономику здравоохранения создают государственные и муниципальные учреждения здравоохранения и частные медицинские организации.

Статистика выпуска по отраслям здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение в 2002 г. (72, С.309) следующая:

	2001		2002	
	млн. руб.	%	млн. руб.	%
Нефинансовые предприятия (КО)	93293	24,1	106252	20,5
Государственные учреждения (ГУ)	246129	63,6	351887	67,9
Некоммерческие организации (НО)	31985	8,2	40406	7,8
Домашние хозяйства (ПБОЮЛ)	15321	4,0	19535	3,8
КО + НО + ПБОЮЛ	140599	36,4	166193	32,1
Итого	386728	100	518080	100

Соотношение вклада государственных учреждений, с одной стороны, и остальных коммерческих (КО) и некоммерческих (НО) организаций и некорпоративных хозяйствующих субъектов (предпринимателей без образования юридического лица – ПБОЮЛ), с другой стороны, таково: на долю государственных и муниципальных учреждений здравоохранения приходится приблизительно 2/3 (63,6% в 2001 г. и 67,9% в 2002 г.) выпуска медицинских услуг, создающих ВВП, а на долю остальных – 1/3 (36,4% в 2001 г. и 32,1% в 2002 г.). Иными словами, частные организации производят медицинских услуг вполнину меньше, чем государственные и муниципальные учреждения здравоохранения.

При этом в общей массе предприятий и организаций в здравоохранении, физической культуре и социальном обеспечении (72, С.331) число малых предприятий составляет приблизительно 17% (72, С.338):

В здравоохранении, физической культуре и социальном обеспечении	2003 (тыс.)		2004 (тыс.)	
	абс.	%	абс.	%
общее число предприятий и организаций	109,2	100	118,8	100
число малых предприятий	19,0	17,4	19,9	16,8

Иными словами, на 5 государственных и муниципальных учреждений здравоохранения приходится 1 частная медицинская организация.

Известно, что медицинский бизнес, как вообще бизнес в социальной сфере – это за редким исключением малый бизнес (84). Нет оснований полагать, что в сфере физической культуры и социального обеспечения соотношение общего числа предприятий и организаций и малых предприятий иное, чем в здравоохранении. Поэтому приведенные пропорции репрезентативны как для социальной сферы в целом, так и для здравоохранения в частности.

Таким образом, государственные и муниципальные учреждения здравоохранения производят 2/3 объема платных медицинских услуг, а в 5 раз меньшие числом частные медицинские организации и частнопрактикующие врачи – оставшуюся 1/3.

При этом платные медицинские услуги государственных и муниципальных учреждений здравоохранения существенно отличаются от тех, которые оказывают частные медицинские организации и частнопрактикующие врачи.

В отличие от частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей, в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения плата за эти услуги, во-первых, нормируется государственными и муниципальными органами; во-вторых, в качестве доходов изымается в казну. Тем самым средства воспроизводства, ограничиваемые в качестве источника рентабельности, переводятся в средства потребления.

Согласно данным исследования, проведенного агентством Snegiri Group при поддержке Межрегионального союза медицинских страховщиков (44), объем российского рынка платных медицинских услуг в 2004 г., включая теневой рынок и неучтенные доходы частных специалистов, составил \$ 6,5 млрд., легальный оборот – \$ 4,2 млрд.

Для более точной оценки в объем рынка необходимо включить теневой сектор медицинских услуг, который в 2004 г. составил 30% от легального оборота (\$ 1,3 млрд.). Теневой оборот медицинских услуг складывается из некассовой оплаты врачам государственных лечебно-профилактических учреждений. Таким образом, с учетом нелегальных платежей оборот медицинского рынка России в 2004 г. можно оценить в \$ 5,5 млрд.

В расчет также необходимо взять оборот рынка нетрадиционной медицины и частных специалистов, не попадающих под налоговую отчетность и данные государственной статистики. Только в Москве работают около 20 тыс. частных специалистов, занимающихся китайской медициной, программами похудения, гомеопатией, лечебным массажем, и прочими подобными услугами. Оборот рынка неучтенных медицинских услуг в Москве можно оценить в \$ 0,3 млрд., а в целом в России – в \$ 1 млрд. В натуральном выражении московский рынок составляет десятую часть российского рынка платных медицинских услуг. Однако в связи с гораздо более высоким уровнем цен на Москву приходится \$ 1,2 млрд. – 28% легального оборота рынка коммерческой медицины России.

По оценкам Минздрава РФ, в ближайшие годы рынок платных медицинских услуг будет расти на 12% в год (44).

Таким образом, экономика здравоохранения расслоилась на три страты:

- нерыночный легальный оборот бесплатных для граждан медицинских услуг, предоставляемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения – это сфера легального *использования* или *псевдо-производства* ВВП;

- нерыночный нелегальный оборот платных для граждан медицинских услуг, оказываемых одновременно с бесплатными в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения – это сфера нелегального использования или *минус-производства* ВВП;

- составляющий сферу производства ВВП рыночный легальный оборот платных медицинских услуг, распадающийся на две подстраты:

- ориентированный на пополнение казны лимитируемый оборот, в котором участвуют государственные и муниципальные учреждения здравоохранения – это сфера *квази-производства* ВВП;

- ориентированный на реинвестирование оборот, в котором участвуют частные медицинские организации (собственно, и являющийся бизнес-оборотом) – это сфера *реального производства* ВВП.



В целом, сфера оказания медицинских услуг является более широкой, во-первых, чем сфера их оплаты из казны; во-вторых, чем сфера государственного и муниципального здравоохранения; в-третьих, чем сфера деятельности бюджетных учреждений; но более узкой, чем сфера финансирования бюджетных учреждений.

С изменением политических, экономических и юридических условий в стране экономика здравоохранения распалась на две – по традиции обобщающиеся – части:

- тех, кто производит продукцию (медицинские услуги) – это учреждения здравоохранения и частные медицинские организации, а также частнопрактикующие врачи;

- и тех, кто оплачивает эту продукцию – это казна, страховщики, работодатели, благотворительные организации в пользу граждан либо сами граждане в свою пользу.

Различает их между собой противоположность экономических интересов: первые заинтересованы побольше получить за свою продукцию, вторые – поменьше заплатить за нее. Сбалансировать эти интересы может только рынок – любого рода искусственные регламенты способны только создать двойную (тройную и т.д.) экономику, которая и имеет место в настоящее время.

Несоразмерность средств казны – тех, которые обращаются на здравоохранение, и тех, которые доходят до производителя в виде оплаты медицинских услуг, – свидетельствует о том, что понимание того, что финансируется в здравоохранении, в настоящее время не сложилось.

На данном этапе существует лишь псевдо-макрэкономика государственного и муниципального здравоохранения – система нисходящего распределения (потребления) средств казны «на нерыночной основе». В такой системе за отсутствием товарообмена нет места мезоэкономике, а микроэкономика – имущественное состояние учреждений здравоохранения – не учитывается в отрыве от единого финансирования отрасли в целом. Подобное положение дел обусловлено существующими законоустановлениями о финансировании охраны здоровья граждан (21, ст.10).

Экономика государственного и муниципального здравоохранения не включает деятельность частных медицинских организаций, показатели которой учитываются в статистике производства ВВП наряду с деятельностью немедицинских организаций, как бы не имея отношения к здравоохранению.

Макро-, мезо-, микроэкономика здравоохранения на текущий момент не структурирована так, как это определяется действительным положением дел в отрасли.

Изложенное приводит к следующим обобщающим заключениям:

1. Расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на здравоохранение относятся к *экономике* здравоохранения, притом что понятием здравоохранения охватывается *бюджетная отрасль* – сфера подведомственности органам управления здравоохранением и финансирования из казны бесплатного оказания медицинских услуг гражданам учреждениями здравоохранения.

2. Несмотря на то, что доля нерыночных услуг отражается в статистике *производства* ВВП, и нерыночным, дополнительным к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи медицинским услугам придается значение товара как оплачиваемым за счет казны, при этом не происходит *товарообмен*, переход денежных средств от одного правообладателя к другому, поскольку при существующем устройстве здравоохранения (и бюджетной сферы в целом) и со стороны плательщика, и со стороны получателя средств оплаты выступает казна (государство или муниципальное образование). Иными словами, имеет место перераспределение денежных средств в пределах казны, особыми путями приводящее к такому же нетоварному их потреблению, как и при обычном бюджетном их расходовании.

3. В здравоохранении объем *потребления* составляет сотни и тысячи миллиардов рублей, а объем *воспроизводства* (платных медицинских услуг) исчисляется лишь десятками миллиардов рублей, притом что именно оборот платных услуг является выражением экономики (товарообмена) в здравоохранении.

4. Доля платных медицинских услуг составляет ежегодно около 5% от общего числа платных услуг в государстве, из которых на 2 единицы оплаты услуг государственных и муниципальных учреждений здравоохранения приходится 1 единица оплаты услуг частных медицинских организаций, притом что на 5 государственных и муниципальных учреждений здравоохранения приходится 1 частная медицинская организация.

5. На каждые 2 единицы официальной оплаты платных медицинских услуг, оказываемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, приходится 1 единица теневой оплаты (некассовая оплата врачам). С учетом оплаты нерыночных услуг за счет налогов для потребителя государственное и муниципальное здравоохранение является значительно более накладным, чем оплата медицинских услуг частных организаций.

6. Только 1/3 выпуска платных медицинских услуг, производимых 1/5 от числа государственных и муниципальных учреждений здравоохранения численностью частных



медицинских организаций и частнопрактикующих врачей, создает легальную сферу реального производства ВВП.

7. Макроэкономику здравоохранения как совокупный спрос (общее в стране количество финансовых затрат, совершаемых самими потребителями и плательщиками в их пользу) и совокупное предложение медицинских услуг (общий объем производства в стране) характеризуют итоговые показатели финансирования здравоохранения (использования и производства ВВП) и состояния сети медицинских организаций в стране. Чем сравнимее показатели использования и производства ВВП в здравоохранении, чем более производственным является использование ВВП, тем здоровее экономика здравоохранения.

8. Мезоэкономику здравоохранения характеризуют показатели экономического оборота (реального производства ВВП) в здравоохранении – в целом по стране, в регионах и в муниципальных образованиях. Показатели реального производства ВВП свидетельствуют о воспроизводстве капиталов в здравоохранении: чем они выше, тем меньше необходимость непроизводственного использования ВВП в отрасли или привлечения капиталов извне.

9. Микроэкономику здравоохранения характеризует экономическое состояние (рентабельность) производителей медицинских услуг (медицинских организаций) – в целом по стране, в регионах и в муниципальных образованиях. Рентабельность медицинских организаций является показателем их способности и дальше участвовать в производстве ВВП: чем она ниже, тем меньше способность к воспроизводству, к реинвестированию осуществляемой деятельности, и наоборот.

Таким образом, здравоохранению лишь предстоит сформировать экономику, соответствующую существующим реалиям в государстве, создать систему статистического учета и обеспечивать мониторинг экономического состояния отрасли.

### § 3.4. Предпринимательство в медицине<sup>17</sup>

Как в России, так и за рубежом бурно развивается частная медицина. Последнее десятилетие XX века стало временем резкого подъема предпринимательской инициативы в здравоохранении европейских стран (66, С.3). Вопреки общественному неприятию предпринимательство в здравоохранении стало фактом, который невозможно отрицать или не замечать.

Применительно к здравоохранению понятия предпринимательской деятельности, прибыли, рынка вызывают одинаково стойкое неприятие у граждан и должностных лиц, как в России, так и за рубежом. Такое неприятие предпринимательства в здравоохранении объясняется субъективными и объективными факторами.

Субъективное неприятие предпринимательства в здравоохранении обусловлено следующими факторами.

Прежде всего, отечественное здравоохранение основано на традиционном принципе бесплатности медицинской помощи.

В условиях социалистического распределения здравоохранение признавалось непроизводственной сферой народного хозяйства, и получало финансирование из бюджета. Здравоохранение могло освоить столько бюджетных средств, сколько в него вкладывалось. Если бы в здравоохранение вкладывалась половина государственного бюджета, и такие вложения оно могло бы полностью освоить.

---

<sup>17</sup> Тихомиров А.В. Предпринимательство в здравоохранении // Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 2. – С.44-49.

Существовавшие в прежние времена хозрасчетные поликлиники считались исключением. В аптеках же лекарства всегда отпускались за плату.

Товарообменный характер деятельности одних учреждений здравоохранения (аптек) не распространялся на деятельность других (стационаров и поликлиник).

С изменением конституционного строя принцип бесплатности медицинской помощи сохранился, но на фоне поменявшихся юридических и экономических реалий. Возникла юридическая категория услуги. Появилось законодательство о медицинском страховании граждан. Государство стало плательщиком за медицинские услуги, оказываемые гражданам бесплатно. Если услуги оказываются гражданам бесплатно, то производители медицинских услуг получают за это плату. Плата за медицинские услуги для их производителей является доходом. Деятельность по оказанию медицинских услуг экономически стала производственной деятельностью, а юридически – деятельностью, приносящей доходы.

Если прежде бесплатность медицинской помощи была принципом здравоохранения, то в настоящее время она стала конституционной гарантией гражданам со стороны государства. Гарантией того, что в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения они получают медицинскую помощь бесплатно для себя.

Однако поскольку медицинская помощь приобрела экономическую форму услуги, постольку процесс ее оказания стал подвержен экономической оценке. Если прежде медицинская помощь оказывалась не в товарных отношениях, то в настоящее время медицинская помощь стала оказываться в соответствии с оплатой медицинских услуг, в состав которых она входит.

Между государством в качестве плательщика и государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения в качестве производителей медицинских услуг стали складываться отношения товарообмена в пользу граждан, для которых медицинская помощь остается бесплатной.

Однако, несмотря на то, что отношения между плательщиком и производителями медицинских услуг имеют экономический характер, отношения между органами управления здравоохранением и учреждениями здравоохранения сохранили административный характер. Как и прежде, деятельность учреждений здравоохранения в качестве бюджетных учреждений подчинена нормативным предписаниям. В результате, если деятельность производителей медицинских услуг экономического характера сводится к извлечению доходов, то их распределение в учреждениях здравоохранения происходит в административном порядке.

Выйдя за пределы механизма государства, учреждения здравоохранения не обрели свое место в экономическом обороте. Получая плату за медицинские услуги из государственных внебюджетных фондов, от страховщиков и от иных плательщиков, учреждения здравоохранения дистанцируются от понятия предпринимательской деятельности. Будучи юридическими лицами с предоставленными законом полномочиями хозяйствующих субъектов, учреждения здравоохранения позиционируются в административной подчиненности органам управления здравоохранением.

Юридически различающиеся характером и сферой деятельности, правовым положением и целым рядом других признаков, государственные и муниципальные органы управления здравоохранением и государственные и муниципальные учреждения здравоохранения искусственно объединены в единый публичный институт здравоохранения. Это не отрасль в прежнем понимании и в отсутствие системообразующих признаков – не система.

При этом юридически одинаковые медицинские услуги оказываются за юридически одинаковую плату юридически одинаковыми хозяйствующими субъектами – государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения и частными организациями. Их деятельность одинаково основана на извлечении доходов от оплаты медицинских услуг. Вне зависимости от того, приносит она прибыли или убытки, деятельность в экономическом обороте с результатом, имеющим форму товара, является предпринимательской.

Различия лишь в том, что по общему правилу медицинские услуги гражданам частными организациями оказываются за плату, которую производит сам гражданин, а государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения – за плату, которую за гражданина производит государство. Будучи бесплатными для граждан, оказываемые им медицинские услуги равно для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и частных организаций бесплатными не являются.

Тем самым детерминантой субъективного неприятия гражданами (обществом) предпринимательства в здравоохранении является не характер деятельности медицинских организаций и не их имущественная принадлежность (государственная, муниципальная или частная собственность), а лишь бесплатность получения медицинской помощи.

Однако неприятие предпринимательства в здравоохранении свойственно не только гражданам (обществу). Предпринимательство вызывает неприятие со стороны публично-го института здравоохранения.

Прежде единая государственная система здравоохранения в настоящее время представлена государственной и муниципальной системами здравоохранения и включает соответствующие органы управления здравоохранением и учреждения здравоохранения. И те, и другие связаны единством финансирования из казны государства и муниципальных образований. Противопоставлением финансированию здравоохранения из публичных источников являются поступления от любых частных лиц. Тем самым предпринимательством в публичном институте здравоохранения признается не деятельность, приносящая доходы, а лишь деятельность, доходы от которой происходят из частных источников.

Если следовать логике субъективных факторов неприятия предпринимательства в здравоохранении в совокупности, предпринимательской является деятельность частных организаций, оказывающих медицинские услуги гражданам за плату, не происходящую из казны государства или муниципальных образований.

В соответствии с российским законодательством предпринимательской является самостоятельная, осуществляемая на свой риск деятельность, направленная на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг лицами, зарегистрированными в этом качестве в установленном законом порядке (119, п.1 ст.2).

Чтобы выявить объективные причины неприятия предпринимательства в отечественном здравоохранении, необходимо раскрытие понятий, связанных с предпринимательством вообще и в здравоохранении в частности.

Предпринимательской является деятельность:

- самостоятельная, направленная на благо приобретений (получение прибыли), неразрывно связанное с бременем утрат (несение рисков);
- систематично осуществляемая в обороте товаров, работ, услуг;
- субъекта, имеющего государственную регистрацию в качестве юридического лица или предпринимателя без образования юридического лица.

Если результат деятельности имеет форму товара, который обменивается на его денежный эквивалент, такая деятельность по характеру всегда является предпринимательской.

Не является предпринимательской спорадическая, несистематическая деятельность в обороте, например, продажа гражданином автомобиля или квартиры.

Не является предпринимательской внеоборотная деятельность, например, объединение лиц для того, чтобы вскладчину последовательно приобрести автомобиль для каждого из них.

Не является предпринимательской деятельность организаций, осуществляемая исключительно за счет взносов своих членов. Не имеет формы товара результат такой деятельности, осуществляемой организацией исключительно в отношении своих членов.

Не является предпринимательской деятельность и не имеет формы товара результат деятельности государственных и муниципальных органов, которым запрещено совмещать свои функции с функциями хозяйствующих субъектов (16, п.2 ст.7).

Медицинской и иной деятельностью в области охраны здоровья является предпринимательская деятельность по производству и реализации товаров, работ и услуг медицинского назначения.

Субъект, имеющий государственную регистрацию в качестве юридического лица или предпринимателя без образования юридического лица и осуществляющий предпринимательскую деятельность, признается хозяйствующим субъектом. Хозяйствующими субъектами являются российские и иностранные коммерческие организации и их объединения (союзы или ассоциации), некоммерческие организации, за исключением не занимающихся предпринимательской деятельностью, в том числе сельскохозяйственных потребительских кооперативов, а также индивидуальные предприниматели (ст.4 Закона РФ «О конкуренции и ограничении монополистической деятельности на товарных рынках»).

В той мере, в какой лицо осуществляет предпринимательскую деятельность, оно является хозяйствующим субъектом вне зависимости от того, обладает ли оно формой коммерческой или некоммерческой организации (предприниматели без образования юридического лица приравниваются к коммерческим организациям – 119, п.3 ст.23).

Обращает внимание, что хозяйствующими субъектами, осуществляющими предпринимательскую деятельность, наряду с коммерческими признаются и некоммерческие организации. Некоммерческие организации могут осуществлять предпринимательскую деятельность лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых они созданы, и соответствующую этим целям (119, п.3 ст.50). Если некоммерческие организации существуют на взносы своих членов, в отношении них осуществляют деятельность, не связанную с производством и реализацией товаров, работ, услуг в обороте, их деятельность не является предпринимательской, и они лишены свойств хозяйствующих субъектов.

Следовательно, различия коммерческих и некоммерческих организаций заключаются не в том, что первые могут, а вторые не могут осуществлять предпринимательскую деятельность. Эти различия состоят в том, как распределяется прибыль, полученная от предпринимательской деятельности (119, п.1 ст.50). В коммерческой организации прибыль обращается в пользу участников, создавших ее. В некоммерческой организации прибыль обращается на реинвестирование ее деятельности. Исключение составляет потребительский кооператив, который, будучи некоммерческой организацией, распределяет прибыль между его членами, как в коммерческой организации (119, п.5 ст.116).

Если распределение прибыли в некоммерческих организациях возвращает ее в оборот в области охраны здоровья (в виде новой аппаратуры, заработной платы медицинского

персонала и т.д.), то распределение прибыли в коммерческих организациях изымает ее из этого оборота.

Первым объективным фактором общественного неприятия предпринимательства в здравоохранении служит способ распределения прибыли в коммерческих организациях.

Коммерческие организации обладают общей правоспособностью и вольны осуществлять любые виды деятельности, не запрещенные действующим законодательством. Напротив, некоммерческие организации обладают ограниченной (специальной) правоспособностью и вправе осуществлять только те виды деятельности, которые определены учредителями в уставе. Некоммерческая организация, созданная для осуществления медицинской и иной деятельности в области охраны здоровья (предпринимательской деятельности по производству и реализации товаров, работ и услуг медицинского назначения), прекращает эту деятельность только с прекращением своей правоспособности, т.е. в случае ликвидации. Коммерческая же организация может в любой момент прекратить медицинскую и иную деятельность в области охраны здоровья и начать заниматься любой другой деятельностью. В любой момент коммерческая организация может перепрофилировать свою деятельность, что влечет изъятие ее активов из оборота в области охраны здоровья. Следовательно, стабильность обороту в соответствующей области деятельности придают некоммерческие организации.

Отсюда вторым объективным фактором общественного неприятия предпринимательства в здравоохранении является нестабильность существования коммерческих организаций, осуществляющих деятельность по производству и реализации товаров, работ и услуг медицинского назначения, в обороте в области охраны здоровья.

Предпринимательство в сфере производства и реализации товаров, работ и услуг медицинского назначения связано прогрессивно повышающейся стоимостью средств производства и производительных сил. Например, компьютерный томограф не является товаром потребительского назначения – он используется для ведения предпринимательской деятельности, и это определяет его огромную стоимость. С появлением новых лекарств растет цена лекарственной терапии. Хороших врачей хорошей зарплатой можно перемагнитить в другую клинику. А все это закладывается в цену медицинских услуг.

В здравоохранении не работают рыночные механизмы сдерживания цен. Цены на медицинские услуги растут вне зависимости от конъюнктуры спроса и предложения. Неуклонное удорожание медицинских услуг является третьим объективным фактором общественного неприятия предпринимательства в здравоохранении, хотя к предпринимательству это не имеет никакого отношения.

Кроме того, в рамках отдельных медицинских услуг оплаченный лимит зачастую превышает: пациент просит, а врач назначает больше процедур обследования или лекарств либо большей стоимости, чем за это заплачено. Чтобы этого не допускать, приходится держать штат контролеров-экспертов. В результате, например, огромная часть американского медбюджета (до 40%) – административные расходы, т.е. расходы на людей, которым фактически платят за то, чтобы они сдерживали рост издержек (68, С.55).

Административные расходы производятся не только организациями, производящими и реализующими товары, работы, услуги медицинского назначения, но также другой стороной таких отношений – плательщиком.

В разных странах участие государства в качестве плательщика в области охраны здоровья оформлено по-разному: в США – через государственное страхование, в Великоб-

ритании – через передачу государством целевых средств в фондодержание медицинским организациям, в Германии – через систему перераспределения в федеральном агентстве средств специальных фондов. Помимо государства плательщиком выступают также частные страховые, благотворительные и др. организации.

Для примера в США в среднем административные расходы для частного страхования составляют 11,9% от общей стоимости оказанной медицинской помощи. Затраты управления правительственными медицинскими программами (не только программ Medicare и Medicaid, но и медицинского обслуживания правительственных чиновников, сотрудников Министерства обороны, индейцев и др.) составляют в среднем 4,6%, т.е. меньше чем наполовину от административных расходов при частном страховании (137, С.40).

Удорожание медицинских услуг происходит не только в сфере их оказания, а в значительной мере в сфере управления их стоимостью.

Поэтому четвертым объективным фактором общественного неприятия предпринимательства в здравоохранении является отождествление предпринимательства в сфере производства и реализации товаров, работ и услуг медицинского назначения и предпринимательства в платежной сфере.

Цены растут не столько на дорогостоящие, сколько на наиболее распространенные медицинские услуги.

Из-за прогрессивного роста цен на медицинские услуги постепенно сокращается число платежеспособных плательщиков.

Например, компания Daimler-Chrysler тратит на здравоохранение (т.е. на медицинское страхование работников) больше, чем на производство отдельных видов продукции (68, С.54). Работодатели стремятся минимизировать затраты на медицинское страхование работников, и набор оплаченных ими в порядке медицинского страхования услуг становится все меньше.

Лишь платежеспособные граждане в силу неэластичности цен на медицинские услуги могут их оплачивать самостоятельно.

Однако платежеспособный спрос и реальный спрос сильно отличаются друг от друга. По мере роста цен на медицинские услуги платежеспособных плательщиков становится все меньше, и нагрузка на государство по их оплате возрастает. При развитии такой ситуации государство постепенно становится вынужденным монополистом по оплате медицинской помощи.

Перед ним возникает ряд проблем. Прежде всего, среди нуждающихся в оплате медицинских услуг есть работоспособные и неработоспособные граждане (пенсионеры, дети, инвалиды и т.д.). Среди них есть те, которым необходима малозатратная медицинская помощь, а есть те, кто нуждается в длительной и дорогостоящей медицинской помощи. Среди них также те, кому нужна помощь врачей общей практики, и те, кому нужна помощь специалистов и т.д. При этом если все нуждающиеся одновременно обратятся за медицинской помощью, средств у государства не хватит на оплату и малой доли ее стоимости.

Следовательно, задача заключается в распределении этих средств таким образом, чтобы потребности всех нуждающихся в медицинской помощи были удовлетворены.

Если этого не происходит, граждане оказываются в безальтернативном положении и вынуждены самостоятельно оплачивать медицинскую помощь. Несмотря на то, что причиной этого является порочность публичного распределения средств на оплату медицинской помощи, сожаление о потраченных средствах на медицинскую помощь, которую граждане могли бы получить бесплатно, вызывает негативное отношение к частной медицине.

Пятым объективным фактором общественного неприятия предпринимательства в здравоохранении является неспособность публичных институтов нормализовать ситуацию с оплатой медицинской помощи.

Государство призвано регулировать оборот товаров, работ и услуг, в том числе медицинского назначения. Однако, учитывая высокую социальную значимость здоровья, по поводу которого находятся в обороте товары, работы и услуги медицинского назначения, государство устанавливает нормативно-правовой регламент (совокупность запретов, предписаний, требований, нормативов, стандартов и т.д.) к субъектам и объектам этой деятельности. Но государство может осуществлять недостаточное регулирование экономического оборота в области охраны здоровья либо избыточное нормирование в отношении реализации товаров, работ, услуг медицинского назначения. Государство может избрать неверный объект нормирования (как, например, стандартизация услуг или нормативная тарификация их оплаты). Государство может осуществлять неэффективную налоговую политику или нерациональное использование и распределение средств на общественные нужды, в том числе в области охраны здоровья.

Поэтому тезис о том, что в здравоохранении не работают рыночные механизмы сдерживания цен, может свидетельствовать о неэффективности государства, а снижение платежеспособного спроса на фоне роста цен – о недостаточной конкуренции в экономическом обороте в области охраны здоровья.

Из-за действия перечисленных факторов предпринимательство в здравоохранении не достигает тех социальных результатов, которые могли бы проявиться, будь действие этих факторов оптимизировано государством.

В целом, объективных причин неприятия предпринимательства в здравоохранении – всего две:

- недостаточность публичных средств для оплаты товаров, работ, услуг медицинского назначения в пользу граждан;
- избыточность нормативно-правового регламента и (или) недостаточность правового регулирования оборота товаров, работ, услуг медицинского назначения.

Недостаточность публичных средств для оплаты товаров, работ, услуг медицинского назначения в пользу граждан обусловлена тем, что, будучи предназначены для потребления, эти средства не участвуют в воспроизводстве, не оборачиваются с прибылью.

Капитал должен воспроизводить добавочный капитал, а распределение капитала не должно приводить к сокращению его величины. Существующее нормативное распределение денежных средств при обязательном медицинском страховании приводит к тому, что капитал не только не воспроизводится, но и сокращается в процессе распределения через фонды и страховые организации, а в конечном звене (учреждениях здравоохранения) – не работает так, как должен работать.

Соответственно, недостаточность публичных средств для оплаты товаров, работ, услуг медицинского назначения в пользу граждан может быть преодолена через:

- устранение посредничества страховых организаций;
- инвестиционное размещение денежных средств фондов ОМС;
- переход от обязанностей по нормативам к ответственности по обязательствам.

Избыточность нормативно-правового регламента и (или) недостаточность правового регулирования оборота товаров, работ, услуг медицинского назначения может быть преодолена оптимизацией законодательства в области охраны здоровья и организации его исполнения.

Оптимизация законодательства в области охраны здоровья заключается в том, чтобы:

- этим была достигнута всеобъемлющая формальная определенность регулируемых отношений, а также применимых к ним ограничений и запретов в исчерпывающем перечне;
- публичные, социальные и имущественные интересы в этих отношениях были законодательно не смешиваемы;
- соответствующие таким интересам механизмы правового регулирования соответствовали характеру регулируемых отношений;
- юридическая общность субъектов и объектов регулируемых отношений не позволяла их разделять по каким бы то ни было признакам;
- законодательство предусматривало ответственность исполнительной власти за расширительное применение права в отношениях в области охраны здоровья.

Оптимизация организации исполнения закона в области охраны здоровья состоит в том, чтобы:

- управление здравоохранением сконцентрировалось на размещении средств казны среди субъектов предпринимательской деятельности для достижения социального результата;
- деятельность с имущественным результатом субъектов предпринимательства обеспечивала конкуренцию между ними за размещаемые на социальные цели средства казны;
- деятельность с имущественным результатом субъектов предпринимательства отражалась прогнозируемым органами управления здравоохранением социальным результатом;
- вложения средств казны корреспондировали достигаемому социальному результату, а несоответствия между ними служили мерой оценки эффективности деятельности органов управления здравоохранением;
- субъекты предпринимательства в обороте товаров, работ и услуг медицинского назначения были заинтересованы в сохранении капитала в этой сфере.

В целом, не предпринимательство угрожает бесплатности медицинской помощи в порядке социальных гарантий государства, а бездумное нормирование в этой сфере, непонимание существа предпринимательской деятельности и неопределенность понятия здравоохранения и предмета публичного управления в области охраны здоровья.

### § 3.5. Диверсификация рынка медицинских услуг<sup>18,19</sup>

В экономике устоявшимся является понятие сегментирования рынка. Это разбивка рынка на четкие группы покупателей, для каждой из которых могут потребоваться отдельные товары и/или комплексы маркетинга (Глоссарий.ру). Выделяют психографическое сегментирование (по признакам принадлежности к общественному классу, образа жизни и/или характеристик личности), сегментирование по демографическому (на основе пола, возраста, уровня доходов, образования, религиозных убеждений и других демографических переменных) и по поведенческому принципу (в зависимости от знаний покупателей, от их отношений, характера использования товара и реакции на этот товар).

Равным образом, в экономике принято понятие диверсификации (от лат. *diversus* - разный + *facere* - делать; позднелат. *diversificatio* - изменение, разнообразие). Применяется

---

<sup>18</sup> Иванов А.В., Тихомиров А.В. Диверсификация рынка медицинских услуг // Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 1. – С.??-??

<sup>19</sup> Деятельность государственных и муниципальных учреждений здравоохранения не рассматривается как не являющаяся рыночной.



очень широко применительно к производству, продукции, персоналу, ликвидности активов, экспорту и т.д. – в промышленности, страховании, на рынке ценных бумаг и т.д.

Диверсификация экономической деятельности — расширение активности крупных фирм, объединений, предприятий и целых отраслей за рамки основного бизнеса, под которым понимается производство товаров и услуг, имеющих максимальные доли в чистом объеме продаж по сравнению с другими видами выпускаемой продукции. Важнейшая составная часть структуры современных рыночных экономик. Стимулирует стремление фирм в условиях конкуренции упрочить свое положение на рынке, своевременно отреагировать на изменение экономической конъюнктуры, обеспечить эффективность своей деятельности. При этом фирмы из специализированных превращаются в многоотраслевые комплексы-конгломераты, составные части которых не имеют между собой функциональных связей (KM.RU).

Для рассмотрения состояния рынков зачастую недостаточно бывает понятия сегментирования только в порядке маркетингового портретирования потребителей. Кроме того, сегментирование – элемент субъективной деятельности маркетологов. Необходимо бывает выяснение объективного деления рынка на отдельные сегменты в зависимости от факторов иных, чем потребительские предпочтения. Достижение этих целей охватывает диверсификация рынков.

Диверсификация рынка, объединенного медицинским назначением конечного продукта, уже была описана (23).

Выделен рынок «бизнес-потребитель», на котором обращаются товары, работы, услуги потребительского медицинского и парамедицинского назначения. Этот рынок замкнут на физическом лице – потребителе этого продукта и представлен двумя сегментами. Один – рынок медицинских услуг и работ (рынок медицинского бизнеса). Другой – рынок купли-продажи товаров медицинского назначения (лекарств, средств санитарии и т.п.) тому же потребителю. Это – фармацевтический потребительский рынок, т.е. рынок фарминдустрии, рассчитанный на потребителей – физических лиц.

К медицинскому потребительскому рынку прилежит потребительский рынок товаров, работ, услуг парамедицинского назначения (эпидемиология, фитнес и т.д.).

Каждой медицинской, фармацевтической и парамедицинской организации необходимы оборудование, аппаратура, инструментарий, расходные материалы, включая медикаменты и сырье, и т.д. Необходимость возникает и в изготовлении тех или иных изделий, а также в различной помощи в ремонте вещей, в получении и переработке информации и т.д.

Рынок, обеспечивающий такие потребности первичного рынка, является рынком «бизнес-бизнес», на котором обращаются товары, работы, услуги для организаций медицинского и парамедицинского бизнеса.

Рынок	Товары	Работы	Услуги	Смежный (пара-) рынок
«Бизнес-потребитель»	Фарм-индустрия	Медицинский бизнес		Товары, работы, услуги
«Бизнес-бизнес»	Инфраструктурный, обеспечительный (орто-) рынок			

Далеко не всегда хозяйствующие субъекты занимаются только медицинским бизнесом, нередко сочетая его с фарм-бизнесом, с парамедицинской деятельностью, а порой – с продажей товаров, работ и даже услуг на инфраструктурном рынке. Однако

это – не вопрос рынка, это вопрос хозяйствующего субъекта. Диверсификация рынков в сфере охраны здоровья с этим не меняется.

Рынок «бизнес-потребитель» в сегменте медицинского бизнеса представлен оборотом медицинских услуг (в значительно меньшей степени – работ). Диверсификация этого рынка и является предметом настоящего исследования.

Рынок подвержен различным влияниям. Подобные влияния принято исследовать на основе STEP-анализа. Установлены следующие STEP-факторы рынка медицинских услуг (23):

**Экономические факторы рынка медицинских услуг** представлены тремя группами: макро-, мезо- и микроэкономическими.

Сфера макроэкономики здравоохранения все меньше определяется поворотливостью государства в части финансирования здравоохранения и все больше подвержена интервенции со стороны других рынков. Поэтому макроэкономическими факторами являются: обгоняющее развитие других рынков; развитие рынков «товары–инвестиции», готовых к вложению капиталов в рынок медицинских услуг; повышение эффективности рынка капитала, готового к кредитованию потребителей и производителей медицинских услуг; увеличение открытости экономики и, следовательно, закаты эры двойной бухгалтерии. Это означает, что на медицинский рынок дальше-больше приходят капиталы, способные к поглощению существующего медицинского бизнеса и к созданию нового (своего).

Мезоэкономическими факторами на рынке медицинских услуг являются неэластичность спроса; асимметрия информации; неопределенность товара (услуг), притом что медицинские услуги могут быть оказаны только физическим лицам. Невозможность оказывать такие услуги юридическим лицам сужает его объем. Это повышает роль пациенто-ориентированного маркетинга, притом что обращаться за медицинскими услугами (кроме как в индустрии красоты) пациента заставляет не субъективная (желание), а объективная нужда (необходимость), которая возникает не в силу маркетинговой политики медицинских организаций – отсюда неэластичность спроса на медицинские услуги. И в маркетинге медицинских услуг выигрывает тот, кто сможет преодолеть асимметрию информации и неопределенность этого неосязаемого товара.

В сфере микроэкономики здравоохранения определяющими факторами являются отсутствие единства ориентиров управления, высокие налоги и арендная плата, привязанность лицензии к помещению, притом что не обладает достаточным кризисным потенциалом в силу малой ликвидности активов и неспособности к конверсии. Медицинский бизнес в подавляющем большинстве не знает, куда идет; не вкладывается в свою устойчивость; не строит прогнозов, живя одним днем.

В целом отсюда существующему медицинскому бизнесу объективно предстоит конкурировать с новым медицинским бизнесом, создаваемым вливаниями капиталов в сферу здравоохранения, с немедицинским, но эффективным менеджментом в этом новом бизнесе, т.е. испытывать возрастающее давление конкурентной среды, с одной стороны, и – в силу повышения правовой грамотности граждан на фоне сохраняющейся асимметрии информации (дисбаланса осведомленности врача и пациента) и неопределенности товара (медицинских услуг) – возрастающее давление потребительской среды, с другой стороны.

В этой связи объективно медицинский бизнес испытывает потребность в повышении своей конкурентоспособности, кризисной устойчивости и в эффективной защите

от потребительского экстремизма.

Наряду с этим существует такой значимый экономический фактор, как налоговая политика государства. В настоящее время медицинский бизнес позиционируется как бизнес, но не как экономическая деятельность медицинского характера, т.е. социально значимая деятельность. Социально значимой признается деятельность государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, но не частных медицинских организаций. Между тем, в отличие от деятельности организаций в других сферах бизнеса, имеющей опосредованный налогами социальный эффект, деятельность медицинских организаций – равно учреждений здравоохранения и частных – сказывается одинаково прямым социальным эффектом. При этом учреждения здравоохранения не имеют той налоговой нагрузки, как частные медицинские организации, которые, не будучи отличаемы от организаций немедицинского (в промышленности, строительстве и т.д.) бизнеса, несут такое же налоговое бремя. Государство пока не осознало, что экономика социальной сферы – не для пополнения казны, а налоговое бремя через цену услуг в медицинском бизнесе перекладывается на потребителя, который уплатой налогов уже содержит то здравоохранение, неразумное устройство которого заставляет его обращаться в частные медицинские организации.

**Политико-правовыми факторами рынка медицинских услуг** являются пробелы законодательства и несбалансированность правоприменения в отношении рынка медицинских услуг; инертность малого (медицинского) бизнеса в реализации и защите прав; приоритет защиты интересов потребителя на рынке медицинских услуг. Тем самым медицинский бизнес объективно испытывает потребность в получении возможностей защиты своих интересов, в существовании взвешенных правил, выравнивающих перекос в сторону приоритета прав потребителей в той сфере, в которой профессиональное воздействие на здоровье не имеет юридических отличий от посягательства, в которой правомерность такого воздействия нужно доказывать в отсутствие прямых указаний в законе.

Уровень законопослушности медицинского бизнеса не отличается от такового в других сферах малого бизнеса, т.е. тенденции укрывательства доходов от налогообложения присутствуют и различаются в зависимости от сегмента рынка, будучи максимальны в индустрии красоты (оплата обычно производится непосредственно врачу – косметическому хирургу). Уровень законопослушности потребителей медицинских услуг также не отличается от такового в популяции. Отличие лишь в том, что товар без оплаты потребитель приобрести не сможет, а в силу неопределенности и неосвязаемости услуг потребитель нередко стремится сэкономить на их оплате, с одной стороны, и оспорить их цену или обнаружить несуществующие недостатки – с другой.

Уровень коррупции в медицинском бизнесе существенно выше такового в других сферах бизнеса. Это обусловлено, во-первых, ассоциированностью лицензии на осуществляемый организацией вид медицинской деятельности и местом размещения производства медицинских услуг. Потеря права аренды или неспособность платить повышающуюся арендную плату означает утрату лицензии и – обычно – прекращение бизнеса. В свою очередь это обусловлено, во-вторых, избыточностью законных и незаконных требований (санитарных, противопожарных и т.д.) к месту размещения производства медицинских услуг. Такая же избыточность характерна для законных и незаконных требований, в-третьих, к персональной документации работников медицинской организации. Сертификат

специалиста, не находящий места в системе документов об образовании, не требуется при лицензировании никакой другой деятельности, кроме медицинской. Избыточное дробление медицинских специальностей приводит к отсутствию стимула работников медицинской организации осваивать смежные специальности, поскольку работать по ним можно только заручившись сертификатом специалиста. И если врач владеет пятью-восемью специальностями, из-за бюрократических препон он предпочтет работать по ним нелегально под прикрытием единственного сертификата или не работать вообще. Ситуация усугубляется, в-четвертых, избыточностью требований к применяемой аппаратуре, когда порой медицинской организации легче регулярно приобретать новую, чем ремонтировать имеющуюся или подвергаться бесконечным проверкам, плодя ворохи дополнительных документов. Кроме того, в-пятых, не только избыточность медицинских специальностей работников, соответствующая числу необходимых лицензий, но и неизбежно применяемая по этим специальностям аппаратура требует лицензирования деятельности с ней – например, стоматология по всем специальностям и работа с радиовизиографом. В-шестых, корруптогенным фактором является фактическая сложность соблюдения законных и незаконных процедурных и документальных требований лицензирующих органов, существенно отличающаяся от установленных законом. В-седьмых, другим таким фактором являются проверки, решение о проведении или о результатах которых зависит от усмотрения должностных лиц (не только лицензирующих, но и многочисленных других государственных и муниципальных органов).

Иными словами, законопослушностью не обладают органы управления здравоохранением и другие государственные и муниципальные органы, чтобы можно было ожидать большей законопослушности от медицинского бизнеса, а создание искусственных препон при лицензировании медицинской деятельности не может не повышать уровень коррупции в административных процедурах лицензирования и проведения проверок медицинских организаций в последующем.

Помимо этого медицинский бизнес в государстве противопоставляется государственному и муниципальному здравоохранению, искусственно от него обособленному в силу существования государственных и муниципальных учреждений и нерыночных бюджетно-внебюджетных механизмов их финансирования с неосновательным выделением «платных» медицинских услуг. Изначальный замысел такого деления, что учреждения здравоохранения и частные медицинские организации оказывают разные медицинские услуги, порочен по сути. Это опровергается тем, что, например, в стоматологии – наиболее рыночно развитой сфере – услуги учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций идентичны. Отсюда и оплата медицинских услуг для учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций должна быть единообразной. Это подтверждается тем, что частные медицинские организации наравне с учреждениями здравоохранения участвуют в программах обязательного медицинского страхования.

Осознание государством опрометчивости такого деления происходит уже, хотя не с позиций признания медицинских услуг уделом медицинского бизнеса, а с позиций ощущения тягот бремени содержания учреждений здравоохранения за счет средств казны. Учреждения здравоохранения, как и остальные учреждения бюджетной сферы, не относящиеся к механизму государства (не являющиеся государственными органами) и осуществляющие экономическую деятельность планируется вывести за пределы государства, т.е. реорганизовать, преобразовав в частные медицинские ор-

ганизации. Однако эти меры способны существенно раскатать ситуацию на рынке медицинских услуг, резко изменив конъюнктуру в сторону преобладания неконкурентоспособных организаций – бывших учреждений здравоохранения. Это может весомо затронуть существующий медицинский бизнес, в силу отсутствия кризисной устойчивости не готовый к конъюнктурным изменениям на рынке.

**Социальными факторами рынка медицинских услуг** являются: сохранение иждивенческого отношения граждан к здравоохранению, увеличение среднего возраста населения, расслоение граждан по уровню доходов при негативном их отношении к бизнесу, сформированном в пору «дикого» капитализма 90-х годов. На таком фоне существование медицинского бизнеса рассматривается гражданами как площадка незаконного отъема денег за то, что ничего не стоит. Медицинскому бизнесу ими противопоставляется бесплатное здравоохранение, несмотря на порочность его устройства и фактическую платность.

**Технико-технологические факторы рынка медицинских услуг** таковы: рост цены информации обгоняет скорость повышения цен на другие нематериальные и материальные активы; нематериальные активы становятся основным производственным фактором (материальные активы позволяют лишь реализовать заложенный потенциал); скорость в технологиях обеспечивает конкурентное преимущество. Это происходит, прежде всего, в сфере производства. Так, бум клеточной терапии (терапии стволовыми клетками) надолго обогнал официальное ее признание Минсоцздравом. Те же инновационные процессы нарастают в сфере управления, подталкивая государство к их законодательной ассимиляции. Если в мире практика сертификации систем управления качеством (по сути – качества управления) приобрела тотальный характер, с обычным опозданием, но и в России был принят закон «О техническом регулировании», убирающий ветхозаветные барьеры отмененных законов «О стандартизации» и «О сертификации продукции и услуг». Инновации коснулись и сферы реализации (маркетинга). Нарастает спрос на концессионные названия (франчайзинг), повысилась обращаемость в Патентное ведомство за регистрацией товарных знаков (знаков обслуживания) и патентов на изобретения, в том числе в медицинской сфере. Наряду с материализованными объектами, информация и иные объекты гражданских прав, в отношении которых законодательством Российской Федерации установлена возможность их участия в гражданском обороте, стали доступны имущественной оценке в соответствии с законом «Об оценочной деятельности»(121).

Для целей диверсификации рынка медицинского бизнеса STEP-анализ имеет большое значение. Он дает представление об общих основах организации товарного производства в экономическом обороте медицинских услуг. Без этого невозможны иные способы анализа рынка и позиционирования на нем хозяйствующих субъектов.

В соответствии с данными STEP-анализа можно выделить следующие основополагающие критерии диверсификации рынка медицинского бизнеса:

1. по степени жизнеспособности хозяйствующего субъекта;
2. по продажным характеристикам продукции (медицинских услуг).

### **Диверсификация рынка медицинского бизнеса по степени жизнеспособности хозяйствующего субъекта.**

Схема жизненного цикла хозяйствующего субъекта, предложенная Ицхаком Адизе-сом, демонстрирует, что каждому из них предстоит пройти свой путь:



Известно, что при открытии предприятия “с нуля” в среднем “выживает” 15-20% хозяйствующих субъектов в целом. Очевидно, в медицинском бизнесе показатель выживания хозяйствующих субъектов значительно ниже.

Большинство организационных патологий отечественный бизнес унаследовал от советской культуры управления. Самые застарелые и тяжелые из них следующие (64, С.13):

- неумение работать с будущим;
- демотивирующий стиль руководства; отсутствие системы мотивации персонала; подмена ценностей и приспособленчество;
- самоцентризм руководителей; прямое участие владельцев в управлении бизнесом; предметное отставание руководства; узаконенный примитивизм; пониженная/повышенная реакция топов бизнеса на возмущающие воздействия;
- рассеивание целей; отсутствие регламента самоопределения бизнеса (миссии).
- инновационная незавершенка; отсутствие ресурсов, соответствующих маркетинговым желаниям;
- отсутствие командности; наличие внутренних регрессивных процессов (вырождение команды);
- неразвитая клиентная ориентация; отсутствие клиент-ориентированной модели бизнеса; пренебрежение PR и игнорирование регрессивных имиджевых тенденций;
- а отсюда низкая управляемость и слабая динамичность организации.

Помимо общих, медицинский бизнес страдает специфическими организационными патологиями.

Очень немногие медицинские организации имеют недвижимость в собственности. Абсолютное большинство площади арендует. Привязанность же лицензии к площадям, на которых размещается медицинская организация, ставит ее в зависимость от усмотрения арендодателя. Диктат арендодателя в части повышения арендной платы – не редкость.

В силу малой ликвидности активов медицинский бизнес обладает низкой кризисной устойчивостью. Еще больше ее снижает его неспособность к конверсии, т.е. к перепрофили-

рованию производства на осуществление иной, немедицинской деятельности, поскольку медицинское оборудование по другому назначению использоваться не может.

Несмотря на то, что некоторые медицинские организации имеют десяти-пятнадцатилетнюю историю существования, немногие из них сдают безубыточные балансы. Практически все медицинские организации ведут двойную бухгалтерию. В значительной степени это обусловлено диктатом сотрудников, в меньшей мере – коррупционным диктатом должностных лиц государственных и муниципальных органов. Нередки и избыточные аппетиты учредителей и руководителей медицинских организаций. Не во всех случаях «сэкономленные» таким образом средства обращаются на цели расширенного воспроизводства. Ориентация на высвобождение наличных средств для выплаты «серой» зарплаты, коррупционного оброка и т.д. приводит к тому, что перед медицинской организацией закрываются возможности развития: кредит в банке не получить, поскольку существующими активами он обеспечен быть не может, а роста активов не происходит.

Неразвитость медицинского бизнеса обусловлена также и дихотомией управления: руководители медицинских организаций за редким исключением – медики (врачи), а бизнес требует не врачебного, а управленческого мышления, которым обладает (или стремится обладать) редкий из них. Более того, как правило, руководитель медицинской организации (он же обычно ее учредитель) не оставляет и врачебной практики. В результате вопросам управления медицинской организации им уделяется внимание в рамках медицинского понимания и времени, остающегося от медицинской практики. Для него образ жизни – не бизнес, а медицина. Он – медик в бизнесе, а не бизнесмен в медицине. Последствия же вытекают из его позиционирования в бизнесе, а не в медицине. И эти последствия отражаются на бизнесе – на благополучии организации, благополучии людей, в ней работающих, и, в конечном счете, на его личном благополучии.

Такой руководитель хочет не знать об управлении бизнесом, предпочитая раздавать взятки, вести двойную бухгалтерию, обрекая свою организацию и работающих в ней сотрудников владеть жалкое существование – лишь бы сохранить свою позицию в медицине. Нередко именно этим обусловлен короткий жизненный цикл медицинской организации, объективно имеющей все перспективы куда более длительного жизненного цикла. Именно этим обусловлена ригидность такого руководителя в отношении к управлению, повышению его эффективности, оптимизации деятельности организации. Для него отказаться от неэффективной структуры организации, призрачного менеджмента и привычной видимости бизнеса невозможно, как невозможно отказаться от медицинской практики. Он не ставит перед собой вопрос, в чем он хочет состояться: в бизнесе или в иллюзиях о бизнесе. Это своего рода самодостаточность в несостоятельности. Отсюда вопрос о перспективах бизнеса перед ним возникнуть не может, поскольку отсутствует мотивация движения к деловой (а не медицинской) самоидентификации, осознания себя в бизнесе.

Сохранению такой бизнес-инфантильности менеджмента медицинских организаций способствует слабая конкуренция на рынке медицинских услуг. Возрастание конкуренции может привести либо к актуализации менеджмента, либо к ликвидации медицинского бизнеса. Прогнозировать перспективы этих взаимоисключающих процессов на данном этапе развития медицинского бизнеса невозможно.

Кроме того, поскольку хозяйствующие субъекты различаются организационно-правовой формой, а медицинская специфика экономической деятельности порождает разные

типы производственного процесса (4), соответствие организационно-правовой формы типу производственного процесса в медицинской организации также детерминирует ее выживаемость, устойчивость к кризисным факторам.

Помимо этого, значительную роль играет соответствие организационно-правовой формы и типа производственного процесса применяемой в медицинской организации системе налогообложения. Нередко показателям хозяйственной деятельности соответствует один вариант упрощенной системы налогообложения, а применяется другой, или применяется обычная система налогообложения там, где требуется упрощенная, либо наоборот.

Наконец, еще одним фактором, влияющим на выживаемость медицинского бизнеса, является владение информацией. Информация нужна многообразная, о многочисленных субъектах и объектах, о различных транзакциях, обстоятельствах, событиях на рынке и т.д. Вне зависимости от того, что в силу незрелости менеджмента медицинский бизнес не испытывает в настоящее время информационный голод, существует информационный вакуум практически обо всех явлениях, о которых нужно иметь информацию.

Таким образом, диверсификация рынка медицинского бизнеса по степени жизнеспособности хозяйствующих субъектов в настоящее время не дает представления, какие из них в зависимости от каких организационно-корпоративных факторов имеют или не имеют реальную перспективу выживания и развития. По приведенным критериям будущего у организаций медицинского бизнеса на сегодняшний день нет. Это означает, что организации, которые будут существовать в будущем, скорее всего, еще не появились, а те, что есть – если созреют для существования в будущем. Это позволяет также сделать примерный рыночный портрет медицинской организации будущего. Это, во-первых, организация, имеющая в собственности площади размещения или арендуемая их на тем или иным образом компенсирующихся условиях. Это, во-вторых, организация, сплоченная целевой общностью развития, которой командно объединены руководство, менеджмент и персонал и которой подчинены выбор организационно-правовой формы, системы налогообложения, системообразование производственного и других происходящих в ней процессов. В-третьих, это организация, способная перерабатывать информацию, создавая новую, т.е. постоянно совершенствующаяся на гребне многообразной обновляющейся информации, открытая для инноваций как медицинских, так и хозяйственных.

По мере такого рода изменений хозяйственной среды рынка медицинского бизнеса его диверсификация по степени жизнеспособности хозяйствующих субъектов станет актуальной, поскольку позволит выяснить факторы подобной жизнеспособности.

### **Диверсификация рынка медицинского бизнеса по продажным характеристикам продукции (медицинских услуг).**

Основным фактором диверсификации рынка медицинского бизнеса по продажным характеристикам продукции является уровень ликвидности медицинских услуг.

Основополагающей характеристикой уровня ликвидности товара является постоянное желание и готовность продавцов и покупателей заключать между собой сделки, предметом которых является данный товар. Косвенным свидетельством высокой ликвидности товара может служить большое количество сделок с ним в течение небольшого промежутка времени (Википедия).

Ликвидность медицинских услуг рознится в довольно широком диапазоне: наиболее ликвидны услуги стоматологические и косметологические, наименее – травматологические и т.п.

Медицинские услуги – в отличие от других услуг и товаров немедицинского назначе-



ния – обладают также характеристиками курсовой ликвидности. Так, лечение у онколога складывается из длительного курса медицинских услуг; физиотерапия состоит из 10-12 процедур в пределах услуги одного вида, а услуг может быть несколько, и т.д. А хирургическое вмешательство, несмотря на объемность – являет собой единичную – пусть даже комплексную – услугу. Эти услуги по отдельности могут быть ликвидны, а вместе – недоступны по величине оплаты, и, напротив, по отдельности могут быть неликвидны, а вместе – становятся ликвидными.

В медицине большое значение имеет статистика заболеваемости. В пределах заболеваемости можно прогнозировать и рассчитать востребованность соответствующих медицинских услуг. Однако расчетная востребованность и реальная обращаемость – не одно и то же. Рост цен в стоматологии показывает, что многие обращаются тогда, когда уже не в силах дальше терпеть, но и лечить уже поздно. Медицинский аспект востребованности и платежный аспект обращаемости за медицинской помощью не совпадают. А это – вопрос реструктуризации схем и способов оплаты медицинских услуг.

Кроме того, востребованность медицинских услуг складывается не из потребностей в медицинской помощи, а из оплачиваемых возможностей тех, кто эти услуги оказывает. Можно прогнозировать, какая потребуется медицинская помощь при соответствующей заболеваемости, но трудно предугадать, какими силами она может быть оказана в рамках каких медицинских услуг.

Если в государственном и муниципальном здравоохранении медицинской услугой признается койко-день (в стационаре) или посещение (в поликлинике), то медицинский бизнес не может себе позволить обобщений и расточительности. Все имеет свою цену. Цену (различающуюся!) по отдельности имеют медицинские услуги, услуги размещения, услуги общественного питания и т.д. в стационаре. Напротив, медицинский бизнес не может себе позволить противозаконное навязывание услуг потребителю, обуславливая приобретение одной услуги приобретением другой, а отсюда – например, «профилактический» осмотр гинекологом при обращении по поводу ОРЗ и т.п. Кроме того, услуги врачебные и услуги послеоперационного выхаживания и медицинского ухода также различны – по содержанию, по оплате, по правовым последствиям и т.д.

В обиходе никто не станет покупать контейнер кукол, мандаринов, одежды, огурцов, письменных принадлежностей и слесарных инструментов как единый товар. Равным образом, никто не обратится в банк с поручением приобрести на деньги по вкладу круиз, телевизор и трюмо. В медицине – не наоборот.

Отсюда встают вопросы о диверсификации, во-первых, медицинских услуг; во-вторых, бизнес-специализации тех, кто их оказывает.

Диверсификация медицинских услуг как создание ассортимента товаров, различающихся своими характеристиками и параметрами, обособление медицинских услуг от сопутствующих немедицинских, реструктуризация схем и способов их оплаты – удел хозяйствующего субъекта.

Диверсификация бизнес-специализации хозяйствующих субъектов состоит в том, чтобы каждый занимался тем и в том узком сегменте медицинской деятельности, который ему лучше всего удастся. В 80-е годы прошлого века журналист Зорий Балаян, с которым в командировке в США приключился сердечный приступ, удивлялся, что в госпитале существует специалист по удалению дренажных трубок. Фактически то же востребовано современным отечественным рынком медицинских услуг. Если у нас все время медицина выстраивалась по иерархии врач – медицинская сестра – санитарка, то в тех же США и

остальных странах профессия медицинской сестры является самостоятельной и независимой от профессии врача. Повсеместно существуют technicians – что-то среднее между фельдшером и техником, а также парамедики. Какая необходимость сохранять субординационную иерархичность в медицине, если рынком востребована координация в многообразии? Разве не могут существовать организации только из числа медицинских сестер? Институт парамедиков и медицинских техников также имеет право на существование. Если Министерство продолжает плодить узкую специализацию медицинских работников, это только во вред потребностям рынка. Такого рода специализация должна легализовываться в верхах от возникновения в низах, а не наоборот.

Себестоимость производства медицинских услуг также имеет значение для диверсификации рынка, особенно при диверсификации их ассортимента. Важно не путать себестоимость самой услуги и необходимость включения в нее стоимости амортизации используемой аппаратуры (оборудования, инструментария и т.д.), особенно не штатной, а эксклюзивной. Так, в цену диагностической услуги с использованием компьютерного томографа, стоящего многие миллионы долларов, включается ее немалая себестоимость-нетто (квалифицированный труд специалистов, способных провести и интерпретировать результаты исследования), а также себестоимость-брутто (с учетом стоимости амортизации аппаратуры), и плюс добавленная стоимость, оправдывающая экономическую выгоду хозяйствующего субъекта. Напротив, себестоимость услуги психиатра (нарколога, психотерапевта) включает только оправдание его профессионализма, поскольку использования дорогого оборудования не требует.

Следует обратить внимание, что себестоимость производства медицинских услуг не связана с их ликвидностью: высоколиквидными могут быть медицинские услуги с низкой себестоимостью производства и низколиквидными – с высокой. Диверсификация рынка по этому параметру позволяет выяснить реальную долю и реальную востребованность подобных медицинских услуг, а отсюда – найти пути их уравнивания.

Наконец, еще одним важным фактором – по существу, суммирующим остальные – является уровень рентабельности хозяйствующих субъектов в зависимости от продажных качеств медицинских услуг. Может быть так, что высоколиквидные услуги занимают много времени и (или) вовлекают практически все ресурсы медицинской организации, и, напротив, низколиквидные услуги – являются краткими и не требуют много ресурсов. А может быть так, что услуги с низкой себестоимостью продолжительны, а с высокой – нет.

Значение влияния перечисленных факторов в мире известно: до 1970 года в США больницы страдали от избытка пациентов. Но в начале 70-х ситуация резко изменилась – больных стало поступать меньше, сократилось число человеко-дней загрузки коек. При наличии высоких постоянных издержек и растущей стоимости рабочей силы сокращение контингента больных ознаменовал переход от рентабельности к убыточности. Стало понятно, что больницы больше не в силах предлагать все виды медицинской помощи сразу, поскольку это приводило к дублированию дорогостоящего оборудования и услуг и неполному использованию имеющихся возможностей из-за недостаточного оборота оборудования и низкой функциональной нагруженности штатов. И больницам пришлось сознательно перепрофилироваться и специализироваться в качестве кардиологических, педиатрических, ожоговых, психиатрических и пр. (33).

Еще одним фактором диверсификации рынка медицинских услуг является уровень конкуренции. Конкуренция является мощным инструментом самоорганизации рынка и

оптимизации цен. Однако в настоящее время в России медицинские организации осуществляют деятельность практически в бесконкурентной среде.

Таким образом, диверсификация рынка медицинского бизнеса по продажным характеристикам продукции (медицинских услуг) имеет большую перспективу, не начавшую реализовываться в настоящее время. По факторам себестоимости, ликвидности медицинских услуг, их детерминирующего влияния на рентабельность медицинских организаций по мере процессов диверсификации медицинских услуг и бизнес-специализации тех, кто их оказывает, а также формирования и развития конкурентной среды диверсификация рынка медицинского бизнеса в будущем станет демонстративной.

В целом, диверсификация рынка медицинских услуг создает информацию, необходимую для позиционирования на нем новых хозяйствующих субъектов или репозиционирования существующих, для целей регулирования этого рынка, а также для целей управления средствами государственной казны в интересах потребителей в будущем, когда эти средства будут размещаться в предпринимательском обороте.

## Глава 4. Управление медицинскими организациями

### § 4.1. Состояние управления медицинскими организациями<sup>20</sup>

Экономика – это развивающаяся в рамках общественно-исторической формации на базе сложившихся производительных сил и производственных отношений стратегия и тактика хозяйственной деятельности, охватывающие все звенья товарного производства, распределения, товародвижения и потребления материальных благ (Глоссарий.ру). Различают нерыночную, свойственную, в основном, тоталитарным режимам, и рыночную экономику, обладающую свойствами саморегулирования.

Рыночная экономика - форма экономической организации, при которой координация действий осуществляется на основе взаимодействия на рынках свободных частных производителей и свободных индивидуальных потребителей (Глоссарий.ру). Рыночная экономика основана на принципах:

- свободного предпринимательства;
- многообразия форм собственности на средства производства;
- рыночного ценообразования;
- договорных отношений между хозяйствующими субъектами;
- ограниченного вмешательства государства в хозяйственную деятельность.

Чтобы оперировать масштабными агрегированными экономическими показателями, сформировалось понятие макроэкономики. Макроэкономика - раздел экономической науки, изучающий поведение экономики как единого целого, которое составляет совокупность экономических агентов, и закономерности взаимодействия совокупных величин общего уровня цен и безработицы, общего потребления и инвестиций, общего спроса и общего предложения, а также их влияние на изменения объема производства и на экономический рост (Глоссарий.ру). Тоталитарные государства вбирают в себя экономику страны, и достаточно только ее отражения в нормативно-распределительных показателях макроэкономики.

В условиях рыночной экономики масштабные агрегированные экономические показатели складываются из показателей экономической деятельности единичных товаропроизводителей в отношениях с потребителями. Изучение поведения отраслей, фирм, домохозяйств и других экономических единиц, а также их взаимодействия на рынках, в результате которого формируются цены на конкретные товары и услуги и на факторы производства, отнесено к сфере микроэкономики (Глоссарий.ру). Одновременно изучение поведения и интересов индивидуальных экономических агентов в рыночных или нерыночных условиях как “экономика физических лиц” предложено отнести к сфере наноэкономики (31). Взаимодействие же на рынках субъектов экономической деятельности устойчиво относится к сфере мезоэкономики. Поэтому в сфере микроэкономики непременно остается лишь хозяйствующий субъект, в его автономной целостности экономической системы.

Микроэкономика как развивающаяся в механизме организации отдельно взятого товаропроизводителя на базе сложившихся производительных сил и производственных отношений стратегия и тактика хозяйственной деятельности, охватывающие все звенья товарного производства, распределения, товародвижения и потребления материальных благ, приобретает ясное понимание.

---

<sup>20</sup> Иванников Н.Ю., Иванов А.В., Тихомиров А.В. Состояние управления медицинскими организациями // Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 1. – С.??-??

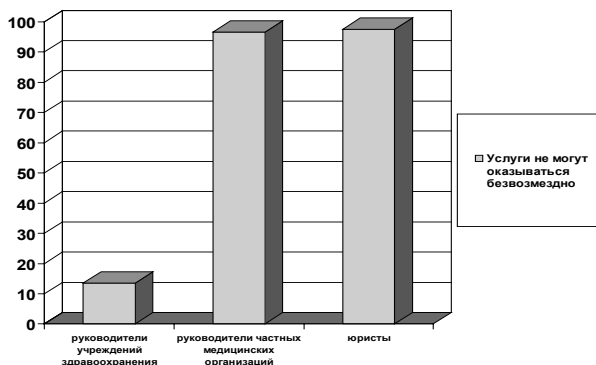
В здравоохранении сложилось два разновеликих поля экономики: нерыночной нормативно-распределительной – для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и рыночной – для частных медицинских организаций. И если государственные и муниципальные учреждения здравоохранения являются лишь пассивными исполнительными единицами создания макроэкономики здравоохранения, то частные медицинские организации, как активные микроэкономические единицы действуя в мезоэкономическом пространстве сферы охраны здоровья, участвуют в создании общей макроэкономики страны, от которой обособлена макроэкономика здравоохранения. Если частные медицинские организации как товаропроизводители ориентированы на рыночные отношения с потребителями, являющимися одновременно плательщиками за медицинские услуги, то государственные и муниципальные учреждения здравоохранения ориентированы на нерыночные отношения с государством в качестве плательщика. Иными словами, если для частных медицинских организаций в центре отношений находится продукт реализации, услуга (вне зависимости от того, является ли плательщиком сам потребитель или третьи лица в его пользу), то для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения – оплата, никак не связанная ни с характеристиками продукта, ни с его потребителем.

Тем самым, характеристики деятельности государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций различаются.

Выяснению этих различий были посвящены ранее проведенные социологические исследования по результатам анкетирования 193 руководителей учреждений здравоохранения и 198 руководителей частных медицинских организаций, а также 118 юристов общего профиля. Поскольку юристы выражают не субъективную точку зрения, а знание объективного права, закона, соответствие или несоответствие их мнениям мнений руководителей медицинских организаций, как и расхождение последних между собой, отражает истинное положение дел.

Выборка из этих исследований продемонстрировала структуру подобных различий (78, 80, 85, 94):

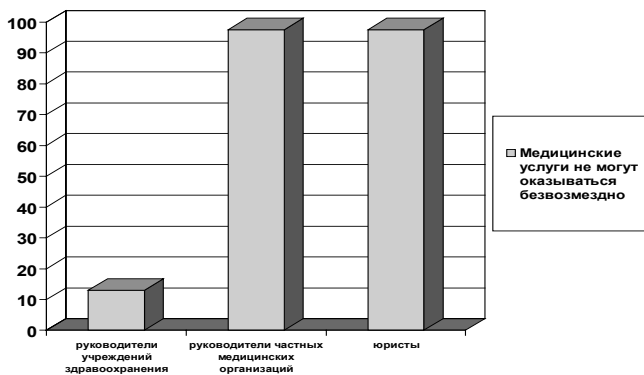
1. На вопрос, могут ли услуги оказываться безвозмездно, безусловно утвердительно высказалось 38,3% руководителей учреждений здравоохранения. Большинство из них (48,2%) считает, что безвозмездно могут оказываться социально значимые (государственные и муниципальные, бюджетные) услуги. Отрицательно ответило 13,5% респондентов.



На тот же вопрос отрицательно высказалось 96,5% респондентов из числа руководителей частных медицинских организаций. Единицы (1,0%) считают, что безвозмездно могут оказываться социально значимые (государственные и муниципальные, бюджетные) услуги. Утвердительно не ответил ни один из респондентов.

По тому же вопросу отрицательно высказалось 97,5% юристов. Лишь 2,5% респондентов полагает, что услуги могут оказываться безвозмездно, но никто не счел оправданием безвозмездности социально значимый характер услуг.

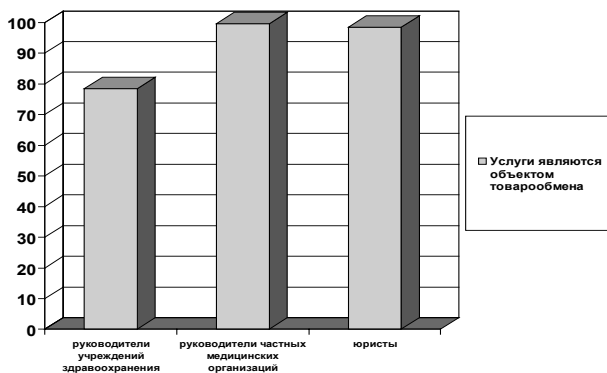
2. На вопрос, могут ли медицинские услуги оказываться безвозмездно, большинство руководителей учреждений здравоохранения (65,8%) ответило: да, поскольку бесплатная медицинская помощь гарантирована государством. Отрицательно высказалось 13,0%.



На тот же вопрос большинство респондентов (97,5%) из числа руководителей частных медицинских организаций ответило отрицательно. Лишь один из них (0,5%) высказался утвердительно, поскольку бесплатная медицинская помощь гарантирована государством.

По тому же вопросу большинство юристов (97,5%) ответило отрицательно. Посчитало возможным безвозмездное оказание медицинских услуг, поскольку бесплатная медицинская помощь гарантирована государством, лишь 2,5% респондентов.

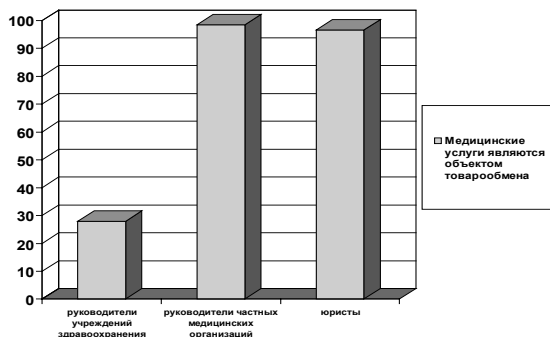
3. На вопрос, являются ли услуги объектом товарообмена, 78,4% руководителей учреждений здравоохранения ответило утвердительно. Не считает услуги объектом товарообмена 6,7% респондентов.



На тот же вопрос 99,5% респондентов из числа руководителей частных медицинских организаций ответило утвердительно. Не было респондентов, кто не считает услуги объектом товарообмена.

По тому же вопросу 98,4% юристов ответило утвердительно. Среди них было лишь 0,8% таких, кто не считает услуги объектом товарообмена.

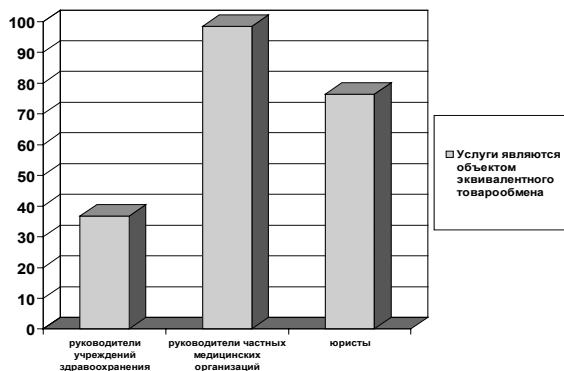
4. На вопрос, являются ли медицинские услуги объектом товарообмена, относительное большинство руководителей учреждений здравоохранения (28,0%) ответило утвердительно. Отрицает это, поскольку медицинские услуги оказываются в порядке медицинской помощи, 30,1% респондентов. Мнения, что медицинские услуги не являются объектом товарообмена, если они оказываются в системе ОМС, придерживается 18,1% респондентов. Если медицинские услуги оказываются учреждениями здравоохранения, их не считает объектом товарообмена 9,8% респондентов.



На тот же вопрос респонденты из числа руководителей частных медицинских организаций большинством (98,5%) ответили утвердительно. Отрицает это, поскольку медицинские услуги оказываются в порядке медицинской помощи, 0,5% респондентов. Мнения, что медицинские услуги не являются объектом товарообмена, если они оказываются в системе ОМС, придерживается также 0,5% респондентов. Если медицинские услуги оказываются учреждениями здравоохранения, их не признает объектом товарообмена 0,5% респондентов.

По тому же вопросу большинство юристов (96,6%) ответило утвердительно. Утверждающих обратное, т.е. что медицинские услуги не являются объектом товарообмена, поскольку они оказываются в порядке медицинской помощи, было 1,8%; поскольку оказываются в системе ОМС – 0,8%. Никто из респондентов не полагает, что медицинские услуги не являются объектом товарообмена, поскольку оказываются учреждениями здравоохранения.

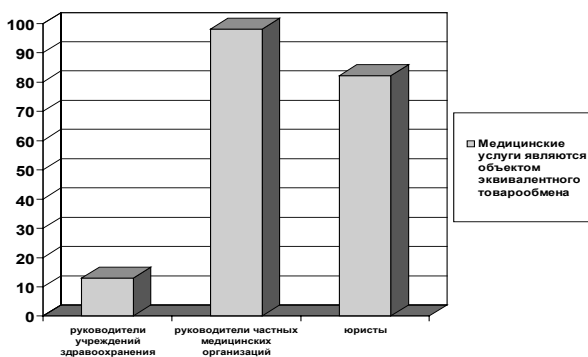
5. На вопрос, являются ли услуги объектом эквивалентного товарообмена, большинство руководителей учреждений здравоохранения (48,2%) ответило отрицательно, а 36,8% высказалось: да, поскольку должны обеспечивать добавленную стоимость и расширенное воспроизводство.



На тот же вопрос большинство респондентов из числа руководителей частных медицинских организаций (98,5%) высказалось: да, поскольку должны обеспечивать добавленную стоимость и расширенное воспроизводство. Ответило на этот вопрос отрицательно 0,5% респондентов.

На вопрос, являются ли услуги объектом эквивалентного товарообмена, большинство юристов (76,3%) высказалось: да, поскольку должны обеспечивать добавленную стоимость и расширенное воспроизводство. Отрицающих это среди респондентов было 22,9%.

6. На вопрос, являются ли медицинские услуги объектом эквивалентного товарообмена, безусловно утвердительно ответило 13,0% руководителей учреждений здравоохранения. Остальные по преимуществу высказались отрицательно: поскольку медицинские услуги являются социально значимыми (27,5%); если медицинские услуги оказываются учреждениями здравоохранения (25,9%); если медицинские услуги оказываются в системе ОМС (24,4%).

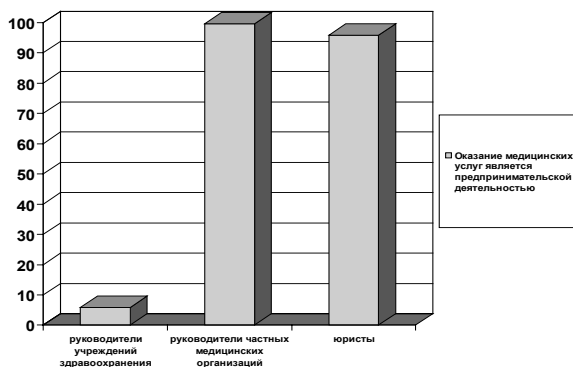




На тот же вопрос безусловно утвердительно ответили 98,0% респондентов из числа руководителей частных медицинских организаций. Отрицательно высказались немногие: поскольку медицинские услуги являются социально значимыми и если медицинские услуги оказываются в системе ОМС – по 0,5%. Никто из респондентов не считает, что медицинские услуги не являются объектом эквивалентного товарообмена, если оказываются учреждениями здравоохранения.

По тому же вопросу безусловно утвердительно ответило 82,2% юристов. Высказавшихся отрицательно, поскольку медицинские услуги являются социально значимыми – 9,4%, оказываются учреждениями здравоохранения -2,5% или оказываются в системе ОМС – 1,7%.

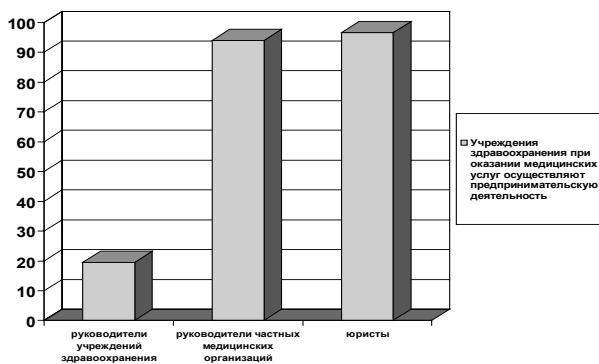
7. Оказание медицинских услуг считает деятельностью безусловно предпринимательской лишь 5,9% руководителей учреждений здравоохранения. Безусловно непредпринимательской деятельность по оказанию медицинских услуг признает 3,9% респондентов. Остальные по преимуществу полагают эту деятельность предпринимательской или непредпринимательской в зависимости либо от того, кто их оказывает (19,6%), либо от того, платные они или бесплатные (68,6%).



Оказание медицинских услуг считает деятельностью безусловно предпринимательской 99,5% руководителей частных медицинских организаций. Деятельность по оказанию медицинских услуг безусловно непредпринимательской, как и предпринимательской или непредпринимательской в зависимости от того, кто их оказывает, либо от того, платные они или бесплатные, не признает никто из респондентов.

Оказание медицинских услуг считает деятельностью безусловно предпринимательской 95,8% юристов. Безусловно непредпринимательской деятельностью по оказанию медицинских услуг считает 3,4% юристов, предпринимательской или непредпринимательской в зависимости от того, платные они или бесплатные – 0,8%. Никто из респондентов не ставит характер такой деятельности в зависимость от того, кто оказывает услуги.

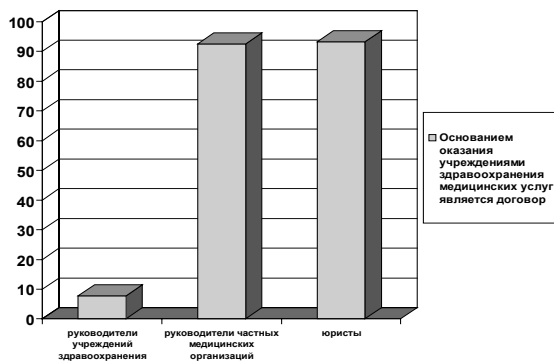
8. С тем, что учреждения здравоохранения при оказании медицинских услуг осуществляют деятельность предпринимательскую, согласно 19,6% руководителей учреждений здравоохранения. Остальные по преимуществу (76,5%) считают такую деятельность непредпринимательской.



С тем, что учреждения здравоохранения при оказании медицинских услуг осуществляют деятельность предпринимательскую, согласно 94,0% руководителей частных медицинских организаций. Очень немногие (1,5%) считают такую деятельность непредпринимательской.

С тем, что учреждения здравоохранения при оказании медицинских услуг осуществляют деятельность предпринимательскую, согласно 96,6% юристов. Считающих такую деятельность непредпринимательской – 3,4%.

9. На вопрос, на каком основании учреждения здравоохранения оказывают медицинские услуги, мнения руководителей учреждений здравоохранения разделились. Абсолютное большинство респондентов (72,6%) полагает, что медицинские услуги учреждения здравоохранения оказывают по заданию государства или муниципального образования; 15,7% - что по заданию собственника; 7,8% - что по договору с заказчиком; 3,9% - что в порядке поставки для государственных нужд.



На тот же вопрос большинство руководителей частных медицинских организаций (92,4%) полагает, что медицинские услуги учреждения здравоохранения оказывают по договору с заказчиком; 3,5% - что по заданию собственника; 0,5% - что по заданию государства или муниципального образования. Никто из респондентов не полагает, что учреждения здравоохранения оказывают медицинские услуги в порядке поставки для государственных нужд.

По тому же вопросу юристы большинством (93,2%) считают - по договору с заказчиком. Полагающих, что медицинские услуги учреждения здравоохранения оказывают по заданию государства или муниципального образования – 5,1%, по заданию собственника – 1,7%. Никто из респондентов не считает, что услуги учреждения здравоохранения оказывают в порядке поставки для государственных нужд.

Таким образом, по вопросам о товарной форме услуги единообразный выбор между возмездным и безвозмездным оказанием услуг вообще и медицинских в частности в качестве объекта товарообмена вообще и объекта эквивалентного товарообмена в частности руководители учреждений здравоохранения сделать не смогли, а руководители частных медицинских организаций – вполне консолидированы:

- не могут оказываться безвозмездно услуги вообще (96,5%) и медицинские услуги в частности (97,5%);

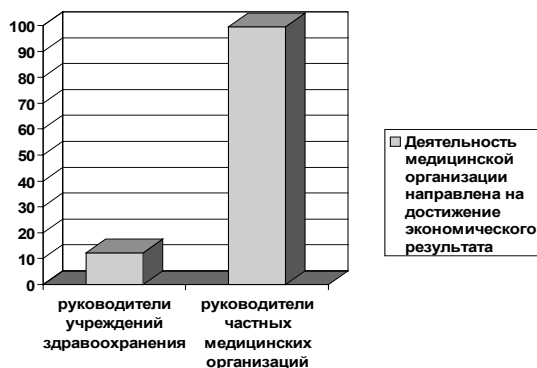
- объектом товарообмена являются услуги вообще (99,5%) и медицинские услуги в частности (98,5%).

Как показало исследование в целом, о характеристиках деятельности медицинских организаций руководители учреждений здравоохранения и руководители частных медицинских организаций имеют различающиеся, зачастую противоположные представления. Руководителями учреждений здравоохранения придается приоритет не хозяйственным функциям возглавляемых организаций, а функциям здравоохранения в целом как социального и публичного института. Руководители частных медицинских организаций не ориентированы в сфере деятельности учреждений здравоохранения, но ориентированы в своей сфере деятельности. Руководители частных медицинских организаций зачастую имеют более устойчивые представления о предмете своей деятельности, чем юристы. Напротив, руководители учреждений здравоохранения не ориентированы ни в своей сфере деятельности, ни в сфере деятельности частных медицинских организаций.

Несмотря на единый (медицинский) характер деятельности, для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и для частных медицинских организаций различаются также и характеристики управления этой деятельностью.

Продемонстрировала структуру подобных различий выборка из проведенных нами социологических исследований (90, 91, 92) по результатам анкетирования (по вопросам с неальтернативными вариантами ответов) 219 руководителей учреждений здравоохранения и 198 руководителей частных медицинских организаций:

1. На вопрос, на достижение какого результата направлена деятельность медицинской организации: медицинского, социального, экономического или иного, абсолютное большинство руководителей учреждений здравоохранения (77,2%) таковым считает социальный результат, несколько меньше (59,4%) – медицинский. Почти треть респондентов (30,1%) полагает, что медицинская организация осуществляет деятельность с результатом иным, чем обозначено в предложенных вариантах ответов. Лишь почти каждый восьмой респондент (12,3%) считает, что деятельность медицинской организации направлена на достижение экономического результата.



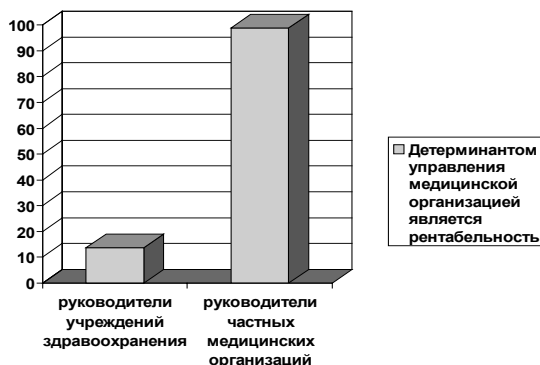
На тот же вопрос руководители частных медицинских организаций в абсолютном большинстве (99,5%) таковым считают экономический результат, совсем немного – медицинский (2,2%) и социальный (0,5%). Некоторые респонденты (8,7%) полагают, что медицинская организация осуществляет деятельность с результатом иным, чем обозначено в предложенных вариантах ответов.

2. На вопрос, в чем заключается управление учреждением здравоохранения, возглавляемым респондентом, абсолютное большинство (79,9%) ответило: в управлении персоналом, почти в половину меньше (38,8%) – в управлении состоянием здоровья пациентов. Почти каждый пятый респондент (19,6%) полагает, что он управляет менеджментом (административным персоналом) организации. Самыми непопулярными были варианты ответов, что такое управление заключается в управлении капиталом (имуществом) (12,3%) и в управлении процессами в организации (11,9%). Никто из респондентов не считал, что управление организацией является чем-то иным, чем в предложенных вариантах ответов.



На тот же вопрос руководители частных медицинских организаций большинством ответили: в управлении капиталом, т.е. имуществом (98,9%), процессами в организации (96,7%), менеджментом (94,0%), персоналом (84,3%). Лишь единственный респондент (0,5%) полагает, что он управляет здоровьем пациентов. Трое респондентов (1,6%) считают, что управление организацией является чем-то иным, чем в предложенных вариантах ответов.

3. На вопрос, что для руководителя учреждения здравоохранения является определяющим в управлении возглавляемой организацией, в абсолютном большинстве (по 81,7%) респонденты ответили: финансирование и социально-медицинская эффективность. Вдвое меньше (37,0%) тех, кто полагает, что таковым является выполнение задания, еще меньше (13,7%) тех, кто детерминантом управления считает рентабельность возглавляемой организации. Немногие (8,7%) определяющим в управлении организацией полагают что-то иное, чем в предложенных вариантах ответов.



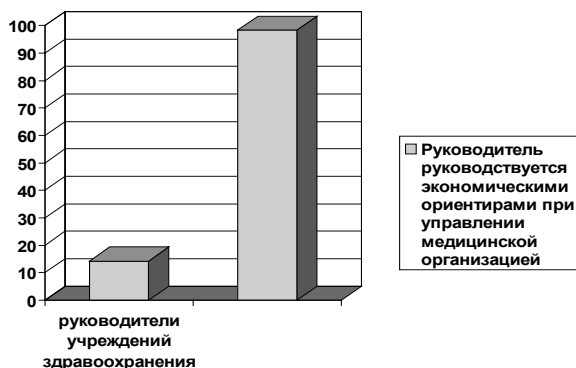
На тот же вопрос руководители частных медицинских организаций абсолютным большинством (98,9%) ответили: рентабельность. Немногие респонденты (7,1%) таким детерминантом полагают финансирование, трое (1,6%) – иное, чем в предложенных вариантах ответов, в единственном случае (0,5%) – социально-медицинская эффективность. Никто из респондентов не посчитал, что определяющим в управлении возглавляемой организацией является выполнение задания.

4. На вопрос, что является оценкой эффективности управления возглавляемой организацией, руководители учреждений здравоохранения абсолютным большинством (79,9%) ответили: показатели общественного здоровья, несколько меньше (63,4%) – показатели потребления (освоения). Многие (56,6%) полагают, что оценкой такой эффективности является что-то иное, чем в предложенных вариантах ответов. Напротив, очень немногие (11,4%) считают, что оценкой такой эффективности являются показатели воспроизводства.



На тот же вопрос руководители частных медицинских организаций единогласно (100%) ответили, что оценкой эффективности управления возглавляемой ими организацией являются показатели воспроизводства, а 2,7% – еще что-то иное, чем в предложенных вариантах ответов. Никто из респондентов не счел такой оценкой показатели общественного здоровья и показатели потребления (освоения).

5. На вопрос, какими ориентирами руководствуется респондент при управлении возглавляемой организацией, руководители учреждений здравоохранения абсолютным большинством (81,7%) ответили: административными, несколько меньше (69,9%) – социально-политическими. Совсем непопулярными (14,2%) были ответы, что такими являются экономические ориентиры. Никто из респондентов не счел, что управление организацией является чем-то иным, чем в предложенных вариантах ответов.



На тот же вопрос руководители частных медицинских организаций также абсолютным большинством (98,4%) ответили: экономическими. Никто из респондентов не считает таковыми административные и социально-политические ориентиры. Трое (1,6%) респондентов полагают такими ориентирами что-то иное, не предусмотренное в вариантах ответов.

6. Руководители учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций разошлись в структуре ответов на вопрос, от отсутствия чего в здравоохранении происходят проблемы управления медицинской организацией:

	Руководители учреждений здравоохранения	Руководители частных медицинских организаций
механизмов саморегулирования рынка	12,8%	97,8%
рыночных механизмов конкуренции	12,3%	89,1%
идеологии товарных отношений	16,4%	82,5%
правил регулирования рынка	13,2%	62,8%
рыночных платежных механизмов	16,0%	53,6%
системы корпоративного управления	15,5%	13,7%
системы координат надзора и контроля	11,4%	8,7%
иное	14,0%	8,2%

Таким образом, если руководители учреждений здравоохранения редко (11,4÷14,2%) признают экономические приоритеты, которым следуют руководители частных медицинских организаций, то руководители частных медицинских организаций вообще игнорируют (не выбирают соответствующие варианты ответов) те приоритеты, которым следуют руководители учреждений здравоохранения:

- что деятельность медицинской организации направлена на медицинский и социальный результат;
- что определяющим в управлении медицинской организацией является социально-медицинская эффективность;
- что оценкой эффективности управления медицинской организацией являются показатели потребления (освоения) и общественного здоровья;
- что при управлении медицинской организацией необходимо руководствоваться социально-политическими и административными ориентирами;
- что в управлении медицинской организацией обеспечивается выполнение указаний публичных органов.

Как показало исследование в целом, руководители учреждений здравоохранения не имеют, а руководители частных медицинских организаций имеют сформированные представления о характере управления возглавляемыми организациями.

Это, однако, не означает, что так же соотносятся представления руководителей учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций о содержании управления возглавляемыми организациями.

Известны пять аспектов понятия управления:

- как наука - система упорядоченных знаний в виде концепций, теорий, принципов, способов и форм управления;
- как искусство - способность эффективно применять данные науки управления в конкретной ситуации;
- как функция - целенаправленное информационное воздействие на людей и экономические объекты, осуществляемое с целью направить их действия и получить желаемые результаты;
- как процесс - совокупность управленческих действий, которые обеспечивают достижение поставленных целей путем преобразования ресурсов на “входе” в продукцию на “выходе”;
- как аппарат - совокупность структур и людей, обеспечивающих использование и координацию всех ресурсов социальных систем для достижения их целей.

Управленческий труд - вид трудовой деятельности по выполнению функций управления в организации. Назначением управленческого труда является обеспечение целенаправленной и скоординированной деятельности персонала по решению стоящих перед ним задач. Предметом управленческого труда является информация. Средством управленческого труда является организационная и вычислительная техника. Результатом управленческого труда является управленческое решение (Глоссарий.ру).

Объектом управления, как известно, является управляемая система.

Предмет управленческого труда - информация о состоянии объекта управления и о необходимых изменениях в его функционировании и развитии (Глоссарий.ру). Такого рода информация многообразна, и чем шире ее спектр, тем надежнее знание о состоянии объекта управления.

Понимания характера деятельности медицинской организации и характера управления

ею для этого недостаточно. Однако непонимание экономического характера деятельности хозяйствующего субъекта и управления им свидетельствует об отсутствии востребованности, неактуальности подобных знаний.

В целом:

1. совпадающие с мнениями юристов мнения руководителей частных медицинских организаций демонстрируют понимание ими экономического характера деятельности медицинских организаций и, напротив, расхождение с этими мнениями мнений руководителей учреждений здравоохранения свидетельствуют об отсутствии востребованности, неактуальности понимания экономического характера такой деятельности;

2. если руководители частных медицинских организаций исходят из экономического характера управления медицинскими организациями, то руководители учреждений здравоохранения – нет.

Экономический характер деятельности учреждений здравоохранения и управления ими их руководителями не признается за ненужностью, в то время как то и другое для руководителей частных медицинских организаций – не подлежащие сомнению истины.

#### **§ 4.2. Статистическое исследование потребностей управления медицинскими организациями по поисковым Интернет-запросам<sup>21</sup>**

Проведено исследование запросов в поисковой системе Яндекс (Yandex) русскоязычной части Интернета (Рунета). Выбор системы Яндекс среди остальных поисковых систем (Rambler, Aport, Google, Yahoo и т.д.) обусловлен тем, что ею индексируются, регулярно обновляются и сохраняются базы сделанных в ней запросов по любым словам и словосочетаниям.

Поисковые запросы формулируются самими пользователями Рунета. Это означает, что сходные поисковые запросы объединяют соответствующую целевую аудиторию пользователей Рунета. Специфические формулировки поисковых запросов исключают причастность к ним случайных, празднолюбопытствующих пользователей Рунета.

Особенностью поисковых запросов является безразличие к регистру (заглавным буквам), отсутствие знаков пунктуации, не индексируемых поисковой системой. Поэтому в них спряжения и склонения не имеют значения – играют роль только словоформы.

Гипотезой настоящего исследования послужило предположение, что руководители медицинских организаций значительно меньше, чем руководители немедицинских организаций, интересуются вопросами управления ими.

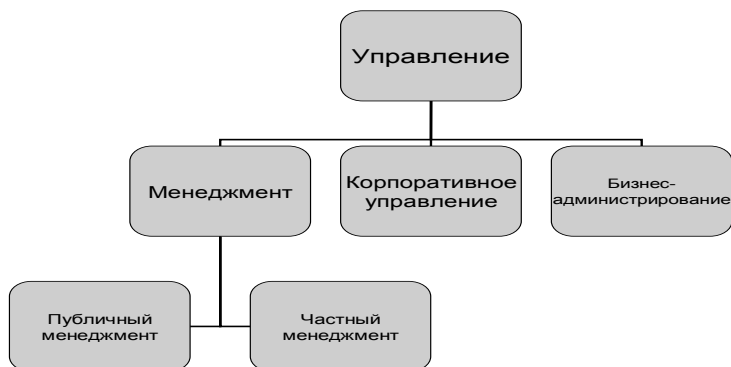
Управление организациями, участвующими в экономическом обороте, называется бизнес-администрированием. Управление организациями, в отличие от управления некорпоративными участниками экономического оборота (предпринимателями без образования юридического лица), называется корпоративным управлением. Понятием «менеджмент» традиционно охватывается управление как организациями (частный менеджмент), так и государственными и муниципальными органами (публичный менеджмент).

Тем самым круг сигнальных слов в поисковых запросах определился между менеджментом, корпоративным управлением и бизнес-администрированием с различными переходными вариантами (корпоративный менеджмент, деловое администрирование, управление бизнесом, бизнес-управление и т.д.).

---

21 Стародубов В.И., Иванников Н.Ю., Иванов А.В., Тихомиров А.В. Управление медицинскими организациями в поисковых Интернет-запросах. //Главный врач: хозяйство и право, 2006, № 1, С.39-50.





Объектом управления, т.е. что находится в сфере управления организациями, участвующими в экономическом обороте, является хозяйство, бизнес, действующее предприятие с различными вариациями (хозяйствование, предпринимательство и т.д.).

Поскольку исследование посвящено управлению медицинскими организациями, постольку другим рядом сигнальных слов в поисковых запросах стали «здравоохранение» и «медицина».

Так изучена структура поисковых запросов по проблематике управления медицинскими организациями.

Поскольку поисковая система представляет среднее число запросов в месяц, и есть возможность выяснить, какова их динамика в течение года, постольку изучена динамика репрезентативных показателей.

Поскольку поисковая система позволяет выяснить географическое происхождение запросов, изучена также и их локализация по репрезентативным показателям.

#### **Подраздел 4.2.1. Статистическое исследование структуры потребностей руководителей медицинских организаций по Интернет-запросам.**

Прежде всего, выяснено, насколько велика в Рунете востребованность слов (словосочетаний) «менеджмент», «корпоративное управление», «бизнес-администрирование»:

	Запросов в месяц	%
менеджмент	351332	97,8
корпоративное управление	7890	2,2
бизнес-администрирование	155	0,04
Всего	359377	100,0

Понятие «менеджмент» в Рунете является наиболее употребимым: понятие «корпоративное управление» применяется в 50, а понятие «бизнес-администрирование» - в 2500 раз реже.

Словосочетания «бизнес администрирование медицина здравоохранение», «корпоративное управление медицина здравоохранение» в поисковых запросах в Рунете не встре-

чались ни разу. Это означает, что ни понятие «бизнес-администрирование», ни понятие «корпоративное управление» применительно ни к понятию «здравоохранение», ни к понятию «медицина» никем в поисковых запросах ни в каких сочетаниях не употреблялось.

Понятие «менеджмент» применительно к понятиям «здравоохранение» и «медицина» в поисковых запросах в Рунете используется в общей сложности 656 раз в месяц: «менеджмент здравоохранения» - 500 (76,2%), «менеджмент медицина» - 147 (22,4%), «менеджмент медицина здравоохранение» - 9 (1,4%).

Из 500 запросов в месяц по словосочетанию «менеджмент здравоохранения» 33 (6,6%) посвящены финансовому менеджменту здравоохранения, 18 (3,6%) - программе менеджмента здравоохранения; 9 (1,8%) – кадровому менеджменту здравоохранения; 9 (1,8%) – задачам менеджмента здравоохранения и их решению. В 23 (4,6%) востребовался реферат на тему «менеджмент здравоохранения». В остальных случаях запросы не допускают тематическую группировку.

Среди 147 запросов в месяц по поисковому словосочетанию «менеджмент медицина» 15 (10,2%) посвящены финансовому менеджменту медицины, 7 (4,8%) – проспективному менеджменту медицины. В остальных случаях запросы не допускают тематическую группировку.

В 21 поисковом запросе в месяц содержится словосочетание «управление учреждениями здравоохранения», из них в 7 (33,3%) востребуются социальные аспекты управления учреждениями здравоохранения. Ни в одном случае не обнаружены запросы по словосочетаниям «управление негосударственными учреждениями здравоохранения» или «управление частными учреждениями здравоохранения».

В 12 поисковых запросах в месяц содержится словосочетание «управление медицинской организацией».

В целом, поисковые запросы в Рунете по тематике управления в здравоохранении (медицине) структурируются следующим образом:

	В месяц	%
менеджмент здравоохранения	500	73,5
менеджмент медицина	147	21,6
управление учреждениями здравоохранения	21	3,1
управление медицинской организацией	12	1,8
корпоративное управление медицина здравоохранение	0	0
бизнес администрирование медицина здравоохранение	0	0
Всего	680	100,0

По поисковым запросам в Рунете изучена востребованность определения объекта управления, т.е. того, что находится в сфере управления организациями, участвующими в экономическом обороте.

Понятие «хозяйств...» (хозяйствование, хозяйственный, хозяйствующий и т.п.) применительно к понятию «медицина» употребляется в 14; понятие «предпринимательство» применительно к понятию «медицина» - в 72, применительно к понятию «здравоохранение» - в 80, а применительно к обоим понятиям «медицина» и «здравоохранение» - в 17 поисковых запросах в месяц.

Понятие «бизнес» применительно к понятию «медицина» употребляется в 224 поисковых запросах в Рунете в месяц, в том числе, «бизнес план медицина» - в 65 (29,0%), «управление бизнесом медицина» - в 11 (4,9%), «медицина здравоохранение бизнес» - в 6 (2,7%).

Понятие «бизнес» применительно к понятию «здравоохранение» употребляется в 169 поисковых запросах в Рунете в месяц, в том числе:

	В месяц	%
бизнес здравоохранение	69	40,8
бизнес план здравоохранение	46	27,2
бизнес план учреждения здравоохранения	16	9,5
бизнес планирования здравоохранения	12	7,1
составление бизнес планов здравоохранении	11	6,5
планирование здравоохранения бизнес реферат	9	5,3
бизнес планирование здравоохранения реферат	6	3,6

Понятие «медицинский бизнес» употребляется в 443 поисковых запросах в месяц, в том числе:

	В месяц	%
бизнес план медицинского	188	42,4
бизнес центр медицинский	116	26,2
центр медицинской бизнес план	80	18,1
бизнес план медицинского учреждения	21	4,7
рентабельность медицинского бизнеса	15	3,4
управление медицинским бизнесом	15	3,4
оценка медицинского бизнеса	13	2,9
продажа медицинского бизнеса	13	2,9
медицинский бизнес адвокат	10	2,3
тихомиров медицинский бизнес адвокат	9	2,0
журнал медицинский бизнес	7	1,6
образец бизнес медицинского центра	7	1,6
пример бизнес плана медицинского учреждения	6	1,4
бизнес план медицинского консультационного центра	6	1,4
бизнес план медицинской поликлиники	6	1,4

Словосочетание «управление бизнесом» («бизнес управление») встречается в 4197 поисковых запросах в Рунете в месяц, в том числе:

	В месяц	%
1. управление бизнес процессами	552	13,2
2. управление малым бизнесом	373	8,9
3. институт управления бизнесом	256	6,1
4. управление международным бизнесом	252	6,0
5. управление гостиничным бизнесом	143	3,4
6. система управления бизнесом	131	3,1
7. бизнес план управления	119	2,8
9. управление ресторанным бизнесом	60	1,4
10. управление туристическим бизнесом	60	1,4
11. академия управления бизнесом	58	1,4
12. институт бизнеса психологии управления	53	1,3
13. управление бизнес проектами	51	1,2
14. центр управления бизнесом	51	1,2
15. управление стоимостью бизнеса	48	1,1
16. управление предприятием малого бизнеса	47	1,1
17. эффективное управление бизнесом	45	1,1
18. управление финансами малого бизнеса	42	1,0
19. программы управления бизнесом	34	0,8
20. управление развитием бизнеса	32	0,7
21. бизнес процесс управления персоналом	30	0,7
22. технологии управления бизнесом	29	0,7
25. управление эффективность бизнеса	28	0,7
26. управление бизнес планированием	27	0,6
27. управление рекламным бизнесом	26	0,6
28. бизнес план управление предприятием	23	0,5
29. управление непрерывностью бизнеса	23	0,5
31. высшее образование управление бизнесом	22	0,5
32. эффективное управление бизнес процессом	19	0,5
33. структура управления бизнесом	18	0,4
34. бизнес план управления автосервисом	18	0,4
35. управление средним бизнесом	16	0,4
36. бизнес процесс управление запасами	16	0,4
38. бизнес план доверительное управление	16	0,4
39. управление медицинским бизнесом	15	0,4
40. управление консалтинговым бизнесом	15	0,4
41. управление финансами предприятия малого бизнеса	14	0,3
43. управление проектом реинжиниринга бизнеса	13	0,3

44. система управления бизнес процессами	13	0,3
45. управление совершенствованием бизнес процессов	13	0,3
46. управление персоналом ресторанный бизнес	12	0,3
47. качество управления бизнесом	12	0,3
48. управление бизнесом медицина	11	0,3
49. схема бизнес процесса управление запасами	11	0,3
50. бизнес процесс управление складами	11	0,3
51. управление финансами бизнес процессы	10	0,2
52. комплексной автоматизации управления бизнесом	10	0,2
53. особенности управления малым бизнесом	10	0,2
55. бизнес управление многоквартирными домами	10	0,2
57. специальность управление бизнес центром	9	0,2
58. принципы управления бизнесом	9	0,2
60. управление ресторанно гостиничным бизнесом	9	0,2
61. бизнес управление фитнесом	9	0,2
63. системное управление бизнесом	8	0,2
64. стиль управления бизнесом	8	0,2
65. управление бизнес транзакциями	8	0,2
66. автоматизированные системы управления бизнесом	8	0,2
67. управление бизнес единицами	8	0,2
68. бизнес проблема управления	8	0,2
69. бизнес процессы корпоративного управления	8	0,2
70. управление аптечным бизнесом	7	0,2
71. бизнес управление знаниями	7	0,2
72. международный бизнес управление финансами	7	0,2
73. бизнес план автоматизации управления предприятием	7	0,2
74. оценка бизнеса основа антикризисного управления	7	0,2
75. управление инновационным бизнесом	7	0,2
76. управление карточным бизнесом	7	0,2
77. управление крупным бизнесом	7	0,2
79. bms системы управления бизнесом	7	0,2
80. организация управления малым бизнесом	7	0,2
81. модель управления бизнес процессами	7	0,2
82. управление бизнес процессами строительной организации	7	0,2
83. управление проектом реинжиниринга бизнес процессов	7	0,2
84. управление бизнес процессами	7	0,2
86. стратегия управления роста бизнеса	6	0,1
87. система управления персоналом бизнес процессы	6	0,1

88. бизнес процессы управление знаниями	6	0,1
89. управление затратами малого бизнеса	6	0,1
90. управление бизнесом ресторана	6	0,1
91. бизнес план управление проектами	6	0,1
93. управление частным бизнесом	6	0,1
94. эффективное управление проектным бизнесом	6	0,1
95. управление агропромышленным бизнесом	6	0,1

Иными словами, из 95 мест на тему «управление бизнесом» на 39-ом находится поисковый запрос по словосочетанию «управление медицинским бизнесом» (15 – 0,4% в месяц) и на 48-ом – по словосочетанию «управление бизнесом медицина» (11 – 0,3% в месяц), вместе (26) составляющие 0,6% от числа тематических запросов, т.е. занимающие 27-28 место – после управления гостиничным, ресторанным, туристическим, рекламным бизнесом.

Обращает внимание, что при отсутствии поисковых запросов по словосочетаниям «управление медицинск...», «управление лечебно-профилактическ...», по словосочетаниям «управление ЛПУ» встречается 78, «бизнес план ЛПУ» - 22, «структура управления ЛПУ» - 10, «ЛПУ управление персоналом диплом» - 6 запросов в месяц.

В целом, исследование структуры поисковых запросов по проблематике управления медицинскими организациями позволяет сделать следующие выводы:

1. Как в популяции в целом, в здравоохранении употребляется понятие «менеджмент», притом что в отличие от популяции в целом в обиходе здравоохранения вообще не используются понятия «корпоративное управление» и «бизнес-администрирование».

Обращение по поисковым запросам к понятию «менеджмент» в здравоохранении многократно (в 556 раз) меньше, чем в популяции:

	В месяц	%
менеджмент	351332	100,0
менеджмент медицина	108	0,03
менеджмент медицина здравоохранение	9	0,003
менеджмент здравоохранения	500	0,14
менеджмент здравоохранения	11	6,5
Всего	617	0,18

2. Понятие управления (менеджмента) в здравоохранении делится с понятием управления в медицине. Об этом свидетельствует раздвоенность поисковых запросов в Рунете – запросам с поисковым словом «здравоохранение» всегда корреспондируют запросы с поисковым словом «медицина».

3. Понятие управления медицинскими организациями (частный менеджмент) не дифференцируется с понятием управления здравоохранением, т.е. деятельностью государственных (муниципальных) органов в области охраны здоровья (публичный менеджмент). Об этом свидетельствует то обстоятельство, что ежемесячно запросов по поисковому словосочетанию «менеджмент здравоохранения» (500 – 100%) многократно больше, чем по

словосочетанию «управление медицинской организацией» (12 – 2,4%) или даже «управление учреждениями здравоохранения» (21 – 4,2%).

Отсюда вытекает неоднозначность того, кто является субъектом и какого управления.

4. Понятие управления государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения не дифференцируется с понятием управления частными медицинскими организациями (управления бизнесом). Об этом свидетельствует то обстоятельство, что ежемесячно поисковой системе адресуется не менее 70 запросов о бизнес-плане учреждений здравоохранения («бизнес план ЛПУ» - 22, «бизнес план медицинского учреждения» - 21, «бизнес план учреждения здравоохранения» - 16, «бизнес план медицинской поликлиники» - 6, «пример бизнес плана медицинского учреждения» - 6), притом что учреждения здравоохранения в настоящее время не являются участниками бизнеса.

Отсюда вытекает неоднозначность того, что является содержанием управления медицинскими организациями.

5. В здравоохранении (медицине) не сформировалось единого отношения к деятельности медицинских организаций как к бизнесу (предпринимательству, процессу хозяйствования и т.д.):

	В месяц	%
хозяйств медицина	14	1,7
предпринимательство медицин	75	8,8
предпринимательство здравоохранение медицина	17	2,0
бизнес здравоохранение	69	8,1
медицинский бизнес (бизнес медицины)	667	78,7
медицина здравоохранение бизнес	6	0,7
Всего	848	100

Отсюда вытекает неоднозначность того, что является объектом управления, т.е. того, что находится в сфере управления организациями, участвующими в экономическом обороте.

В целом, проведенное исследование структуры поисковых запросов в Рунете по проблематике управления медицинскими организациями показывает, что в здравоохранении (медицине):

- во-первых, не сложился понятийный аппарат управления хозяйственными единицами: запросы об отраслевом или публичном менеджменте здравоохранения имеют подавляющий приоритет над запросами об управлении учреждениями здравоохранения и об управлении медицинскими организациями;

- во-вторых, понятийный аппарат управления хозяйственными единицами, общий для промышленности, торговли, сферы немедицинского обслуживания и т.д., не используется в здравоохранении (медицине): неприменимыми являются понятия «хозяйствование», «корпоративное управление», «бизнес-администрирование» и др.;

- в-третьих, понятийный аппарат в запросах об управлении медицинскими организациями беден и сводится, как правило, к 2-3 номинациям, в то время как в запросах вовне здравоохранения (медицины) число номинаций колеблется от 95-100 («управление бизнесом») до 4-5 тыс. («менеджмент»).

## Подраздел 4.2.2. Статистическое исследование динамики потребностей руководителей медицинских организаций по Интернет-запросам.

В динамике за 2005 год изучена обращаемость с поисковыми запросами по 9 ключевым словам и словосочетаниям («менеджмент», «корпоративное управление», «бизнес администрирование», «бизнес управление», «менеджмент здравоохранения», «менеджмент медицина», «бизнес здравоохранение», «бизнес медицина» и «медицинский бизнес»).

Исследование проведено путем помесечного и поквартального подсчета запросов по каждому из этих словосочетаний и сравнения их в динамике за год.

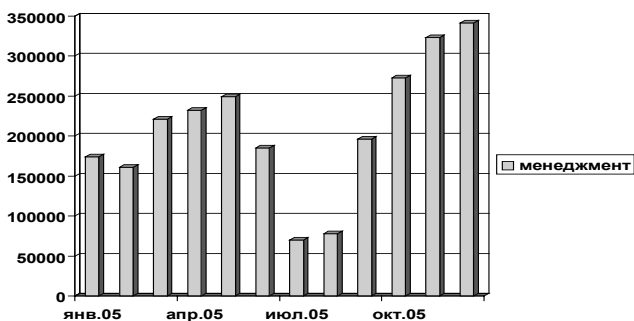
Учитывая значимые различия в абсолютных величинах, их годовые, помесечные и поквартальные значения по поисковым запросам по каждому словосочетанию были выражены в относительных величинах, допускающих сравнение.

Сравнение проводилось, в том числе, в расчете на средние относительные величины в месяц ( $100\%:12=8,3\%$ ) и в квартал ( $100\%:4=25\%$ ). Эти приведенные величины демонстрируют отклонения фактических показателей от расчетных средних за квартал и за месяц.

Таким образом, использовались три системы показателей (абсолютные, относительные – простые и приведенные – величины) по трем динамическим категориям (год, квартал и месяц).

По слову «менеджмент» за 2005 год сделано 2503460 поисковых запросов: за 1 квартал – 555557, за 2 – 457862, за 3 – 344423 и за 4 – 936618.

Кривая за год демонстративна: два пика, приходящиеся на весенний и осенне-зимний период (до новогодних праздников), и два спада – незначительный, недолгий и крутой посленовогодний и существенный, длительный и пологий летний, приходящийся на пору отпусков.



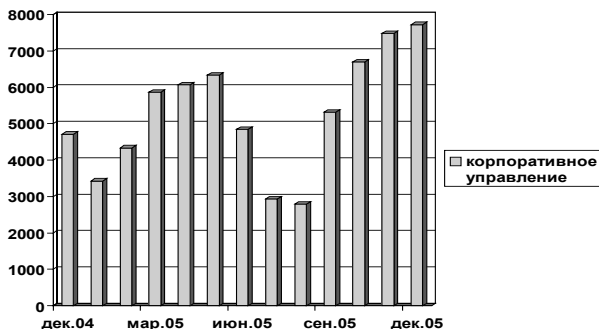
Первые три квартала происходит последовательное снижение доли от годовой величины (22,2% - 18,3% - 13,8%) и существенное ее повышение приходится только на 4 квартал (37,4%).

Самые низкие показатели – в феврале (6,4%, - 1,9%), самые высокие – в четвертом квартале: октябрь – 10,9% (+ 2,6%), ноябрь – 12,9% (+ 4,6%), декабрь – 13,6% (+ 5,3%), что – в случае продолжения роста в последующие периоды – отражает тенденцию.

По словосочетанию «корпоративное управление» за 2005 год сделано 63845 поисковых запросов: за 1 квартал – 13635, за 2 – 17263, за 3 – 11035 и за 4 – 21912.



Кривая за год аналогична предшествующей.

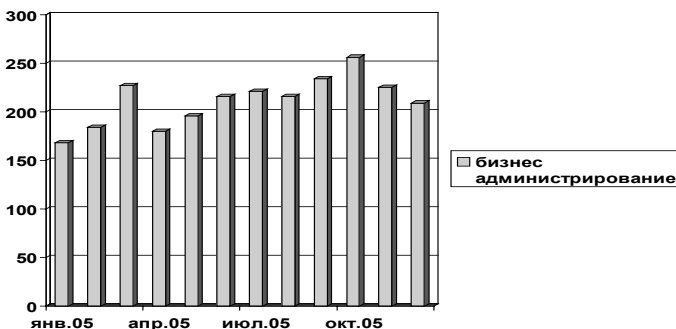


Отличие в том, что пик, приходящийся на весенний период, более значителен. Поэтому низкое значение доли от годовой величины в 1 квартале (21,4%, - 3,6%) сменяется более высоким значением во 2 квартале (27,0%, + 2,0%), затем падая до 17,3% (- 7,7%) в 3 квартале и значительно вырастая в 4 квартале (34,3%, + 9,3%).

Самые низкие показатели приходятся на два летних месяца (июль – 4,6% и август – 4,4%), а самые высокие – на последующие месяцы года, с постепенным ростом от нулевого приведенного прироста в сентябре до + 3,8% в декабре (октябрь – 10,5%, ноябрь – 11,7%, декабрь – 12,1%), что – в случае продолжения роста в последующие периоды – отражает тенденцию.

По словосочетанию «бизнес администрирование» за 2005 год сделано 2532 поисковых запроса: за 1 квартал – 579, за 2 – 592, за 3 – 671 и за 4 – 690.

Кривая за год значительно отличается от предшествующих: она уплощена, с единственным пиком в марте и незначительным спадом в апреле, вместо летнего спада – незначительный всплеск с последующим ростом до октября, когда наблюдается второй пик.



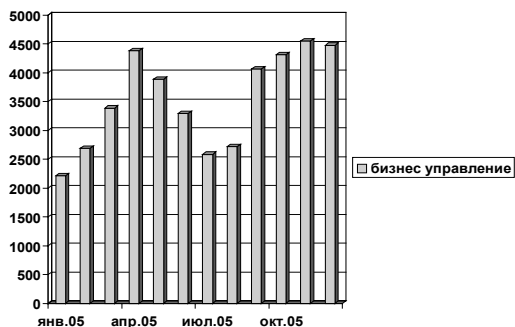
Поквартально на протяжении года происходит прогрессивное повышение доли от годовой величины: 1 квартал – 22,9% (- 2,1%), 2 квартал – 23,4% (- 1,6%), 3 квартал – 26,5% (+ 1,5%), 4 квартал – 27,3% (+ 2,3%), что явно свидетельствует о тенденции.

Самый низкий показатель – в январе (6,6%, - 1,7%), самый высокий – в октябре – 10,1% (+

1,8%), притом что амплитуда колебаний показателей в остальные месяцы незначительна.

По словосочетанию «бизнес управление» за 2005 год сделано 42548 поисковых запросов: за 1 квартал – 8290, за 2 – 11561, за 3 – 9359 и за 4 – 13338.

Кривая за год представляет два пика, приходящиеся на весенний и осенне-зимний период (до новогодних праздников), и два сходных спада – посленовогодний и летний, приходящийся на пору отпусков.

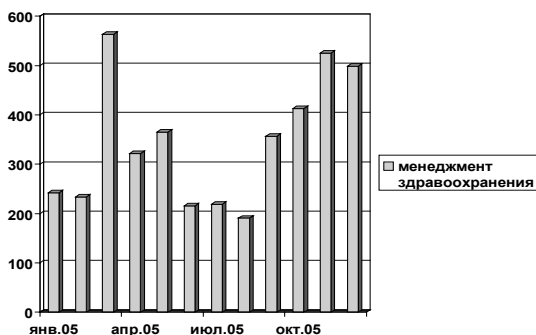


Низкое значение доли от годовой величины в 1 квартале (19,5%, - 5,5 %) сменяется более высоким значением во 2 квартале (27,2%, + 2,2%), затем падая до 22,0% (- 3,0%) в 3 квартале и существенно вырастая в 4 квартале (31,3%, + 6,3%).

Самые низкие показатели – в январе (5,2%, - 3,1%), самые высокие – в апреле – 10,3% (+ 2,0%) и в последние четыре месяца: сентябрь – 9,5% (+ 1,2%), октябрь – 10,1% (+ 1,8%), ноябрь – 10,7% (+ 2,4%), декабрь – 10,5% (+ 2,2%), что – в случае продолжения роста в последующие периоды – может отражать тенденцию.

По словосочетанию «менеджмент здравоохранения» за 2005 год сделано 4146 поисковых запросов: за 1 квартал – 1039, за 2 – 903, за 3 – 767 и за 4 – 1437.

Кривая за год представляет два пика: один двузубый, резко возникший в марте и после месячного снижения нерезко повторившийся в мае, и пологий – в конце года, и два спада – посленовогодний и приходящийся на три летних месяца.

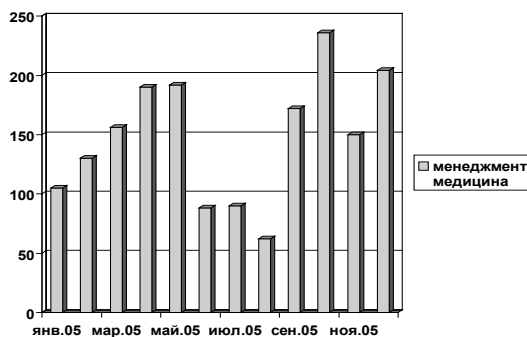


Нейтральное значение доли от годовой величины в 1 квартале (25,1%, + 0,1 %) сменяется снижением во 2 квартале (21,8%, - 3,2%), падая еще больше – до 18,5% (- 6,5%) – в 3 квартале и значительно вырастая в 4 квартале (34,7%, + 9,7%).

Самые низкие показатели – в летние месяцы: в июне (5,2%, - 3,1%), июле (5,3%, - 3,0%) и августе (4,6%, - 3,7%), а самые высокие – в марте (13,6%, + 5,3%), ноябре (12,7%, + 4,4%) и декабре (12,0%, + 3,7%).

По словосочетанию «менеджмент медицина» за 2005 год сделано 1775 поисковых запросов: за 1 квартал – 391, за 2 – 470, за 3 – 324 и за 4 – 590.

Кривая за год представляет два пика: один пологий с начала года, резко обрывающийся в июне и второй неустойчивый двузубый – в последние четыре месяца года. Спад в летние месяцы максимален в августе.

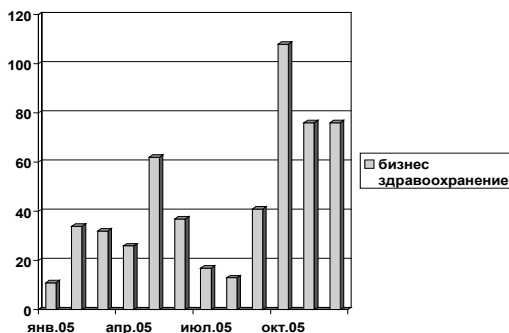


Низкое значение доли от годовой величины в 1 квартале (22,0%, - 3,0 %) сменяется более высоким значением во 2 квартале (26,5%, + 1,5%), затем падая до 18,3% (- 6,7%) в 3 квартале и существенно вырастая в 4 квартале (33,2%, + 8,2%).

Самые низкие показатели – в июле (5,1%, - 3,2%) и августе (3,5%, - 4,8%), а самые высокие – в октябре (13,3%, + 5,0%).

По словосочетанию «бизнес здравоохранение» за 2005 год сделано 533 поисковых запроса: за 1 квартал – 77, за 2 – 125, за 3 – 71 и за 4 – 260.

Кривая за год – пилообразная и представляет три последовательных, плавно нисходящих пика: незначительный в феврале, больший – в мае и самый большой – в октябре.

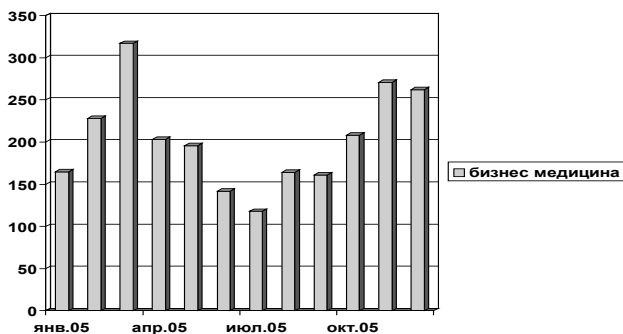


Низкое значение доли от годовой величины в 1 квартале (14,4%, - 10,6 %) сменяется относительно более высоким значением во 2 квартале (23,5%, - 1,5%), затем снова падая фатально (13,3%, - 11,7%) в 3 квартале и резко вырастая в 4 квартале (48,8%, + 23,8%): фактически, половина запросов приходится на последний квартал года.

Самые низкие показатели – в январе (2,1%, - 6,2%), июле (3,2%, - 5,1%) и августе (2,4%, - 5,9%), а самые высокие – в октябре – 20,3% (+ 12,0%).

По словосочетанию «бизнес медицина» за 2005 год сделано 2435 поисковых запросов: за 1 квартал – 710, за 2 – 541, за 3 – 443 и за 4 – 741.

Кривая за год представляет два пика, приходящиеся на весенний и осенне-зимний период (до новогодних праздников), и два недолгих и крутых спада – посленовогодний и летний.

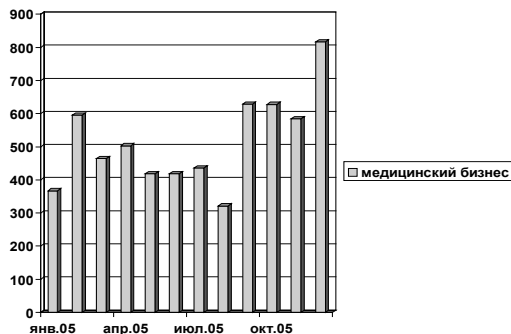


Первые три квартала происходит последовательное снижение доли от годовой величины (29,2% - 22,2% - 18,2%) и существенное ее повышение приходится только на 4 квартал (30,4%).

Самые низкие показатели – в июле (5,8%, - 2,5%) и августе (4,8%, - 3,5%), а самые высокие – в марте (13,0%, + 4,7%).

По словосочетанию «медицинский бизнес» за 2005 год сделано 6180 поисковых запросов: за 1 квартал – 1426, за 2 – 1339, за 3 – 1386 и за 4 – 2029.

Кривая за год представляет два пика: один, начавшийся в феврале и плавно нисходящий к августу, и второй – с сентября по декабрь.



Доли от годовой величины в первых трех кварталах ниже средних значений, но относительно стабильны: в 1 – 23,1% (- 1,9%), во 2 – 21,7% (- 3,3%), в 3 – 22,4% (- 2,6%). В 4 квартале доля от годовой величины подрастает до 32,8% (+ 7,8%).

Самые низкие показатели – в августе (5,2%, - 3,1%), самые высокие – в феврале (9,6%, + 1,3%), в сентябре-октябре (по 10,2%, + 1,9%) и особенно в декабре (13,2%, + 4,9%).

Обращает внимание относительная плавность изменений показателей по словосочетанию «медицинский бизнес», средняя между динамикой показателей по словосочетаниям «менеджмент» и «бизнес администрирование».

С целью выяснить наличие статистической связи между изучаемыми временными рядами поисковых словосочетаний проведен корреляционный анализ с помощью программы Statistica 6.0:

$p < 0,05$	менеджмент	корпоративное управление	бизнес-администрирование	бизнес управление	менеджмент здравоохранения	менеджмент медицина	бизнес здравоохранение	бизнес медицина	медицинский бизнес
менеджмент									
корпоративное управление	0,97								
бизнес-администрирование	<b>0,15</b>	<b>0,27</b>							
бизнес управление	0,84	0,92	<b>0,39</b>						
менеджмент здравоохранения	0,81	0,84	<b>0,39</b>	0,70					
менеджмент медицина	0,78	0,83	<b>0,24</b>	0,80	0,67				
бизнес здравоохранение	0,79	0,81	<b>0,55</b>	0,75	0,62	0,77			
бизнес медицина	0,67	0,67	<b>0,10</b>	<b>0,45</b>	0,85	<b>0,48</b>	<b>0,41</b>		
медицинский бизнес	0,69	0,70	<b>0,29</b>	0,66	<b>0,57</b>	0,68	0,67	<b>0,46</b>	

Статистически достоверная связь в настоящем исследовании демонстрирует, что изменения одного временного ряда происходят совместно с изменением другого временного

ряда. Напротив, отсутствие связи между временными рядами свидетельствует о том, что изменение одного из них не сопровождается изменением другого.

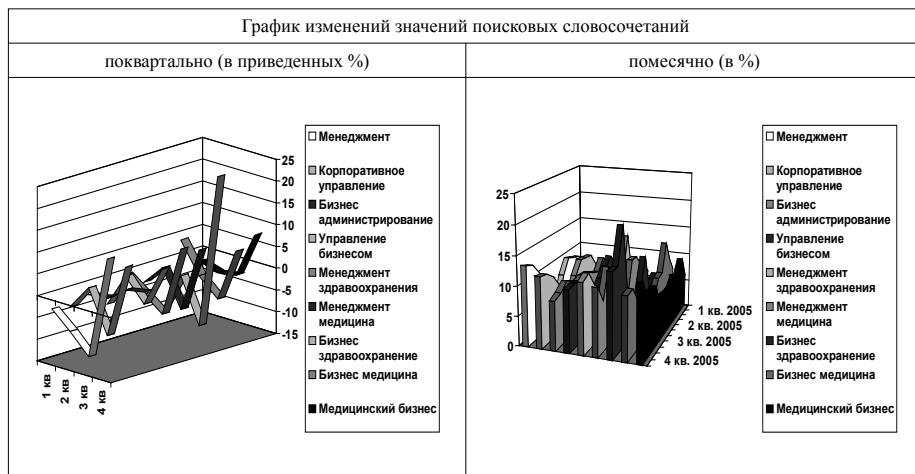
Результаты исследования показывают, что не имеет статистически крепкой связи:

- временной ряд значений поискового словосочетания «бизнес администрирование» с временными рядами значений остальных поисковых словосочетаний;
- временной ряд значений поискового словосочетания «бизнес медицина» с временным рядом значений поискового словосочетания «бизнес управление»;
- временной ряд значений поискового словосочетания «медицинский бизнес» с временным рядом значений поискового словосочетания «менеджмент здравоохранения»;
- временной ряд значений поискового словосочетания «бизнес медицина» с временным рядом значений поискового словосочетания «менеджмент медицина»;
- временной ряд значений поискового словосочетания «бизнес медицина» с временным рядом значений поискового словосочетания «бизнес здравоохранение»;
- временной ряд значений поискового словосочетания «бизнес медицина» с временным рядом значений поискового словосочетания «медицинский бизнес».

Полное отсутствие статистически крепкой связи временного ряда значений поискового словосочетания «бизнес администрирование» с временными рядами значений остальных поисковых словосочетаний может свидетельствовать о разности аудиторий пользователей Рунета, производящих подобный поиск, как и о пользовании ими другими компьютерами (например, рабочими и домашними в первом случае вместо только рабочих во втором), а отсюда – о разности идеологии подхода к словосочетаниям, послужившим основой для поисковых запросов.

Частичное отсутствие статистически крепкой связи временных рядов значений поисковых словосочетаний может свидетельствовать о том, что по соответствующим из них пользователи Рунета руководствуются неодинаковыми или разными представлениями о смысле таких словосочетаний.

Общее для всех временных рядов поисковых словосочетаний состоит в том, что каждый из них начинается посленовогодним спадом и завершается предновогодним подъемом:



Кроме того, динамика поисковых запросов также не одинакова и в течение года. Поквартальные показатели, приведенные к средней, демонстрируют, что в 1 квартале первую позицию занимал запрос по словосочетанию «менеджмент здравоохранения», во 2 – «бизнес управление», в 3 – «бизнес администрирование» (на последней позиции в 4 квартале), в 4 – «бизнес здравоохранение» (на последней позиции в 1 и 3 квартале):

	менеджмент	корпоративное управление	бизнес-администрирование	бизнес-управление	менеджмент здравоохранения	менеджмент медицина	бизнес здравоохранение	бизнес медицина	медицинский бизнес
1 квартал	-2,8	-3,6	-2,1	-5,5	+0,1	-0,3	-10,6	+4,2	-1,9
Позиция	4	6	3	8	1	5	9	7	2
2 квартал	-6,7	+2,0	-1,6	02,2	-3,2	+1,5	-1,5	-2,8	-3,3
Позиция	9	2	5	1	7	3	4	6	8
3 квартал	-11,2	-7,7	01,5	-3,0	-6,5	-6,7	-11,7	-6,8	-2,6
Позиция	8	7	1	3	4	5	9	6	2
4 квартал	+12,4	+9,3	+2,3	+6,3	+9,7	+8,2	+23,8	+5,4	+7,8
Позиция	2	4	9	7	3	5	1	8	6

Стартовые (в начале года) и финишные (в конце года) условия для всех поисковых словосочетаний разные. Чем сильнее различия между стартовыми и финишными условиями по каждому словосочетанию, тем выше вероятность случайного всплеска востребованности по этому словосочетанию, а не ее стабильного повышения.

С целью выяснить наиболее и наименее надежную перспективу повышения востребованности поисковых словосочетаний на очередной год относительные величины помещая за первый и за последний квартал суммированы по отдельности (с учетом знака), а затем между собой (без учета знака). Сумма расхождения этих величин за первый и последний квартал позволяет ранжировать поисковые словосочетания по степени надежности того, что на следующий год продолжится рост востребованности этого поискового словосочетания:

	менеджмент	корпоративное управление	бизнес-администрирование	бизнес-управление	менеджмент здравоохранения	менеджмент медицина	бизнес здравоохранение	бизнес медицина	медицинский бизнес
1 квартал	-2,7	-3,5	-2,0	-5,4	+0,1	-2,9	-8,6	+4,3	-1,9
4 квартал	+12,5	+9,4	+2,4	+6,4	+9,8	+8,4	+30,2	+5,5	+7,9
Сумма расхождения	15,2	12,9	4,4	11,8	9,9	11,3	38,8	9,8	9,8
Позиция	7	6	1	5	3	4	8	2	2

В целом, исследование динамики поисковых запросов по проблематике управления медицинскими организациями позволяет сделать следующие выводы:

1. Проведенное исследование установило неодинаковость временных рядов поисковых запросов, не зависящую от того, являются такие запросы общими («менеджмент», «корпоративное управление», «бизнес администрирование», «бизнес управление») или специфичными («менеджмент здравоохранения», «менеджмент медицина», «бизнес здравоохранение», «бизнес медицина», «медицинский бизнес») – соответствующие кривые формируются только в зависимости от динамической востребованности, которой обладает словосочетание поискового запроса, которая и определяет их характер.

2. Несомненной перспективой к росту числа запросов обладает словосочетание «бизнес администрирование», в динамике 2005 года проявившее явную к этому тенденцию.

3. Наибольшей вероятностью роста числа запросов обладают также словосочетания «бизнес медицина» и «медицинский бизнес» - в последнем случае рост доли от годовой величины до 32,8% в 4 квартале, очевидно, не является случайным, подтверждая такую вероятность.

4. Отсутствие статистически крепкой связи временного ряда значений поискового словосочетания «бизнес администрирование» с временными рядами значений остальных поисковых словосочетаний может свидетельствовать о разности аудиторий пользователей Рунета, производящих подобный поиск, как и о пользовании ими другими компьютерами (например, рабочими и домашними в первом случае вместо только рабочих во втором), а отсюда – о разности идеологии подхода к словосочетаниям, послужившим основой для поисковых запросов.

5. Отсутствие статистически крепкой связи временных рядов значений поисковых словосочетаний:

- «бизнес медицина» и «бизнес управление»;
- «медицинский бизнес» и «менеджмент здравоохранения»;
- «бизнес медицина» и «менеджмент медицина»;
- «бизнес медицина» и «бизнес здравоохранение»;
- «бизнес медицина» и «медицинский бизнес»

может свидетельствовать о том, что по соответствующим из них пользователи Рунета руководствуются неодинаковыми или разными представлениями о смысле таких словосочетаний.

### **Подраздел 4.2.3. Статистическое исследование географии потребностей руководителей медицинских организаций по Интернет-запросам.**

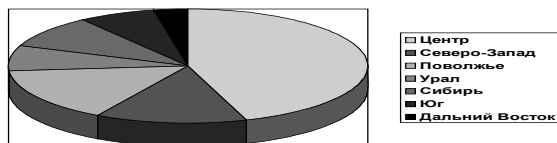
В географическом срезе поисковые запросы по каждому словосочетанию распределились также неравномерно.

По каждому из них изучалась средняя величина запросов в месяц по федеральным округам и по регионам (крупным городам). В некоторых случаях присутствовали запросы из стран СНГ и Европы. Не отмечено запросов из США, стран Юго-Восточной Азии и Австралии.

Поисковое слово «менеджмент» было неравномерно популярно во всех семи федеральных округах:



## «менеджмент»:

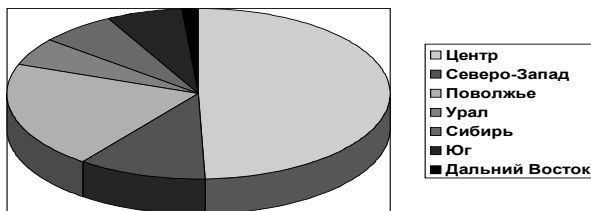


Поиск по этому словосочетанию производился из 18 регионов: Москва и область (49,9%), Москва (44,6%), Петербург (12,7%), Екатеринбург (4,4%), Казань (3,4%), Нижний Новгород (3,2%), Красноярск (2,8%), Новосибирск (2,7%), Уфа (2,6%), Челябинск (2,5%), Ростов-на-Дону (2,5%), Пермь (2,3%), Краснодар (2,1%), Волгоград (2,0%), Владивосток (1,9%), Самара (1,7%), Иркутск (1,7%), Воронеж (1,6%).

Из общей суммы запросов в месяц в рамках СНГ России принадлежит 89,2%, Украине – 7,9%, Белоруссии – 1,8%, Казахстану – 1,3, а вне этих рамок России – 89,2%, СНГ – 11,8%, Европе – 1,9%.

Поисковое словосочетание «корпоративное управление» было также неравномерно популярно во всех семи федеральных округах:

## «корпоративное управление»:

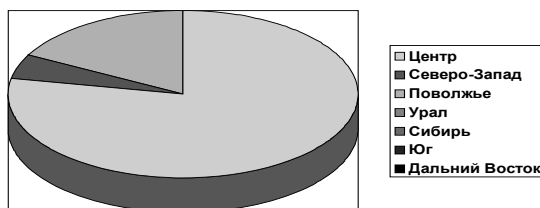


Поиск по этому словосочетанию производился из 15 регионов: Москва и область (52,6%), Москва (46,7%), Петербург (11,0%), Самара (9,4%), Казань (4,9%), Ростов-на-Дону (4,4%), Екатеринбург (3,1%), Воронеж (2,3%), Оренбург (2,1%), Уфа (2,0%), Нижний Новгород (1,8%), Красноярск (1,7%), Новосибирск (1,7%), Иркутск (1,6%), Краснодар (1,5%).

Из общей суммы запросов в месяц в рамках СНГ России принадлежит 90,6%, Украине – 8,0%, Казахстану – 1,4, а вне этих рамок России – 87,4%, СНГ – 10,9%, Европе – 1,7%.

Поисковое словосочетание «бизнес администрирование» было неравномерно популярно в трех из семи федеральных округах – Центре, Северо-Западе и Поволжье:

## «бизнес администрирование»:

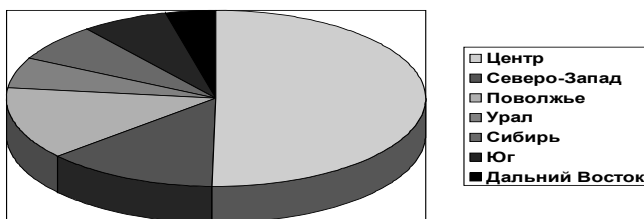


Поиск по этому словосочетанию производился из 5 регионов: Москва и область (78,1%), Москва (68,8%), Казань (10,2%), Саратов (7,0%), Сыктывкар (4,7%).

Из общей суммы запросов в месяц в рамках СНГ в России их сделано 84,8%, в Белоруссии – 15,2%. Из других стран СНГ и Европы запросов не было.

Поисковое словосочетание «бизнес администрирование» было неравномерно популярно во всех семи федеральных округах:

## «бизнес управление»:

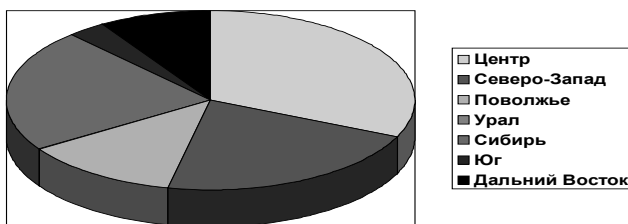


Поиск по этому словосочетанию производился из 11 регионов: Москва и область (57,2%), Москва (53,3%), Петербург (15,9%), Казань (5,4%), Ростов-на-Дону (4,0%), Новосибирск (3,8%), Нижний Новгород (3,6%), Екатеринбург (3,3%), Владивосток (2,9%), Челябинск (2,2%), Ставрополь (1,7%).

Из общей суммы запросов в месяц в рамках СНГ в России их сделано 92,0%, в Украине – 6,3%, в Казахстане – 1,6%, в Белоруссии – 1,1%. Из других стран СНГ и Европы запросов не было.

Поисковое словосочетание «менеджмент здравоохранения» было неравномерно популярно в шести из семи федеральных округах (кроме Урала):

## «менеджмент здравоохранения»:

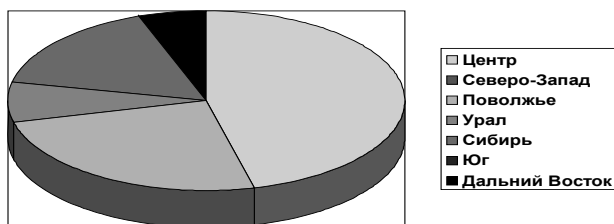


Поиск по этому словосочетанию производился из 11 регионов: Москва (31,7%), Красноярск (18,3%), Петербург (9,4%), Вологда (7,7%), Хабаровск (6,2%), Киров (6,2%), Псков (4,6%), Новосибирск (3,7%), Уфа (3,7%), Сочи (3,1%), Казань (2,3%), Якутск (2,3%).

Из общей суммы запросов в месяц в рамках СНГ в России их сделано 86,4%, в Украине – 5,4%, в Киргизии – 4,0%, в Белоруссии – 2,5%, в Узбекистане – 1,7%. Из других стран СНГ и Европы запросов не было.

Поисковое словосочетание «менеджмент медицина» было неравномерно популярно в пяти из семи федеральных округах (кроме Северо-Запада и Юга):

## «менеджмент медицина»:

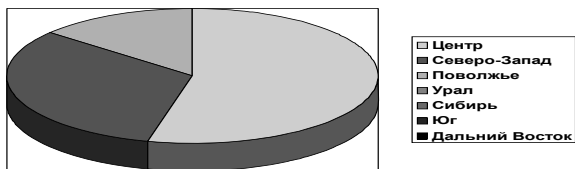


Поиск по этому словосочетанию производился из 8 регионов: Москва и область (46,0%), Москва (38,7%), Красноярск (16,1%), Саратов (12,9%), Екатеринбург (7,3%), Оренбург (6,4%), Хабаровск (5,6%), Чебоксары (5,6%).

Из общей суммы запросов в месяц в рамках СНГ в России их сделано 82,2%, в Украине – 13,2%, в Казахстане – 4,6%. Из других стран СНГ и Европы запросов не было.

Поисковое словосочетание «бизнес здравоохранение» было неравномерно популярно в трех из семи федеральных округах (Центр, Северо-Запад и Поволжье):

### «бизнес здравоохранение»:

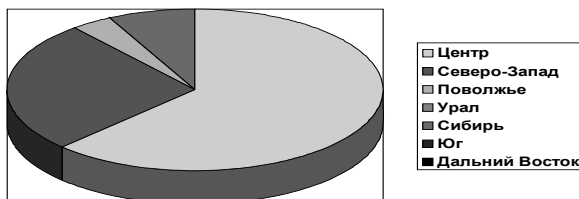


Поиск по этому словосочетанию производился из 4 регионов: Вологда (32,0%), Владимир (30,0%), Москва (24,0%), Ульяновск (14,0%).

Кроме России по словосочетанию «бизнес здравоохранение» из других стран запросов не делалось.

Поисковое словосочетание «бизнес медицина» было неравномерно популярно в четырех из семи федеральных округах (Центр, Северо-Запад, Сибирь и Поволжье):

### «бизнес медицина»:

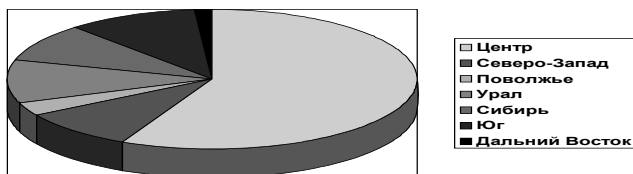


Поиск по этому словосочетанию производился из 10 регионов: Москва и область (48,9%), Москва (40,5%), Петербург (12,6%), Ярославль (10,5%), Петрозаводск (7,4%), Вологда (6,3%), Кемерово (4,2%), Самара (3,7%), Иркутск (3,2%), Белгород (3,2%).

Из общей суммы запросов в месяц в России их сделано 92,6%, в Украине – 7,4%. Из других стран СНГ и Европы запросов не было.

Поисковое словосочетание «бизнес медицина» было неравномерно популярно во всех семи федеральных округах:

### «медицинский бизнес»:



Поиск по этому словосочетанию производился из 13 регионов: Москва и область (56,2%), Москва (50,2%), Новосибирск (8,2%), Магнитогорск (6,2%), Петербург (5,9%), Ставрополь (5,1%), Екатеринбург (3,7%), Ярославль (3,6%), Оренбург (2,3%), Волгоград (2,3%), Ростов-на-Дону (2,0%), Вологда (1,5%), Назрань (1,4%), Владивосток (1,4%).

Из общей суммы запросов в месяц в рамках СНГ в России их сделано 97,4%, в Украине – 2,6%. Из других стран СНГ и Европы запросов не было.

Чтобы выяснить географическое представительство запросов по всем изучаемым поисковым словосочетаниям, проведено исследование их совокупности по федеральным округам и регионам (региональным центрам и крупным городам).

Географическое представительство изучаемых поисковых запросов по федеральным округам отражено в следующей таблице:

	менеджмент	корпоративное управление	бизнес-администрирование	бизнес-управление	менеджмент здравоохранения	менеджмент медицина	бизнес здравоохранение	бизнес медицина	медицинский бизнес
Центр	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Северо-Запад	+	+	+	+	+	-	+	+	+
Сибирь	+	+	-	+	+	+	-	+	+
Урал	+	+	-	+	-	+	-	-	+
Поволжье	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Юг	+	+	-	+	+	-	-	-	+
Дальний Восток	+	+	-	+	+	+	-	-	+

Отсюда вытекают следующие выводы:

1. Во всех семи федеральных округах являются востребованными в качестве поисковых запросов словосочетания «менеджмент», «корпоративное управление», «бизнес управление», притом что словосочетание «бизнес администрирование» является востребованным в Центральном, Северо-Западном и Поволжском округах и не востребованным – в Сибирском, Уральском, Южном и Дальневосточном округах.

2. Словосочетание «менеджмент здравоохранения» является не востребованным в Уральском округе, «менеджмент медицина» - в Северо-Западном и Южном округах, «бизнес здравоохранение» - в Сибирском, Уральском, Южном и Дальневосточном округах, «бизнес медицина» - в Уральском, Южном и Дальневосточном округах.

3. Словосочетание «медицинский бизнес» является востребованным во всех федеральных округах.

4. В федеральных округах востребованными являются:

- в Центральном и Поволжском – все поисковые словосочетания;
- в Северо-Западном – кроме «менеджмент медицина»;
- в Сибирском – кроме «бизнес администрирование» и «бизнес здравоохранение»;

- в Дальневосточном – кроме «бизнес администрирование», «бизнес здравоохранение» и «бизнес медицина»;

- в Уральском – кроме «бизнес администрирование», «менеджмент здравоохранения», «бизнес здравоохранение», «бизнес медицина»;

- в Южном – кроме «бизнес администрирование», «менеджмент медицина», «бизнес здравоохранение», «бизнес медицина».

5. Четыре словосочетания («менеджмент», «корпоративное управление», «бизнес управление» и «медицинский бизнес») востребованы в качестве поисковых запросов во всех семи федеральных округах.

Географическое представительство изучаемых поисковых запросов по региональным центрам и крупным городам отражено в следующей таблице:

	менеджмент	корпоративное управление	бизнес- администрирование	бизнес-управление	менеджмент здравоохранения	менеджмент медицины	бизнес здравоохранение	бизнес медицина	медицинский бизнес
Все запросы									
Москва и область	+	+	+	+		+	+	+	+
Москва	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Смешанные общие и медицинские запросы (14 городов)									
Петербург	+	+		+	+			+	+
Екатеринбург	+	+		+		+			+
Новосибирск	+	+		+	+				+
Ростов-на-Дону	+	+		+					+
Казань	+	+	+	+	+				
Красноярск	+	+			+				
Уфа	+	+			+				
Владивосток	+			+					+
Иркутск	+	+						+	
Самара	+	+						+	
Ставрополь				+					+
Волгоград	+								+
Саратов			+			+			
Оренбург		+				+			+
	30				20				
Только медицинские запросы (15 городов)									
Вологда					+		+	+	+
Хабаровск					+	+			

Ярославль								+	+
Петрозаводск								+	
Чебоксары						+			
Ульяновск						+			
Псков					+				
Сочи					+				
Якутск					+				
Киров					+				
Белгород								+	
Владимир							+		
Назрань									+
Магнитогорск									+
Кемерово								+	
					20				
Только общие запросы (7 городов)									
Владивосток				+					
Пермь	+								
Сыктывкар			+						
Воронеж	+	+							
Краснодар	+	+							
Челябинск	+			+					
Нижний Новгород	+	+		+					
	12								

Отсюда вытекают следующие выводы:

1. По поисковым запросам по всем изучаемым словосочетаниям все города (регионы) распределились по 4 группам:

- города, где встречаются все поисковые словосочетания (2 региона);
- города, где встречаются не все поисковые словосочетания, но как по общим вопросам управления организациями, так и по вопросам управления медицинскими организациями (14 городов);
- города, где встречаются поисковые словосочетания только по вопросам управления медицинскими организациями (15 городов);
- города, где встречаются поисковые словосочетания только по общим вопросам управления организациями (7 городов).

2. Для Москвы и области характерны поисковые запросы по всем словосочетаниям.

3. Среди тех городов, в которых интересуются как общими вопросами управления организациями, так и вопросами управления медицинскими организациями:

- для Петербурга свойственны словосочетания «менеджмент здравоохранения», «бизнес медицина» и «медицинский бизнес», для Екатеринбурга – «менеджмент медицина» и «медицинский бизнес», для Новосибирска – «менеджмент здравоохранения» и «медицин-

ский бизнес», для Красноярска – «менеджмент здравоохранения» и «менеджмент медицина», для Оренбурга – «менеджмент медицина» и «медицинский бизнес»;

- для Ростова-на-Дону, Владивостока, Волгограда и Ставрополя свойственны поисковые запросы только по словосочетанию «медицинский бизнес», для Казани и Уфы – только по словосочетанию «менеджмент здравоохранения», для Иркутска и Самары – только по словосочетанию «бизнес медицина», для Саратова - только по словосочетанию «менеджмент медицина».

4. Среди тех городов, в которых интересуются вопросами управления только медицинскими организациями:

- для Вологды свойственны поисковые запросы по словосочетаниям «менеджмент здравоохранения», «бизнес здравоохранение», «бизнес медицина» и «медицинский бизнес», для Хабаровска – «менеджмент здравоохранения» и «менеджмент медицина», для Ярославля – «бизнес медицина» и «медицинский бизнес»;

- для Пскова, Кирова, Якутска и Сочи свойственны поисковые запросы только по словосочетанию «менеджмент здравоохранения», для Петрозаводска, Белгорода и Кемерово – только «бизнес медицина», для Чебоксар и Ульяновска – только «менеджмент медицина», для Владимира – только «бизнес здравоохранение».

5. Городами, в которых интересуются общими вопросами управления организациями и напротив не интересуются вопросами управления медицинскими организациями, являются Владивосток, Пермь, Сыктывкар, Воронеж, Краснодар, Челябинск и Нижний Новгород.

6. Поисковые словосочетания, востребованные во всех федеральных округах:

- «менеджмент» - не является востребованным в городах Ставрополь, Саратов, Оренбург, Вологда, Хабаровск, Ярославль, Петрозаводск, Чебоксары, Ульяновск, Псков, Сочи, Якутск, Киров, Белгород, Владимир, Назрань, Магнитогорск, Кемерово, Владивосток – всего в 18 региональных центрах;

- «корпоративное управление» - не является востребованным в городах Ставрополь, Волгоград, Саратов, Вологда, Хабаровск, Ярославль, Петрозаводск, Чебоксары, Ульяновск, Псков, Сочи, Якутск, Киров, Белгород, Владимир, Назрань, Магнитогорск, Кемерово, Владивосток, Пермь, Сыктывкар, Челябинск – всего в 20 региональных центрах;

- «бизнес управление» - не является востребованным в городах Красноярск, Уфа, Иркутск, Самара, Волгоград, Саратов, Оренбург, Вологда, Хабаровск, Ярославль, Петрозаводск, Чебоксары, Ульяновск, Псков, Сочи, Якутск, Киров, Белгород, Владимир, Назрань, Магнитогорск, Кемерово, Пермь, Сыктывкар, Воронеж, Краснодар – всего в 24 региональных центрах;

- «медицинский бизнес» - не является востребованным в городах Казань, Красноярск, Уфа, Иркутск, Самара, Саратов, Хабаровск, Петрозаводск, Чебоксары, Ульяновск, Псков, Сочи, Якутск, Киров, Белгород, Владимир, Кемерово, а также в городах, в которых не интересуются вопросами управления медицинскими организациями (Владивосток, Пермь, Сыктывкар, Воронеж, Краснодар, Челябинск, Нижний Новгород) – всего в 23 региональных центрах.

Проведенное исследование структуры, динамики и локализации поисковых запросов по вопросам управления медицинскими организациями в сочетании с исследованием поисковых запросов по общим вопросам управления организациями в Рунете в целом показало, что:

1. если по общим вопросам управления организациями пользователи Рунета отправляют от понятия «бизнес» по умолчанию, то вопросы управления медицинскими орга-



низациями запросы по поводу бизнеса применительно к понятиям «здравоохранение» и «медицина» общего отправного начала не имеют;

2. запросы по вопросам управления медицинскими организациями формулируются без опоры на общие вопросы управления организациями, в связи с чем аудитории запросов по вопросам управления медицинскими организациями и по общим вопросам управления организациями разные: те, кто задается первыми, не задается вторыми;

3. понятие управления (менеджмента, администрирования) в здравоохранении (медицине) не приведено к единообразно понимаемому субъекту (организации, а не отрасли) и объекту (бизнесу, предприятию или предпринимательству, хозяйству или хозяйствованию), в связи с чем словосочетание «медицинский бизнес» становится компромиссным для характеристики управления медицинской организацией.

Таким образом, понятия «здравоохранение» и «медицина» до настоящего времени не нашли консолидирующего начала в субъекте («учреждения здравоохранения» и «медицинские организации»), чтобы можно было говорить о единстве объекта.

Объект «бизнес» не находит понимания в здравоохранении, но является релевантным медицинской деятельности вообще (медицине). Поэтому понятие «медицинский бизнес», являющийся объектом управления медицинской организации, не вызывает неприятия.

Что же является объектом здравоохранения, чтобы быть объектом управления учреждения здравоохранения, до настоящего времени не известно. За неимением другого в здравоохранении применяется то же понятие «бизнес» («бизнес планирование учреждения здравоохранения» и т.п.), не имеющее отношения ни к бизнесу вообще, ни к медицинскому бизнесу в частности.

В будущем либо деятельность учреждений здравоохранения действительно станет бизнесом, каким является для других (частных) медицинских организаций, либо здравоохранение вынуждено будет сформулировать его аналог для обозначения объекта деятельности учреждений здравоохранения. Это необходимо для того, чтобы об управлении – равно учреждениями здравоохранения и частными медицинскими организациями – можно было говорить в единой системе координат.

#### **§ 4.3. Структура потребностей руководителей медицинских организаций по специализированным Интернет-баннерам<sup>22</sup>.**

Проведено исследование переходов пользователей Рунета с ресурса нецелевой специализации ([www.medlaw.ru](http://www.medlaw.ru)) на ресурс целевой специализации ([www.jurinfozdrav.ru](http://www.jurinfozdrav.ru)) по баннерам целевой специализации.

Ресурсом нецелевой специализации для целей настоящего исследования принят сайт в Рунете, посетители которого интересуются состоянием дел в медицине не управленческого характера.

Ресурсом целевой специализации для целей настоящего исследования принят сайт в Рунете, информация на котором является посвященной вопросам управления медицинскими организациями.

Баннерами целевой специализации являются общепринятые в Интернете кнопки под кратким текстом, мотивирующие заинтересованных пользователей перейти на другой ресурс, нажав на них (сделав клик).

---

<sup>22</sup> Иванов А.В., Тихомиров А.В. Структура потребностей руководителей медицинских организаций по специализированным Интернет-баннерам. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 4. – С.33-36.

Нажатие этих кнопок (клик по баннеру) свидетельствует об активном намерении посетителя нецелевого ресурса перейти на целевой ресурс, чтобы более подробно ознакомиться с информацией, помещенной в кратком тексте на кнопке (баннере). Случайные клики по баннеру не исключены, но без активного намерения воспользоваться соответствующей информацией пользователи Рунета не станут тратить время на переход с ресурса на ресурс, экономя оплату услуг доступа в Рунет. Это означает, что те посетители нецелевого ресурса, которые делают клик по соответствующему баннеру, составляют целевую аудиторию для целевого ресурса.

При каждом посещении ресурса нецелевой специализации номинации баннеров менялись, так что при разных его посещениях даже один и тот же пользователь имел возможность кликнуть по разным баннерам и малую вероятность – кликнуть по одному и тому же баннеру два и более раз.

Число кликов по каждому баннеру в месяц доступно измерению. С интервалом через два календарных месяца с 16 июля 2005 года по 16 мая 2006 года проводились замеры числа кликов по баннерам во всей их совокупности.

По числу кликов на каждый баннер сформировались моментные (статистика накопительного – с нарастающим итогом – роста по последовательным точкам замеров) и интервальные (статистика прироста за период между двумя последовательными замерами) ряды динамики за год.

На первом этапе данные накопительной и интервальной баннерной статистики исследованы по крайним (наибольшим и наименьшим) частотам от периода к периоду в течение 2005 года.

При исследовании накопительной баннерной статистики выяснилось, что на протяжении года:

1. устойчиво держались на первых местах номинации баннеров:
  - 1.1. «составление договора об оказании медицинских услуг»;
  - 1.2. «способы оплаты медицинских услуг»;
  - 1.3. «как развить бизнес в здравоохранении?»;
2. устойчиво держались на последних местах номинации баннеров:
  - 2.1. «конъюнктура рынка медицинских услуг»;
  - 2.2. «как увеличить доходы медицинской организации?»;
3. неустойчиво находились в числе первых номинации баннеров:
  - 3.1. «как избежать ошибок при управлении бизнесом?» (4 периода);
  - 3.2. «как получить информацию, необходимую для управления?» (4 периода);
  - 3.3. «ликвидность медицинских услуг» (3 периода);
  - 3.4. «бизнес в здравоохранении» (2 периода);
  - 3.5. «бизнес-администрирование в здравоохранении» (2 периода);
  - 3.6. «защита собственности в здравоохранении» (1 период);
  - 3.7. «вред от оказания медицинской помощи» (1 период);
  - 3.8. «оптимизация управления медицинской организацией» (1 период);
  - 3.9. «как застраховаться от рисков?» (1 период).
4. неустойчиво находились на последних местах номинации баннеров:
  - 4.5. «медицинская организация в суде» (1 период);
  - 4.6. «управление медицинской организацией и право» (1 период);
  - 4.12. «корпоративное управление в здравоохранении» (1 период);
  - 4.11. «представительство медицинских организаций» (1 период);

- 4.13. «ценообразование на медицинские услуги» (1 период);
- 4.14. «как расширить сферу влияния бизнеса в здравоохранении?» (1 период);
- 4.2. «медицинское страхование: правовые аспекты» (2 периода);
- 4.3. «проверки медицинских организаций» (2 периода);
- 4.4. «конкурентные преимущества медицинских услуг» (2 периода);
- 4.8. «правовые основы контроллинга в здравоохранении» (2 периода);
- 4.9. «риски в управлении медицинской организацией» (2 периода);
- 4.10. «как восстановить бизнес после кризиса?» (2 периода);
- 4.7. «как оценить состояние своего бизнеса?» (3 периода);
- 4.1. «кто защитит медицинскую организацию?» (4 периода).

При исследовании интервальной баннерной статистики выяснилось, что:

1. на протяжении года по всем шести интервальным измерениям не было номинаций баннеров, устойчиво державшихся на первых или последних местах;

2. среди номинаций баннеров, неустойчиво державшихся на первых местах:

2.1. «составление договора об оказании медицинских услуг» - трижды (через период);

2.2. «способы оплаты медицинских услуг» - дважды (в первом и предпоследнем периоде);

2.3. «защита собственности в здравоохранении» - дважды (в первом и предпоследнем периоде);

3. среди номинаций баннеров, неустойчиво державшихся на последних местах:

3.1. «конъюнктура рынка медицинских услуг» - четырежды (1, 2, 4 и 5 периоды);

3.2. «как избежать кризиса бизнеса?» - дважды (4 и 6 периоды);

3.3. «как оценить состояние своего бизнеса?» - дважды (3 и 5 периоды);

3.4. «как увеличить доходы медицинской организации?» - дважды (2 и 4 периоды);

3.5. «медицинское страхование: правовые аспекты» - дважды (1 и 2 периоды).

Баннеры по сходности содержания номинаций разделены на 4 неравномерные группы:

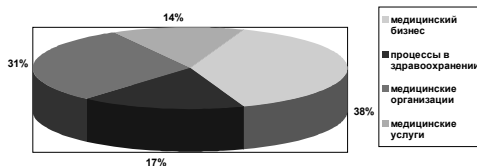
1 группа: медицинский бизнес (23 – 40,0%)

2 группа: процессы в здравоохранении (8 – 13,3%)

3 группа: медицинские организации (18 – 30,0%)

4 группа: медицинские услуги (10 – 16,7%)

**Структура баннеров  
по общности номинаций:**



На втором этапе проведен сравнительный анализ средних величин накопительной и интервальной баннерной статистики: по группам за каждый период и по отдельным номинациям – в целом за год.

По группам баннеров средне-накопительные величины высчитывались в целом за каждый период и с полученной величиной затем сравнивались средние групповые величины:

Накопительная статистика	51,1	97,0	152,9	188,7	204,5	230,2
медицинский бизнес	53,4	103,3	153,8	190,0	205,9	232,5
процессы в здравоохранении	49,8	85,1	136,9	168,0	181,5	204,5
медицинские организации	48,7	92,4	151,6	186,2	200,7	226,2
медицинские услуги	51,4	94,8	155,7	191,9	208,5	233,1

Выяснилось, что величины средних только 1 («медицинский бизнес») группы баннеров устойчиво превышают величины средних по периоду в течение всего года, а величины 2 («процессы в здравоохранении») и 3 («медицинские организации») групп – устойчиво ниже этих средних. Величины средних 4 («медицинские услуги») группы также превышали величины средних в течение всего года, кроме второго периода.

По группам баннеров средне-интервальные величины высчитывались в целом за каждый период и с полученной величиной затем сравнивались средние групповые величины:

Интервальная статистика	51,1	45,9	55,9	35,8	15,5	25,9
медицинский бизнес	53,4	50,0	50,5	36,1	15,5	26,8
процессы в здравоохранении	49,8	42,0	57,6	37,0	17,9	24,8
медицинские организации	48,7	43,7	59,2	34,6	13,9	26,1
медицинские услуги	51,4	43,4	60,9	36,2	16,6	24,6

Выяснилось, что:

1. ни в одной группе средне-интервальные величины не превышали последовательно все средние групповые величины;

2. показатели устойчивости интервальной востребованности баннеров по группам следующие:

2.1. «медицинский бизнес» - 5 из 6 периодов (кроме третьего);

2.2. «медицинские услуги» - 4 из 6 периодов (кроме второго и шестого);

2.3. «процессы в здравоохранении» - 3 из 6 периодов (кроме первого, второго и шестого);

2.4. «медицинские организации» - 2 из 6 периодов (кроме первого, второго, четвертого и пятого).

Далее проведен сравнительный анализ величин интервальной баннерной статистики по каждой из номинаций.

Выяснилось, что ни по одной из номинаций баннеров не наблюдалось стабильного роста «кликов» в течение года.

Баннеры 12 номинаций характеризуются стабильным на протяжении года спадом числа кликов; по 7 из них спад за 6 период по сравнению с первым периодом – более чем в два раза:

- «бизнес-администрирование в здравоохранении»;

- «как избежать кризиса бизнеса?»;

- «как не допустить кризиса в бизнесе?»;
- «как организовать и наладить бизнес в здравоохранении?»;
- «как эффективно управлять бизнесом?»;
- «корпоративное управление в здравоохранении»;
- «риски в управлении медицинской организацией».

По оставшимся 5 номинациям баннеры характеризуются меньшими, но также стабильными темпами спада:

- «как получить информацию, необходимую для управления?»;
- «как привлечь инвестиции в бизнес?»;
- «как расширить сферу влияния бизнеса в здравоохранении?»;
- «как уменьшить убытки медицинской организации?»;
- «организация бизнеса в здравоохранении».

Проведен анализ стандартных отклонений по каждой из номинаций баннеров.

С целью элиминировать нерепрезентативные данные в этом анализе не учитывался 5 период (январь-февраль 2006 года), так как он характеризуется снижением деловой активности, и, как следствие – снижением активности пользователей Рунета.

При анализе учитывалось, что наименьшее стандартное отклонение от среднего характеризует стабильность востребованности баннеров по конкретной номинации. Выяснилось, что самым стабильным спросом (стандартное отклонение не превышало 10) пользовались баннеры следующих номинаций (в порядке убывания стабильности):

1. «как оценить состояние своего бизнеса?»;
2. «бизнес-планирование в здравоохранении»;
3. «представительство медицинских организаций»;
4. «как застраховаться от рисков?»;
5. «как уменьшить риски в бизнесе?»;
6. «развитие бизнеса в здравоохранении»;
7. «как получить информацию, необходимую для управления?»;
8. «как привлечь инвестиции в бизнес?»;
9. «правовые основы контроллинга в здравоохранении».

Самым нестабильным интересом пользовались баннеры следующих номинаций (в порядке убывания стабильности):

1. «управление медицинской организацией и право»;
2. «как уменьшить убытки медицинской организации?»;
3. «медицинская организация в суде»;
4. «составление договора об оказании медицинских услуг»;
5. «ликвидность медицинских услуг».

Также выяснилось, что абсолютное большинство номинаций (7 из 9), имеющих стабильную востребованность, представляют 1 группу баннеров («медицинский бизнес»). Высокую стабильность имеют также баннеры по одной номинации из 2 («процессы в здравоохранении») и 3 («медицинские организации») групп.

В то же время малой стабильностью востребованности характеризуются баннеры трех номинаций из 3 («медицинские организации») группы, а также двух номинаций из 4 («медицинские услуги») группы. При этом баннеры последней группы имеют самые высокие показатели нестабильности.

На третьем этапе баннеры изучались по внутренним (внутри группы) и внешним (в разных группах) смысловым ассоциациям номинаций посредством корреляционного анализа.

В 1 группе («медицинский бизнес») баннеры находились в тесной корреляционной связи, кроме двух пар:

- «как оценить состояние своего бизнеса?» и «как расширить сферу влияния бизнеса в здравоохранении?» ( $r=0,67$ );
- «информация в управлении бизнесом в здравоохранении» и «как использовать информацию при управлении бизнесом в здравоохранении?» ( $r=0,81$ ).

Во 2 группе («процессы в здравоохранении») баннеры находились в тесной корреляционной связи, кроме следующих пар:

- «защита собственности в здравоохранении» и «медицинское страхование: правовые аспекты» ( $r=0,72$ );
- «защита собственности в здравоохранении» и «социальный заказ в здравоохранении» ( $r=0,80$ );
- «защита собственности в здравоохранении» и «управление в здравоохранении: правовые аспекты» ( $r=0,77$ );
- «инвестиционные проекты в здравоохранении» и «медицинское страхование: правовые аспекты» ( $r=0,76$ );
- «инвестиционные проекты в здравоохранении» и «социальный заказ в здравоохранении» ( $r=0,79$ );
- «инвестиционные проекты в здравоохранении» и «управление в здравоохранении: правовые аспекты» ( $r=0,77$ );
- «корпоративное управление в здравоохранении» и «медицинское страхование: правовые аспекты» ( $r=0,71$ );
- «корпоративное управление в здравоохранении» и «правовые основы контроллинга в здравоохранении» ( $r=0,81$ );
- «корпоративное управление в здравоохранении» и «социальный заказ в здравоохранении» ( $r=0,81$ ).

В 3 группе («медицинские организации») все баннеры находились между собой в тесной корреляционной связи.

В 4 группе («медицинские услуги») баннеры находились в тесной корреляционной связи, кроме двух пар:

- «конъюнктура рынка медицинских услуг» и «ликвидность медицинских услуг» ( $r=0,81$ );
- «способы оплаты медицинских услуг» и «ценообразование на медицинские услуги» ( $r=0,72$ ).

По внешним ассоциациям номинаций баннеры разных групп находились в тесной корреляционной связи, кроме трех пар:

- «медицинская услуга: правовые аспекты» и «управление в здравоохранении: правовые аспекты» ( $r=0,81$ );
- «управление в здравоохранении: правовые аспекты» и «юридическое обслуживание медицинских организаций» ( $r=0,65$ );
- «управление медицинской организацией и право» и «юридическое обслуживание медицинских организаций» ( $r=0,75$ ).

В целом, полученные результаты исследования приводят к следующим обобщениям:

1. Наиболее высокую, но неустойчивую востребованность в течение года продемонстрировали следующие номинации баннеров:

- «составление договора об оказании медицинских услуг»;

- «способы оплаты медицинских услуг»;
- «как развить бизнес в здравоохранении?».

2. Наиболее устойчивая, но низкая востребованность в течение года была присуща следующим номинациям баннеров:

- «как оценить состояние своего бизнеса?»;
- «бизнес-планирование в здравоохранении»;
- «представительство медицинских организаций»;
- «как застраховаться от рисков?»;
- «как уменьшить риски в бизнесе?»;
- «развитие бизнеса в здравоохранении»;
- «как получить информацию, необходимую для управления?»;
- «как привлечь инвестиции в бизнес?»;
- «правовые основы контроллинга в здравоохранении».

3. Наиболее нестабильной востребованностью в течение года отличались следующие номинации баннеров:

- «управление медицинской организацией и право»;
- «как уменьшить убытки медицинской организации?»;
- «медицинская организация в суде»;
- «составление договора об оказании медицинских услуг»;
- «ликвидность медицинских услуг».

4. Наиболее низкая востребованность в течение года была свойственна следующим номинациям баннеров:

- «конъюнктура рынка медицинских услуг»;
- «как увеличить доходы медицинской организации?».

5. Наиболее стабильный спад востребованности в течение года показали следующие номинации баннеров:

- «бизнес-администрирование в здравоохранении»;
- «как избежать кризиса бизнеса?»;
- «как не допустить кризиса в бизнесе?»;
- «как организовать и наладить бизнес в здравоохранении?»;
- «как эффективно управлять бизнесом?»;
- «корпоративное управление в здравоохранении»;
- «риски в управлении медицинской организацией».

6. Наиболее высокой стабильной востребованностью в течение года пользовались номинации 1 («медицинский бизнес») группы, высокой нестабильной востребованностью – 4 («медицинские услуги») группы, низкой стабильной востребованностью – 2 («процессы в здравоохранении») и 3 («медицинские организации») групп баннеров. При этом наиболее высокие показатели нестабильности имеют баннеры 4 («медицинские услуги») группы.

7. Находясь в смысловых ассоциациях, лишены тесной корреляционной связи следующие номинации баннеров:

- «как оценить состояние своего бизнеса?» и «как расширить сферу влияния бизнеса в здравоохранении?»;
- «информация в управлении бизнесом в здравоохранении» и «как использовать информацию при управлении бизнесом в здравоохранении?»;
- «защита собственности в здравоохранении» и «медицинское страхование: правовые аспекты»;

- «защита собственности в здравоохранении» и «социальный заказ в здравоохранении»;
- «защита собственности в здравоохранении» и «управление в здравоохранении: правовые аспекты»;
- «инвестиционные проекты в здравоохранении» и «медицинское страхование: правовые аспекты»;
- «инвестиционные проекты в здравоохранении» и «социальный заказ в здравоохранении»;
- «инвестиционные проекты в здравоохранении» и «управление в здравоохранении: правовые аспекты»;
- «корпоративное управление в здравоохранении» и «медицинское страхование: правовые аспекты»;
- «корпоративное управление в здравоохранении» и «правовые основы контроллинга в здравоохранении»;
- «корпоративное управление в здравоохранении» и «социальный заказ в здравоохранении»;
- «конъюнктура рынка медицинских услуг» и «ликвидность медицинских услуг»;
- «способы оплаты медицинских услуг» и «ценообразование на медицинские услуги»;
- «медицинская услуга: правовые аспекты» и «управление в здравоохранении: правовые аспекты»;
- «управление в здравоохранении: правовые аспекты» и «юридическое обслуживание медицинских организаций»;
- «управление медицинской организацией и право» и «юридическое обслуживание медицинских организаций».

8. Если в 3 группе («медицинские организации») все баннеры находились между собой в тесной корреляционной связи, а в самой большой – 1 (23 баннера), как и в 4 («медицинские услуги»), группе менее тесную связь имели всего лишь по две пары баннеров, то в самой маленькой 2 группе (8 баннеров) недостаточно тесную корреляционную связь обнаружили 9 пар баннеров.

Таким образом, проведенное исследование баннерной статистики свидетельствует о том, что отсутствует общая, системная и структурированная мотивация востребованности информации по номинациям управления в здравоохранении у заинтересованных в ней пользователей Рунета.

## **Глава 5. Предпосылки индустриальной трансформации сферы охраны здоровья**

### **§ 5.1. Современное состояние организации здравоохранения<sup>23</sup>**

Практическое здравоохранение представляет собой сферу отношений по поводу медицинских услуг исполнительской и потребительской сред. Соответственно, организация здравоохранения распадается на две части: организация исполнительской среды оказания медицинской помощи и организация потребительской среды получения медицинской помощи.

---

<sup>23</sup> Иванов А.В., Тихомиров А.В. Современное состояние организации отечественного здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.23-29.



Прежде правила организации обеих сред были едиными: поскольку государство охватывало все общество, учреждения здравоохранения, включенные в механизм государства, в нисходящей административной иерархии занимали положение между органами управления здравоохранением и гражданами.

С изменением политического устройства в России, во-первых, государство обособилось от общества, члены общества обрели автономию личности и гражданскую самостоятельность. Во-вторых, исход государства из экономики ознаменовался в здравоохранении появлением частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей.

Тем самым потребительская среда дезинтегрировалась из здравоохранения, а частная медицина – не интегрировалась в него из-за неприятия ее самим здравоохранением.

Здравоохранение перестало быть единственно возможным для граждан, оставшись бесплатным для них. Будь здравоохранение при этом эффективным в лучших традициях советского периода, оно стало бы действительной альтернативой частной медицине. Однако процессы дезинтеграции начались в самом здравоохранении.

Здравоохранение перестало быть централизованным государственным институтом, распавшись по имущественной принадлежности учреждений здравоохранения федеральному, региональному и муниципальному уровню. Децентрализация усугубилась разделением уровней финансирования учреждений здравоохранения.

Здравоохранение, искусственно объединяемое в систему органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения, перестало быть системой, разделившись по результату деятельности – имеющему товарную форму для учреждений здравоохранения и не имеющему – для органов управления здравоохранением.

Здравоохранение перестало быть отраслью народного хозяйства в прежнем значении непроеизводственной сферы, в изменившихся условиях не став отраслью экономики наравне с промышленностью, строительством, торговлей и т.д.

Учреждения здравоохранения, утратив интегрированность в механизм государства и сохраняя отраслевое положение практического звена здравоохранения, не обрели своего правового положения в качестве юридических лиц. Сохранив административную подчиненность механизму государства, учреждения здравоохранения, не стали и хозяйствующими субъектами, субъектами товарных отношений (99).

С утратой прежнего значения и единства в условиях изменившегося устройства государства здравоохранение не изменило своего прежнего нетоварного устройства. Однако общество, в том числе должностные лица органов управления здравоохранением и практические медработники, стало руководствоваться ориентирами изменившегося устройства государства, привнося в здравоохранение чуждые его устройству товарные новшества.

Экономическая ригидность здравоохранения стала замещаться товарной инициативой тех, кто не является субъектами товарных отношений. Если учреждения здравоохранения оказались вне рыночных отношений, то инициатива товарообмена перешла к их работникам – мздоимство стало нормой для медицинских работников в учреждениях здравоохранения. Если на фоне частной медицины под запретом оказался рынок в практическом здравоохранении, при органах управления здравоохранением возникли структуры рыночного отъема доходов у частных медицинских организаций (добровольно-принудительный консалтинг при лицензировании и т.д.).

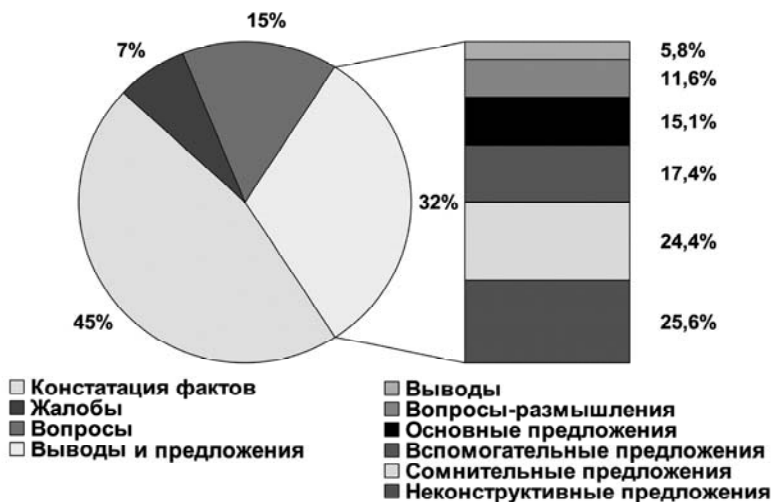
Тем самым наряду с исполнительной средой оказания медицинской помощи в частной медицине и потребительской средой получения медицинской помощи сформировалась сре-

да здравоохранения, в противопоставлении первой и в противостоянии второй организованная на декларативных началах, которым не соответствует фактическое положение дел в ней.

Объективно, если в частной медицине экономическая деятельность регулируется федеральным законодательством, то в здравоохранении – ведомственными нормативами. Если частная медицина устроена на началах воспроизводства, создания ВВП, то здравоохранение – на началах потребления, использования ВВП. Если частная медицина организована на основе договора, то здравоохранение – на основе административных предписаний.

В потребительской среде взгляды на частную медицину и здравоохранение иные. Если в частной медицине за медицинские услуги приходится платить, то в здравоохранении – нет. И пока фактическая платность формально бесплатного здравоохранения соразмеряется с покупательной способностью граждан, они готовы ее терпеть. Но когда в учреждениях здравоохранения любая медицинская помощь перестает оказываться бесплатно, терпению граждан приходит конец.

Оставшись формально бесплатным и перестав быть единственно возможным для граждан, здравоохранение перестало быть приемлемым для них. Граждане еще не склонились в пользу частной медицины, но уже массово ропщут в адрес бесплатного здравоохранения. По результатам Интернет-обращений к Президенту России (2006 г.), несмотря на то, что почти половина ограничивается констатацией негативных фактов, почти каждый третий из них ищет пути выхода из создавшегося положения:



Напротив, в среде здравоохранения нет ощущения катастрофы. По результатам Интернет-обращений к Президенту России (2006 г.) почти 90% медицинских работников занято сетованиями по поводу заработной платы и ее сравнением у коллег, и лишь менее 10% предпринимает поиски выхода из создавшегося положения:



Характерно, что в Интернет-обращениях к Президенту России явно обозначили себя лишь один главный врач учреждения здравоохранения и двое руководителей частных медицинских организаций. Иными словами, управленцы от медицины предпочитают не участвовать в открытом общении с властью.

И это было бы объяснимо, будь в здравоохранении налажен работоспособный правовой режим хозяйствования, действовало эффективное управление, и существовала высоко-развитая экономика.

Проведенные исследования демонстрируют, что это не так.

Мнения юристов, отражающие не их персональную позицию, а установления закона, довольно однозначны как в отношении содержания (80), так и оснований (81) хозяйственного процесса в здравоохранении. В части правового режима деятельности в экономическом обороте им соответствуют мнения руководителей частных медицинских организаций (85). Мнения же руководителей учреждений здравоохранения (78) не соответствуют ни мнениям юристов, ни мнениям руководителей частных медицинских организаций ни в части правового режима деятельности в экономическом обороте, ни в части правового режима деятельности бюджетных учреждений. Иными словами, предмет деятельности учреждений здравоохранения иной, чем определен законом и принят в частной медицине.

Между тем деятельность тех и других в заданных законом рамках состоит в производстве и реализации медицинских услуг за плату, производимую потребителем или третьими лицами в его пользу. Закон не делает различий медицинских услуг, производимых и реализуемых учреждениями здравоохранения и частными медицинскими организациями, как и различий в личности плательщика – оплачивает ли эти медицинские услуги государство или любое иное лицо.

Хотя ориентиры управления в представлениях руководителей частных медицинских организаций достаточно размыты и неопределенны (91), они имеют экономическую ос-

нову и несопоставимы с таковыми в представлениях руководителей учреждений здравоохранения (90). Между тем закон одинаково определяет понятия юридического лица (119, ст.48) и его органов (119, ст.53), как и понятие хозяйствующего субъекта – российских и иностранных коммерческих организаций и их объединений (союзы или ассоциации), некоммерческих организаций, за исключением не занимающихся предпринимательской деятельностью, в том числе сельскохозяйственных потребительских кооперативов, а также индивидуальных предпринимателей (16, ст.4).

Очевидно, что вопреки единству правового режима фактические различия между субъектами, объектами, характером деятельности и управления в области охраны здоровья являются искусственными, носят подзаконный характер и происходят из организационной сферы.

А граница подобного деления проходит по линии доступа к средствам государственной казны: учреждения здравоохранения, которые такой доступ имеют и используют для потребления этих средств, и частные медицинские организации, лишенные доступа к средствам государственной казны, но как налогоплательщики ее пополняющие, а помимо этого своей экономической деятельностью порождающие эффект в социальной среде. Частные медицинские организации и государственную казну пополняют наравне с хозяйствующими субъектами в других отраслях экономики, и социальный эффект оказывают наравне с учреждениями здравоохранения. Учреждения же здравоохранения эту казну опустошают – без адекватной социальной отдачи.

Тем самым в здравоохранении не работает правовой режим хозяйствования, не сложилось эффективного управления, не формируется нормальной экономики постольку, поскольку единству товарообмена противопоставляется разграничение государственной казны и частного капитала.

При этом бизнес противопоставляется здравоохранению, хотя экономика создается бизнесом, и нормальная товарная экономика здравоохранения – не исключение. Понимание этого происходит уже в настоящее время.

Не случайно компромиссным и одновременно объединительным становится понятие «медицинский бизнес» (86). При виртуальном опросе на сайте [www.jurinfozdrav.ru](http://www.jurinfozdrav.ru) (по состоянию на 01.11.06) почти 60% респондентов высказалось безусловно утвердительно и 40% - отрицательно под различными условиями:

Считаете ли Вы, что оказание медицинских услуг – это бизнес?	
да	58,6%
да, только в частных организациях	19,0%
да, кроме финансирования из госбюджета	13,8%
да, кроме как в системе ОМС	6,9%
да, кроме как при медицинском страховании	1,7%

Менее 4% респондентов полагает, что этим бизнесом может управлять менеджер без медицинского образования, и при этом 86% считает, что управлять им должен в качестве менеджера медицинский работник:

Кто, по Вашему мнению, должен управлять медицинским бизнесом?	
Практический медик	9,5%
Менеджер широкого профиля	3,6%
Медик с управленческим образованием	40,5%
Менеджер с медицинским образованием	31,0%
Менеджер со специализацией в медицине	15,0%

При этом больше половины респондентов считает, что медицинскому бизнесу необходима защита от административного ресурса:

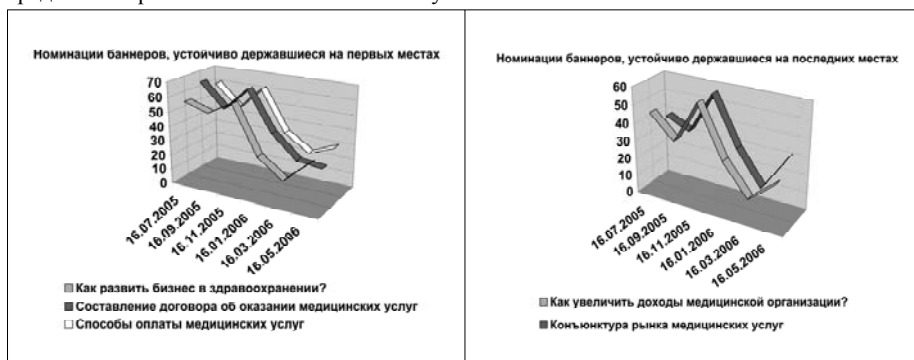
Нужна ли медицинскому бизнесу защита?	
Да, от административного ресурса	51,1%
Да, от потребительского экстремизма	17,8%
Да, от своего менеджмента	6,7%
Да, от бандитов	6,7%
Нет, лишь бы не мешали	17,8%

Тем самым заинтересованные пользователи Рунета большинством считают, что оказание медицинских услуг – это бизнес, руководить им может только медицинский работник, сведущий в вопросах управления (менеджер), а необходима этому бизнесу защита прежде всего от административного ресурса.

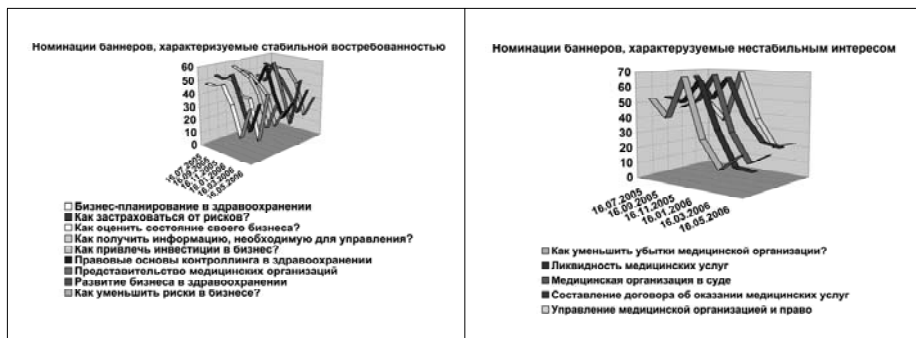
Отсюда проблема хозяйствующих субъектов в области охраны здоровья – в управленческой подготовленности руководителей и в агрессивности административного ресурса.

Содержание и объект управления субъектами медицинской деятельности не является определенным, внятным и доступным их руководителям. Об этом свидетельствует баннерная статистика (24).

Развитию бизнеса одинаково необходимо и составление договора об оказании медицинских услуг, и понимание способов их оплаты, и увеличение доходов медицинской организации (без чего она просто не сможет развиваться), и понимание конъюнктуры экономического оборота (без чего невозможно позиционирование в нем медицинской организации). Однако ни доходность деятельности, ни конъюнктура рынка не популярны среди заинтересованных пользователей Рунета:



Заинтересованных пользователей Рунета стабильно привлекают вопросы организации, планирования, оценки бизнеса наряду с вопросами о связанных с этим рисках, но то, что составляет организацию бизнеса (убытки, ликвидность продукции) и риск-менеджмент, пользуется нестабильным спросом:



На этом фоне еще более странным является стабильный спад востребованности вопросов организации бизнеса и риск-менеджмента в других формулировках:

Номинации баннеров, характеризующиеся стабильным спадом числа кликов



Из этого следует, что административный аппарат медицинских организаций не имеет четких ориентиров корпоративного менеджмента (бизнес-администрирования).

И уход медицинских работников, прежде работавших в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения не означает, что они усвоили правила бизнеса, одинаковые для всех отраслей экономики. Привычные для учреждений здравоохранения правила они пытаются модифицировать и адаптировать к условиям бизнеса.

Из этого следует, что медицинский бизнес – это еще не бизнес в общепринятом понимании и значении.

Медицинский бизнес не сформировал еще свою идеологию, как государство не сформировало свою идеологию отношения к медицинскому бизнесу.

Именно потому медицинский бизнес испытывает гнет административного ресурса, что государство дистанцируется в здравоохранении от бизнеса, не имея возможности найти

ему работоспособную альтернативу. А то здравоохранение, которое есть, государством всячески обособляется от бизнеса, не представляя собой подобную для него альтернативу.

Тем самым под лозунгом «Нет бизнесу!» здравоохранение остается на незыблемых организационных началах потребления средств государственной казны, использования ВВП. И то обстоятельство, что налогоплательщики содержат такое здравоохранение, которое ничего не дает обществу, ради которого существует, не заставляет здравоохранение менять свою организацию.

Здравоохранение оставляет медицинский бизнес за пределами своей организации. И это понятно: медицинский бизнес организован на правовых основах, установленных государством, и складывается по экономическим законам, по которым живет вся экономика страны. Медицинский бизнес не подчиняется ведомственным установлениям в здравоохранении. В отличие от здравоохранения медицинский бизнес честен тем, что не скрывает от общества свой товарообменный характер, не подменяет экономику нерыночным распределением незаработанных средств, по доходам осуществляя расходы. И медицинский бизнес вовсе не препятствует бесплатности медицинской помощи, монополию на которую присвоило здравоохранение.

Следовательно, если здравоохранение хранит свою энтропию, не отзываясь на запросы общества, будучи полностью зависимо от государства и его казны, только влияние общества на государство способно привести к переменам в организации здравоохранения.

Государство является организацией общества. Но государство – не единственный способ организации общества. Существуют общественные институты, имеющие влияние на государство (политические партии, общественные и религиозные организации и др.).

В отношении здравоохранения общество, т.е. потребительская среда, также нуждается в организации. Организация общества в отношении здравоохранения до настоящего времени не являлась предметом внимания.

Между тем реальные процессы организации общества в отношении здравоохранения уже происходят, и тенденции их развития демонстрируют, что они могут еще более усугубить кризис здравоохранения.

Эти тенденции отражают следующие факты:

1. С появлением Общественной Палаты РФ (130), на основании Указа Президента РФ (117), предусматривающего формирование общественных советов при федеральных органах исполнительной власти, подобный совет (48) был создан и при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, в задачи которого вошли: координация участия институтов гражданского общества в обеспечении защиты прав пациентов при оказании им медико-социальной помощи; подготовка для Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития предложений и рекомендаций по наиболее эффективной реализации задач в установленной сфере деятельности; обсуждение проектов нормативных правовых актов (законов, иных нормативных правовых актов), а также принятых актов, регулирующих отношения в сфере здравоохранения, выработка предложений по их оптимизации; подготовка рекомендаций по совершенствованию работы с обращениями граждан по вопросам защиты прав на охрану здоровья и получение социальной помощи, предложений по досудебному урегулированию конфликтных ситуаций в сфере здравоохранения; содействие в защите трудовых социальных прав медицинских работников; обобщение, анализ и содействие распространению эффективных методов защиты прав пациентов; борьба против коррупции и других правонарушений в сфере здравоохранения; информирование населения, организаций

медико-социальной сферы, медицинских работников, средств массовой информации, органов государственной власти и местного самоуправления о правах граждан на охрану здоровья, способах их реализации, нарушениях и методах защиты прав пациентов в Российской Федерации, а также о деятельности Совета.

Дело не в том, что к государственной власти приближаются люди, не сведущие в ее осуществлении. Дело в том, во-первых, что единоначалие в государственных делах подменяется опорой на пресловутую «общественность», в которой профессионалы находятся в большом разведении конъюнктурными карьеристами, притом что рекомендательное значение подобных общественных советов на деле сказывается игрой амбиций в попытках влияния на государственную власть.

Во-вторых, быть профессионалом в медицине – не то же, что быть профессионалом в деле государственного управления. Еще хуже не быть профессионалом – в том числе, в медицине – участвуя в общественном совете при органах государственной власти. Кухарка не в состоянии управлять государством. Трудно обучить *любую* кухарку управлять государством, но научить этому *каждую* кухарку невозможно<sup>24</sup> - в любом случае этому надо *учиться*, что не всякому дано. Лишь *научившиеся* члены общественных советов способны к рекомендательному существованию при органах государственной власти. А научившись, они уже не будут довольствоваться рекомендательным положением. Отсюда – либо дилетант с рекомендательным голосом, либо профессионал, которому в рекомендательных рамках тесно.

В-третьих, общество традиционно влияет на государственную власть и на самоуправление электоральными механизмами. Создание рекомендательных структур при исполнительной власти либо не сопровождается влиянием на нее, и тогда зачем они нужны, либо сопровождается таким влиянием, и тогда зачем нужна такая власть, которая вместо последовательного претворения политики государства подпадает под влияние персоналий из общественных советов.

2. В дебатующихся последние 3-4 года законопроектах «О государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организациях» и «Об автономных учреждениях»<sup>25</sup> предусматривалось в качестве высшего органа управления создание поначалу попечительского совета (ст.11), в окончательном варианте – наблюдательного совета (п.1 ст.10), в состав которого (помимо представителей учредителя автономного учреждения, представителей исполнительных органов государственной власти или представителей органов местного самоуправления, на которые возложено управление государственным или муниципальным имуществом), вводятся и представители общественности, в том числе лица, имеющие заслуги и достижения в соответствующей сфере деятельности.

В отношении организации, основанной на несобственном имуществе, необходимость участия представителей собственника в высшем органе управления легко объяснима. В меньшей мере объяснимо, почему в высшем органе управления организацией, осуществляющей *экономическую* (т.е. с результатом, имеющим форму товара) деятельность,

---

24 В работе “Удержат ли большевики государственную власть ?” (34) В.И.Ленин писал: “...Мы не утописты. Мы знаем, что любой чернорабочий и любая кухарка не способны сейчас же вступить в управление государством. Но мы ...требуем немедленного разрыва с тем предрассудком, будто управлять государством, нести будничную, ежедневную работу управления в состоянии только богатые или из богатых семей взятые чиновники. Мы требуем, чтобы ...к обучению этому немедленно начали привлекать всех трудящихся, всю бедноту....”, “Мы и кухарку каждую выучим управлять государством!” – В.Маяковский, “Поэма о Ленине”, 1925 г.

25 Принят Государственной Думой РФ в третьем чтении 13.10.2006. Учреждения здравоохранения исключены из-под действия данного закона.



должны быть представлены исполнительные органы государственной власти или органы местного самоуправления, на которые возложено управление государственным или муниципальным имуществом – отличные от представителей собственника. И совсем необъяснимо, почему в высшем органе управления организацией должны быть представители общественности – даже если они имеют заслуги и достижения в соответствующей сфере деятельности. По существу, подобные представители общественности – либо медицинские работники, либо пациенты, не сведущие в экономической деятельности медицинской организации. Им предстоит либо выступать статистами в деятельности наблюдательных советов, либо инициаторами воспрепятствования нормальному ходу экономической деятельности такой организации.

Очевидно, пути организации общества в отношении здравоохранения иные. Вместо позиционирования общества **при** субъектах исполнительной власти или экономической деятельности необходимо позиционирование общества **перед** субъектами исполнительной власти или экономической деятельности. Такое позиционирование общества перед соответствующими субъектами достигается государством – его политикой в здравоохранении, выраженной, в том числе, в нормах права. Общество в позиционировании перед субъектами исполнительной власти или экономической деятельности должно опираться на **правила**, а не уповать на **усмотрение** этих субъектов. Такие правила должны порождать нетоварную (для субъектов исполнительной власти) или товарную (для субъектов экономической деятельности) **обязанность** перед обществом. Именно гражданин должен выступать перед субъектами исполнительной власти или экономической деятельности носителем их обязанностей перед ним, подкрепленных силой государства – понудительной для первых и финансовой для вторых.

Таким образом, существующая организация здравоохранения замкнута внутрисемейным циклом распределения и потребления средств государственной казны и не ориентирована на потребности сферы охраны здоровья. Частная медицина и общество находятся вне сферы здравоохранения. И общество, и государство недовольны здравоохранением и требуют от него изменений. Реформы здравоохранения изнутри самого здравоохранения заканчиваются провалом. Идеология новой организации здравоохранения должна быть порождена и осуществлена обществом. Это требует от государства соответствующей организации общества.

Изложенное позволяет сформулировать следующие выводы:

1. В сложившихся политических условиях практическое здравоохранение приобрело товарную форму и договорную основу.
2. В существующем виде экономика отечественного здравоохранения не имеет товарного характера.
3. Государство не может, а общество не хочет сохранять прежнюю организацию финансирования здравоохранения.
4. Здравоохранение, организованное в противопоставлении частной медицине и ориентированное на государственное финансирование безотносительно запросов общества, изжило себя.
5. Подкрепленная силой государства организация общества в отношении здравоохранения в позиционировании перед субъектами исполнительной власти и экономической деятельности способна обусловить формирование современной организации здравоохранения.

## **§ 5.2. Модельная (договорная) организация отношений по поводу медицинских услуг.**

### **Подраздел 5.2.1. Юридическое значение договора о возмездном оказании медицинской услуги<sup>26</sup>.**

Основное назначение договора сводится к регулированию в рамках закона поведения участников посредством установления пределов их возможного и должного поведения, а также последствия отклонения от подобных установлений.

По поводу значения договора сложились три точки зрения. Согласно первой, договор как волевой акт сторон – первоисточник, а закон лишь восполняет или ограничивает их волю. Вторая основана на том, что договор обладает производным от закона правовым эффектом, и приоритет остается за законом. В соответствии с третьей точкой зрения воля (сознание) сторон обращена к экономическому результату, а закон выступает лишь мерой оценки последствий, вытекающих из договора.

Регулирующая роль договора сближает его с законом и иными правовыми актами. Условия договора имеют отличия от нормы объективного права:

- по происхождению правил поведения: договор является выражением воли сторон, в то время как акт объективного права – воли издавшего его органа;
- по пределам действия правил поведения: договор устанавливает права и обязанности только для его участников (для третьих лиц договор может создать права, но не обязанности), в то время как акт объективного права устанавливает права и обязанности для всех, находящихся в сфере его действия.

В римском праве сформировалось три значения понятия «договор»:

- как основание возникновения правоотношения;
- как само правоотношение, возникшее из этого основания;
- как форма существования правоотношения или как акт оформления этого правоотношения.

В значении основания правоотношения договор представляет собой сделку. Сделками признаются действия граждан и юридических лиц, направленные на установление, изменение или прекращение гражданских прав и обязанностей (119, ст.153).

Сделки отличает направленность действий на определенный результат, намерение его достичь. Сам результат находится за пределами сделки. Для существования сделки не имеет значения, будет ли достигнут желаемый сторонами правовой результат либо нет (76). Если совершается сделка купли-продажи, чтобы она считалась состоявшейся не обязательно, чтобы объект купли-продажи перешел к покупателю – на основе сделки он приобретает право требования к продавцу (передачи вещи и/или возмещения причиненных убытков). Правовое значение имеет факт совершения сделки, в силу чего и наступают соответствующие правовые последствия.

Поскольку сделка является основанием правоотношения, постольку ее совершение предшествует правоотношению. Сделка не может совершаться в процессе или в результате правоотношения, которое она оформляет. Правоотношение складывается в силу сделки, а не сделка совершается в силу состоявшегося правоотношения. Сделка оформляет правоотношение как его основание, а не как средство надзора и контроля за ходом его осуществления.

---

<sup>26</sup> Иванов А.В., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Юридическое значение договора о возмездном оказании медицинских услуг. //Главный врач: хозяйство и право, 2005, № 3, С.20-28.

Сделка представляет собой волевое и правомерное действие. Если закон является «отцом договора» (114), то соглашение – это «мать договора» (6, С.15).

Сделка совершается по воле сторон. Но чтобы быть сделкой в качестве договора, воля сторон должна быть совпадающей, единой. Стороны при совершении сделки должны иметь одинаковые представления о существовании устанавливаемого правоотношения. Воля должна соответствовать волеизъявлению каждой из сторон, а волеизъявление одной из них – волеизъявлению другой. Отсутствие такого соответствия означает порок воли участника договора. Сделки, совершенные участником с пороком воли, могут быть им оспорены – как недействительные в силу заблуждения (119, ст.178) или обмана (119, ст.179).

Не исключены случаи, когда стороны в действительности имели в виду не тот договор, название которого ему дали – например, договор об оказании медицинских услуг между юридическими лицами, когда на самом деле предметом договора является оплата медицинских услуг их исполнителю работодателем в пользу работников. Как бы его не назвали, из такого договора вытекают последствия договора в пользу третьих лиц (119, ст.430), а не последствия договора о возмездном оказании услуг (119, ст.779).

Согласование воли сторон договора, т.е. совершение двух- или многосторонней сделки, происходит в порядке, предусмотренном законом.

Договор заключается<sup>27</sup> посредством направления оферты (предложения заключить договор) одной из сторон и ее акцепта (принятия предложения) другой стороной (119, п.2 ст.432). Договор может быть заключен на торгах (119, ст.447). Договор может быть заключен не через согласование, а в порядке присоединения стороны к договору (119, ст.428).

Избрав предусмотренную законом модель сделки (договора), ее участники принимают на себя обязанность подчинить созданное ими правоотношение режиму, который установлен законом для этой модели договора. Стороны вправе заключать договоры и любой другой модели, неизвестной действующему законодательству, однако если из существа оформляемого таким договором правоотношения вытекают правовые последствия существующей законодательной модели, правоотношение оценивается по этой модели. К сделке, которую стороны действительно имели в виду, с учетом существа сделки, применяются относящиеся к ней правила. А сама сделка, совершенная с целью прикрыть другую сделку (притворная сделка), ничтожна (119, п.2 ст.170). Ничтожна также сделка, которая совершена лишь для вида, без намерения создать соответствующие ей правовые последствия, т.е. мнимая сделка (119, п.1 ст.170).

В значении правоотношения, оформляемого сделкой, договор представляет собой совокупность исполняемых сторонами обязательств, т.е. их прав и обязанностей в процессе и в результате их осуществления в соответствии или не в соответствии с основанием их возникновения, т.е. сделки. В этом смысле договор является моделью правоотношения.

Как модель договор охватывает содержание предстоящего правоотношения сторон. Содержанием договора-правоотношения являются его условия. Условия договора представляют собой способ фиксации прав и обязанностей сторон.

Традиционно выделяется категория существенных условий как необходимых и достаточных для заключения договора. Существенными являются условия о предмете договора, условия, которые названы в законе или иных правовых актах как существенные или необходимые для договоров данного вида, а также все те условия, относительно которых по заявлению одной из сторон должно быть достигнуто соглашение (119, п.1 ст.432).

---

27 Заключение реального договора, связанного с передачей вещи, и договора, подлежащего государственной регистрации, в настоящей работе не рассматривается.

Договор складывается по поводу передачи имущества, выполнения работ или оказания услуг. При любом из этих трех вариантов суть договора, по общему правилу, можно свести к определению четырех параметров, каждый из которых соответствует следующим вопросам: что, сколько, когда и каким образом (6, С.254).

В отсутствие существенного условия договор не считается заключенным: договор считается заключенным, если между сторонами, в требуемых в подлежащих случаях форме, достигнуто соглашение по всем существенным условиям договора (119, п.1 ст.432).

Всякий раз, когда стороны заключают договор, они определяют, во-первых, о чем им предстоит договариваться и, во-вторых, какими должны быть условия договора. Однако формулирование условий договора одновременно подчиняется действию правовых норм.

Пределы такой подчиненности зависят от характера и содержания нормы. Если условия договора не подчиняются императивным правовым нормам, договор либо не считается заключенным, либо признается ничтожным. Напротив, несоответствие договора диспозитивной правовой норме (предусматривающей общее правило на случай, если иное не установлено договором) не влечет правовых последствий.

Стороны используют законодательную модель договорного правоотношения, что создать договорную модель конкретного правоотношения, с учетом его особенностей и согласованных пожеланий сторон.

Если каждая из сторон по договору несет обязанность в пользу другой стороны, она считается должником другой стороны в том, что обязана сделать в ее пользу, и одновременно ее кредитором в том, что имеет право от нее требовать (119, п.2 ст.308). Договор, таким образом, представляет собой систему взаимных<sup>28</sup> обязательств, в которой каждая сторона в отношении другой является одновременно и должником, и кредитором. Если одна сторона обязана передать имущество, выполнить работу, оказать услугу, уплатить деньги, то другая – вправе требовать от нее исполнения такой обязанности (119, п.1 ст.307) и осуществить встречное предоставление ей в качестве долга, по которому право требования принадлежит первой стороне.

Однако права и обязанности (обязательства) возникают не только из договоров, а из актов государственных органов и органов местного самоуправления, которые предусмотрены законом в качестве оснований возникновения гражданских прав и обязанностей, вследствие причинения вреда другому лицу и др. оснований (119, п.1 ст.8)<sup>29</sup>.

Совокупность обязательств составляет содержание договора (например, о возмездном оказании медицинских услуг). Но обязательство может быть и самостоятельным правоотношением, содержанием которого является право одного лица на действия другого (например, обязательство из причинения вреда при оказании медицинской помощи).

Права и обязанности сторон в обязательстве обычно предметом имеют имущество. Вместе с тем возможны обязательства и неимущественного характера (например, предоставление гражданину информации о состоянии здоровья – 21, ст.31).

Как форма существования правоотношения или как акт оформления этого правоотношения договор позволяет удостовериться, как модель правоотношения нашла воплощение в действительность в фактическом правоотношении.

---

28 Односторонне-обязывающие договорные обязательства в настоящей работе не рассматриваются.

29 К имущественным отношениям, основанным на административном или ином властном подчинении одной стороны другой, в том числе к налоговым и другим финансовым и административным отношениям, гражданское законодательство не применяется, если иное не предусмотрено законодательством (119, п.3 ст.2). Не являющиеся гражданско-правовыми основания имущественных отношений в настоящей работе не рассматриваются.

Правовое регулирование формы договоров выражается в установлении требований к ней и последствий их нарушения. Цель соответствующих требований состоит в том, что все они позволяют сделать отношения сторон более определенными, снять основания для споров в будущем по поводу самого факта совершения сделки и ее содержания.

Сделки между юридическими лицами между собой и юридическими и физическими лицами всегда должны совершаться в письменной<sup>30</sup> форме (119, п.1 ст.161). В случаях, прямо указанных в законе, несоблюдение такой формы сделки влечет ее недействительность (119, п.2 ст.162). Как не соответствующая требованиям закона подобная сделка ничтожна (119, ст.168).

Договор заключается путем составления одного документа, подписанного сторонами, а также путем обмена документами посредством почтовой, телеграфной, телетайпной, телефонной, электронной связи, позволяющей достоверно установить, что документ исходит от стороны по договору (119, п.2 ст.434). Но, если это специально не оговаривается законом, договор может состоять из разных документов (например, отдельно оферта и акцепт).

Закон не устанавливает также обязательность числа экземпляров договора.

В договоре может быть предусмотрено, что его отдельные условия определяются примерными условиями, разработанными для договоров соответствующего вида и опубликованными в печати (119, п.1 ст.427). Закон не допускает, что примерные условия могут быть содержанием всего договора в конкретном правоотношении. Примерные условия – это отсылочные условия по договору, оформляющему конкретное правоотношение. Закон не устанавливает также, что такие условия должны быть утверждены в публичном порядке – они должны быть только разработаны и опубликованы в печати. Обычно имеет место другое: в отсутствие правовых оснований (применимых норм законодательства) форма договора утверждается органом управления здравоохранением и как обязательная направляется в государственные и муниципальные учреждения здравоохранения.

В случаях, когда в договоре не содержится отсылка к примерным условиям, такие примерные условия применяются к отношениям сторон в качестве обычаев делового оборота (119, п.2 ст.427). Обычаем делового оборота признается сложившееся и широко применяемое в какой-либо области предпринимательской деятельности правило поведения, не предусмотренное законодательством, независимо от того, зафиксировано ли оно в каком-либо документе (119, п.1 ст.5). Обычай делового оборота – правило предпринимательской деятельности. Применимо ли оно к отношениям с потребителями, закон не устанавливает. Кроме того, учитывая недавний срок становления предпринимательства в области охраны здоровья, едва ли обычаи делового оборота успели сформироваться.

Обычаи делового оборота, противоречащие обязательным для участников соответствующего отношения положениям законодательства или договору, не применяются (119, п.2 ст.5). При наличии соответствующего положения законодательства или договора или в противоречии с ними обычаи делового оборота не действуют.

Напротив, при наличии не противоречащих законодательству обычаев делового оборота и в отсутствие применимого условия в законе и/или в договоре действуют обычаи делового оборота. Если условие договора не определено сторонами или диспозитивной нормой, соответствующие условия определяются обычаями делового оборота, применимыми к отношениям сторон (119, п.5 ст.421).

Примерные условия могут быть изложены в форме примерного договора или иного документа, содержащего эти условия (119, п.3 ст.427). В этом виде оформления примерные

---

30 Нотариальная форма договора в настоящей работе не рассматривается.

условия не перестают быть демонстрацией возможного, но не обязательного: они могут быть приняты или не приняты, приняты полностью или не полностью, став частью договора, оформляющего конкретное правоотношение.

В любом случае договор удовлетворяет потребности конкретного правоотношения, об установлении которого стороны изъявляют совпадающую волю. Поэтому сторонняя воля – в том числе воля разработчика примерных условий, воля должностных лиц государственных и муниципальных органов – для договорного оформления правоотношения не имеет значения. Влияние на условия договора оказывают только положения законов и иных правовых актов.

Стороны могут заключить договор, в котором содержатся элементы различных договоров, предусмотренных законом или иными правовыми актами (смешанный договор). К отношениям сторон по смешанному договору применяются в соответствующих частях правила о договорах, элементы которого содержатся в смешанном договоре, если иное не вытекает из соглашения сторон или существа смешанного договора (119, п.3 ст.421). Иными словами, смешанный договор охватывает совокупность правоотношений. Эти отношения различаются предметом и объединены единством объекта. Таким является, например, инвестиционный договор, который может оформлять одновременно отношения по договору простого товарищества, подряда и др.

Напротив, единое сложное правоотношение, предмет которого является единым, а объекты, по поводу которых складывается правоотношение – различаются. Такое правоотношение может быть оформлено одним или разными договорами в зависимости от того, тождественны или нетождественны его стороны в отношении неодинаковых объектов. Таким является правоотношение в связи с возмездным оказанием медицинской услуги, реализацией товаров и изделий медицинского назначения.

Независимо от того, кто выступает плательщиком за товары, работы, услуги медицинского назначения, права потребителей не утрачивают своего значения и находятся под защитой закона так же, как если бы плательщиком выступал сам потребитель.

Вне зависимости от того, оказываются услуги, выполняются работы или продаются товары медицинского назначения, эти договорные отношения складываются по поводу здоровья.

Независимо оттого, что в правоотношении меняется оборотный объект гражданских прав (товары, работы, услуги), неизменным остается необоротный объект этих прав (здоровье).

Отношения по поводу оборотного объекта неотделимы от отношений по поводу необоротного объекта.

При этом правовые последствия вытекают как из отношений по поводу необоротного объекта, так и из отношений по поводу оборотного объекта.

Если плательщик совпадает в одном лице с получателем, то договор, оформляющий это комплексное правоотношение, может быть одним, если не совпадает – платежные обязательства выносятся в отдельный договор оплаты медицинских услуг в пользу третьего лица (119, ст.430).

В соответствии с законодательной конструкцией договора в пользу третьего лица выгодоприобретатель становится в обязательстве каждой из сторон друг перед другом дополнительным кредитором с момента выражения намерения воспользоваться (119, п.2 ст.430) или отказа воспользоваться (119, п.4 ст.430) выговоренным правом. И в том, и в другом случае подобное намерение представляет собой одностороннюю сделку. По смыслу закона (21, ст.32) не очевидно, что собой представляет информированное добровольное согласие – одностороннюю или двустороннюю сделку.

Однако неотчуждаемость, непередаваемость здоровья (119, ст.150) и права на него (119, ст.383) и, следовательно, невозможность делегировать правообладателем плательщику право принимать какое бы то ни было решение в отношении здоровья делает невозможным любое медицинское вмешательство без предварительного выражения совпадающей воли правообладателя и исполнителя медицинской услуги, т.е. без договора.

Если плательщик оплачивает услугу, а исполнитель в счет оплаты ее оказывает, то объектом ее оказания является здоровье получателя.

Если же действия в отношении здоровья не охватываются договором с правообладателем, то вне зависимости от профессионализма они являются основанием возникновения внедоговорных обязательств из причинения вреда.

Иными словами, в отсутствие договорных оснований воздействия на здоровье (медицинского вмешательства) получатель медицинской услуги свободен в обращении требований из причинения вреда к ее исполнителю.

Следовательно, факт наличия договора о содержании и объеме воздействия на здоровье получателя медицинской услуги исключает возникновение внедоговорных обязательств перед ним ее исполнителя в той мере, в какой договор в соответствии с правилами медицины, с учетом возможных сопутствующих эффектов (осложнений и т.п.) охватывает фактически наступившие последствия. Для защиты правомерных интересов договор больше нужен исполнителю медицинской услуги, чем ее получателю, поскольку в отсутствие договора профессионально оправданные составляющие воздействия на здоровье являются противоправным посягательством, не будучи предварительно охвачены его волей.

Профессионально оправданные или не оправданные составляющие воздействия на здоровье, оформленные записями в историю болезни (родов) или в амбулаторную карту, выписок, как и данными исследований, назначениями и пр., являются свидетельством исполнения обязательств по договору, но не основанием правоотношения. Отсутствие письменного договора не лишает исполнителя медицинских услуг права приводить письменные и другие (кроме свидетельских показаний) доказательства факта существования договора (119, п.1 ст.162), но не подтверждает условий сделки, а следовательно и согласия с ними получателя как единственного обладателя права на здоровье.

Медицинская помощь не перестанет быть вредообразующим посягательством и в том случае, если в отсутствие предварительного согласия правообладателя она будет соответствовать правилам медицины, что позволяет ему правомерно предъявлять к исполнителю медицинских услуг имущественные требования из причинения вреда.

Из отсутствия предварительно выраженной воли получателя медицинской услуги вытекает отсутствие ее согласования с волей исполнителя, который единственно по своей воле предпринял воздействие на здоровье как посягательство в отношении правообладателя. В этом смысле посягательство при оказании медицинской помощи ничем не отличается от других посягательств при уголовных и административных правонарушениях, связанных с причинением телесных повреждений.

Тем самым отсутствие письменного договора с получателем медицинской услуги (с правообладателем) о существе воздействия на здоровье (на объект его права) влечет соответствующую ответственность исполнителя.

Однако и наличие письменного договора исполнителя медицинской услуги с ее получателем не избавляет первого от возможной ответственности.

Если договор не охватывает существа правоотношения или охватывает его не полностью либо не так, как должен, это влечет правовые последствия.

Договор как документ может не содержать того, что должен включать. В нем могут отсутствовать существенные и необходимые для заключения условия. Напротив, договор может быть изложен с воспроизведением общих правил диспозитивных норм закона в ущерб оформлению конкретного правоотношения. Договор может содержать явно обременительные для гражданина условия (например, вменение ему обязанностей). В силу этих причин договор юридически может считаться незаключенным или недействительным, а если он не охватывает описания воздействия на здоровье, то возникают обязательства из причинения вреда.

Договор как документ может обуславливать пороки воли получателя медицинской услуги.

Договор может быть изложен так, что недоступен пониманию получателем медицинской услуги. Информация может быть представлена с употреблением медицинских терминов, незнакомых и заведомо неизвестных гражданам, не имеющим медицинского образования. Нередко предлагается информация, излишняя (например, обязательства «использовать все необходимые современные диагностические и лечебные хирургические методы, включая применение дорогостоящего оборудования и лекарственных препаратов», «привлекать при необходимости в качестве консультантов специалистов других медицинских профилей») или угрожающая (например, статистика рисков наступления осложнений в процентном соотношении и пр.).

Условия договора могут содержать информацию, не соответствующую действительности. Обычно это бывает при попытке исполнителя медицинских услуг привлечь пациента во что бы то ни стало. Это может быть обещание достижения заведомо недостижимого результата, или безвредности заведомо небезвредного лекарства или небезопасного метода лечения.

Условия договора могут быть недостаточными для изъявления воли.

Таковыми являются неоднозначные условия договора, из которых не следует с очевидностью, какова перспектива их выполнения (связаны они или не связаны с теми или иными рисками, наступят или не наступят те или иные последствия). Формальная определенность и внятность необходимы договору.

Часто из договора не следует, что именно он и оформляет соответствующее правоотношение – вместо этого он содержит программу обещаний на будущее (например, обязательства «определять объем и характер лабораторных, диагностических, инструментальных и других видов исследования, методов хирургического и терапевтического лечения», «определять длительность пребывания пациента в стационаре в зависимости от характера его заболевания, сложности операции и состояния пациента»).

Нередко в договоре перечисляется множество финансовых обязательств плательщика за медицинскую услугу в ущерб встречным обязательствам исполнителя перед получателем. Из-за этого возникает неопределенность не только предмета оплаты (медицинской услуги), но и мера обязательств в отношении здоровья.

Если содержание фактического правоотношения не соответствует содержанию договора как сделки (основания правоотношения), это также влечет правовые последствия.

Договор как документ может скудно определять то, что широко представлено в правоотношении (при исполнении обязательств). Обычно это бывает, если определение услуги в договоре не соответствует ее характеристикам в фактическом правоотношении (например, если медицинской услугой признается койко-день в стационаре или посещение в поликлинике).



Договор может быть предусмотрен для оформления правоотношения иного, чем должно сложиться на его основании. Обычно это бывает, когда форма правоотношения (документарный бланк договора) механически переносится – с адаптацией или без адаптации – на правоотношение другого характера. Напротив, в договоре одного вида (услуги) могут быть использованы элементы договора другого вида (работы), из-за чего возникают повышенные или невыполнимые обязательства исполнителя (например, по гарантиям).

Обязательства по договору могут быть не исполнены или исполнены ненадлежащим образом. Это те случаи, когда фактическое правоотношение (исполнение обязательств или осуществление прав и обязанностей) не соответствует своему основанию (сделке) – не только в связи с профессиональной некорректностью оказания услуги, но и с последствиями для здоровья. Это наиболее частые причины наступления ответственности – уголовной (персональной) и (или) гражданской (имущественной) в зависимости от существа и величины ущерба здоровью. Особенно это касается просрочки исполнения (несвоевременного оказания медицинской помощи).

Независимо от причин наступления правовой ответственности ее основаниями являются отклонения фактического правоотношения от его законодательной модели (нарушение императивных норм) и (или) договорной модели (нарушение диспозитивных норм или правил, установленных самим договором).

Результатом таких отклонений (посягательств) является ущерб (вред) – материальный (убытки – 119, ст.15), физический (119, ст.1084) или моральный (нравственные и физические страдания – 119, ст.151, ст.ст.1099-1100).

Не всякое посягательство является вредообразующим, но лишь то, которое привело к наступлению действительного ущерба, требующего имущественного возмещения или компенсации (лишь уголовное преступление или административное правонарушение соответствующих составов может признаваться оконченным с момента совершения посягательства, а не наступления вреда). Наличие ущерба, а не посягательства является условием наступления гражданско-правовой ответственности причинителя и признания причинителем исполнителя медицинских услуг.

Если деятельность исполнителя медицинских услуг лишь потенциально опасна в качестве посягательства, то опасность причинения вреда в будущем может явиться основанием к иску о запрещении деятельности создающей такую опасность. Если причиненный вред является последствием эксплуатации предприятия, сооружения либо иной производственной деятельности, которая продолжает причинять вред или угрожает новым вредом, суд вправе обязать ответчика, помимо возмещения вреда, приостановить или прекратить соответствующую деятельность. Суд может отказать в иске о приостановлении либо прекращении соответствующей деятельности лишь в случае, если ее приостановление либо прекращение противоречит общественным интересам. Отказ в приостановлении либо прекращении такой деятельности не лишает потерпевших права на возмещение причиненного этой деятельностью вреда (119, ст.1065).

Медицинская услуга как воздействие на здоровье правообладателя до тех пор является вредообразующей, пока правомерность воздействия на здоровье при ее оказании не охватывается согласованной волей правообладателя и исполнителя – одной только профессиональной корректности оказания медицинской помощи недостаточно. Оба условия (профессиональная корректность и согласованность воли сторон) должны быть соблюдены, чтобы правомерность воздействия на здоровье не вызывала сомнений. Вред, причиненный правомерными действиями, подлежит возмещению в случаях, предусмотренных

законом (119, п.3 ст.1064). В настоящее время применительно к оказанию медицинской помощи такие случаи законом не предусмотрены. В возмещении вреда может быть отказано, если вред причинен по просьбе или с согласия потерпевшего, а действия причинителя вреда не нарушают нравственные принципы общества (119, п.3 ст.1064). Профессионально корректная медицинская помощь не нарушает нравственные принципы общества и не является вредообразующим посягательством, если оказана на условиях предварительно изъявленной согласованной воли сторон договора.

Вредообразование закон связывает с рядом посягательств.

Вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина либо имуществу юридического лица вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков товара, работы или услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о товаре (работе, услуге), подлежит возмещению продавцом или изготовителем товара, лицом, выполнившим работу или оказавшим услугу (исполнителем), независимо от их вины и от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет (119, ст.1095).

По общему правилу юридические лица и граждане, деятельность которых связана с повышенной опасностью для окружающих (использование транспортных средств, механизмов, электрической энергии высокого напряжения, атомной энергии, взрывчатых веществ, сильнодействующих ядов и т.п.; осуществление строительной и иной, связанной с нею деятельности и др.), обязаны возместить вред, причиненный источником повышенной опасности (119, п.1 ст.1079).

Исходя из определенной законом совокупности посягательств, все они распределяются на три группы по единству источника правовых последствий:

Правовой режим информации по договору о возмездном оказании медицинской услуги.

Поскольку правоотношение, оформляемое договором о возмездном оказании медицинской услуги, является сложным и складывается по поводу двух объектов прав (оборотного – услуги и необоротного – здоровья), постольку информация в договоре должна присутствовать в отношении обоих.

Информация, предоставляемая гражданину по поводу здоровья в связи с оказанием медицинских услуг – вне зависимости от того, получена она им предварительно, в процессе или в результате; непосредственно до, сразу после или много позднее их оказания – является необоротной, предоставляется получателю без оплаты как принадлежность услуги и как обязанность исполнителя.

Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения (21, ст.31).

Поскольку медицинские услуги оказываются гражданам как потребителям, они вправе на получение информации:

- об исполнителе этой услуги и о самой услуге (20, ст.8-10);
- о режиме работы исполнителя услуги (20, п.3 ст.11);
- о смете на оказание услуги (20, п.1 ст.33);
- об обстоятельствах, которые могут повлиять на качество оказываемой услуги (20, ст.36).

Если потребителю не предоставлена возможность незамедлительно получить при заключении договора информацию об услуге, он вправе потребовать от исполнителя возмещения убытков, причиненных необоснованным уклонением от заключения договора,

а если договор заключен, в разумный срок расторгнуть его и потребовать возврата уплаченной суммы и возмещения других убытков (20, п.2 ст.12). Одно лишь непредоставление надлежащей информации при заключении договора расценивается как уклонение от его заключения, имеющее самостоятельные правовые последствия, а сокрытие информации, касающейся услуги, при заключенном договоре влечет наступление правовых последствий, также делимых от правовых последствий, связанных со свойствами самой услуги.

Исполнитель, не предоставивший покупателю полной и достоверной информации об услуге, несет ответственность за ее недостатки, возникшие вследствие отсутствия у него такой информации (20, п.2 ст.12). Если потребителю не предоставлена надлежащая информация, касающаяся услуги, то недостатки при ее оказании влекут правовые последствия.

При причинении вреда жизни, здоровью и имуществу потребителя вследствие непредоставления ему полной и достоверной информации об услуге потребитель вправе потребовать возмещения такого вреда (20, п.3 ст.12). Сам факт непредоставления надлежащей информации влечет наступление правовых последствий, если это сопряжено с возникновением обязательств из причинения вреда жизни, здоровью и имуществу потребителя.

При этом потребитель не обязан обладать специальными познаниями о свойствах и характеристиках товара, работы, услуги (20, п.4 ст.12).

Из этого следует, во-первых, что информации в договоре должны быть свойственны:

- доступность (21, ст.31);
- достаточность (119, ст.1095);
- достоверность (119, ст.1095).

Во-вторых, необоротная информация должна предшествовать передаче оборотного объекта (услуги) – в противном случае это влечет наступление самостоятельных правовых последствий, не связанных с качествами услуги.

В-третьих, неосведомленность потребителя относится к ответственности исполнителя услуг и не ограничивается только договорными обязательствами, если является причиной вредообразования.

Правовой режим качества по договору о возмездном оказании медицинской услуги.

Понятие качества и экономически, и юридически относится к предмету оплаты по договору. Но если при продаже товара или при выполнении работы предметом оплаты является товар (изделие), имеющее вещественную форму, то при оказании услуги оплачиваются составляющие услугу действия, в результате которых не создается ничего вещественного. Поэтому понятие качества услуги относится к действиям в ее составе.

Применительно к действиям можно говорить об эффекте услуги (95), если величина ее оплаты ставится в зависимость от достижения этого эффекта: например, двойная оплата в случае достижения заданного эффекта (7, С.223). Однако подобная постановка вопроса граничит с обещаниями явно недостижимого результата или переводит это правоотношение (оказание услуги) в другое (выполнение работы).

Качество услуги – это характеристика соответствия цене.

Оно может быть выражено как прямо, так и опосредованно, и зависеть как от исполнителя, так и от потребителя.

Прямо зависящее от исполнителя качество услуги определяется так: оно считается надлежащим, если (20, ст.4):

- выполнены условия договора о качестве услуги;
- отсутствуют условия договора о качестве, но услуга соответствует конкретным целям, о которых потребитель поставил в известность исполнителя при заключении договора;

- отсутствуют условия договора о качестве, отсутствует извещение потребителем исполнителя о конкретных целях договора, но услуга пригодна для целей, для которых она обычно используется;

- исполнителем выполнены обязательные требования к качеству услуги, установленные законами или в установленном ими порядке, в частности стандартами.

Каждое из этих оснований формирует надлежащее качество медицинской услуги (43, С.25).

Возможен иной путь опосредованного определения качества услуги, зависящего от исполнителя: если качество услуги (т.е. составляющих ее действий) определить невозможно, оно может быть выражено через определение недостатка (существенного недостатка).

Недостаток услуги - несоответствие услуги или обязательным требованиям, предусмотренным законом либо в установленном им порядке, или условиям договора, или целям, для которых услуга такого рода обычно используется, или целям, о которых исполнитель был поставлен в известность потребителем при заключении договора (20, преамбула).

Существенный недостаток услуги - неустранимый недостаток или недостаток, который не может быть устранен без несоразмерных затрат времени, или выявляется неоднократно, или проявляется вновь после его устранения, или другие подобные недостатки (20, преамбула).

Учитывая характеристики услуги, ее недостатком является не результат, не достигнутый при ее завершении, а любое отклонение от технологии исполнения (совершения действий) в процессе ее оказания. И, поскольку качеству корреспондирует цена, недостаток качества относится прежде всего к сервисным атрибутам медицинской услуги, чем к ее существу. Сугубо медицинские технологии едва ли могут содержать относимый к оплате медицинской услуги недостаток качества, не отражающийся на здоровье. А если отклонение от технологии исполнения медицинской услуги (конструктивный, рецептурный и иной недостаток) отражается на здоровье, то это уже не недостаток качества, а недостаток безопасности медицинской услуги.

Качество услуги, зависящее от потребителя, определяется через определение влияющих на него обстоятельств (например, нарушение лечебно-охранительного режима, пренебрежение активной гигиеной полости рта и т.д.). Соблюдение указаний потребителя (например, о том, какими лекарствами лечить, какой разрез делать или какой применять шовный материал), в том числе основанных на дозволениях закона (соответствие качества услуги конкретным целям, о которых потребитель поставил в известность исполнителя при заключении договора, пригодность услуги для целей, для которых она обычно используется и пр.), и иные обстоятельства, зависящие от потребителя, могут снизить качество оказываемой услуги или повлечь за собой невозможность ее завершения в срок (например, вследствие расхождения косметического шва в связи с нагноением).

Если потребитель в разумный срок не заменит непригодный или недоброкачественный материал, не изменит указаний о способе оказания услуги либо не устранил иных обстоятельств, которые могут снизить качество оказываемой услуги, исполнитель вправе расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков (20, ст.36).

Правовой режим безопасности по договору о возмездном оказании медицинской услуги.

Безопасность услуги - безопасность процесса оказания услуги для жизни, здоровья, имущества потребителя и окружающей среды при обычных условиях ее потребления (20, преамбула).

Применительно ко всем остальным товарам, работам, услугам безопасность не является предметом договора. Если на них услуги законом или в установленном им порядке, в частности стандартами, установлены обязательные требования, обеспечивающие их безопасность для жизни, здоровья потребителя, окружающей среды и предотвращение причинения вреда имуществу потребителя, их соответствие указанным требованиям подлежит обязательному подтверждению в порядке, предусмотренном законом и иными правовыми актами. Перечни товаров, работ, услуг, подлежащих обязательному подтверждению их соответствия указанным требованиям, утверждаются Правительством Российской Федерации (20 п.4 ст.7). Более того, безопасность является в большей степени заботой исполнителя (техника безопасности труда работников), чем заказчика, чья безопасность обеспечивается государственными стандартами, нормами и правилами (строительными, санитарными и др.), которым должен соответствовать результат деятельности исполнителя.

Если риски для жизни и здоровья при оказании остальных услуг обладают признаками случайности и вероятности, то оказание медицинских услуг сопряжено с опасностью для жизни и здоровья всегда, поскольку объектом медицинского воздействия является здоровье.

Несмотря на отсутствие законодательного определения медицинской услуги, ее характеризует именно воздействие на здоровье (100). Медицинский характер услуг придает не профессия лиц, ее оказывающих, а факт направленного и управляемого воздействия на здоровье независимо от того, инвазивным или неинвазивным, оперативным или консервативным оно является. При каждом подобном воздействии на здоровье оно умалется ради предотвращения больших потерь. Услуги без воздействия на здоровье содержательно не являются медицинскими<sup>31</sup>.

Не только воздействие на здоровье, но и связанные с ним риски дополнительных повреждений характеризуют медицинскую услугу. Любое медицинское вмешательство сопровождается рисками осложнений и иных последствий, в отношении которых неизвестно, наступят они или не наступят. Для каждого воздействия на здоровье такие последствия являются не всегда предотвращаемыми, но прогнозируемыми. Поскольку они доступны прогнозированию, при оказании медицинской помощи предпринимаются меры для их предотвращения. Эти меры являются направленным и управляемым воздействием на здоровье, но последствия предотвращаются ценой дополнительных потерь ради избежания больших.

Напротив, отклонения от принятых технологий медицинской помощи влекут не прогнозируемые последствия для здоровья. Такие же отклонения с теми же последствиями представляет собой медицинская помощь без мер предотвращения прогнозируемых последствий. Если такие отклонения допускаются, то их последствия юридически отличны от последствий направленного и управляемого воздействия на здоровье и прогнозируемых проявлений связанного с ним риска, когда предпринимаются меры их предотвращения.

Тем самым выделяются оправданные и не оправданные с медицинских и юридических позиций повреждения здоровья при оказании медицинских услуг, которые могут быть распределены в три группы:

- неизбежные, составляющие существо воздействия на здоровье;
- допустимые, выражающиеся в проявлениях прогнозируемых рисков;
- недопустимые, являющиеся последствиями отклонений от медицинских технологий.

---

<sup>31</sup> Строго говоря, по этому критерию врачебная консультация без рекомендаций и без иных вмешательств может быть отнесена к консультационным услугам, а ультразвуковое, лабораторное и другое подобное диагностическое исследование – к информационным услугам.

Режим безопасности медицинской услуги, т.е. то, что может быть предусмотрено договором, охватывает неизбежные и допустимые последствия воздействия на здоровье.

Будучи предусмотрены договором, такие последствия либо не являются вредом (неизбежные), либо являются вредом, причиненным с согласия потерпевшего (допустимые), притом что действия причинителя не нарушают нравственные принципы общества (119, п.3 ст.1064).

Недопустимые последствия воздействия на здоровье не могут быть предусмотрены договором и всегда являются вредом здоровью, влекущим ответственность причинителя.

В целом, юридическое значение договора о возмездном оказании медицинских услуг состоит в определении правомерного режима осуществления медицинской помощи – не только в экономических отношениях оплаты услуги, но и в отношениях по поводу здоровья; не только в соответствии с объективным правом (законом), но и с субъективным правом (волей правообладателя).

Есть много того, что договор должен содержать. В договоре должны быть определены существенные условия: о предмете; условия, названные в правовых нормах как существенные для договора о возмездном оказании услуг; условия, относительно которых по заявлению стороны должно быть достигнуто соглашение.

Есть много того, что договор не может содержать. Договор между исполнителем и получателем медицинских услуг не может содержать условий о признании правомерным вреда от недопустимых отклонений от медицинских технологий. Договор между исполнителем медицинских услуг и плательщиком (если он не совпадает в одном лице с получателем) не может содержать условий о существе воздействия на здоровье.

Есть то, что обеспечивает соблюдение прав, интересов и пожеланий сторон в договоре. Но, поскольку составляющее существо медицинской услуги воздействие предпринимается в отношении здоровья как объекта прав ее получателя, письменный договор, соответствующий характеру оформляемого правоотношения (по оплате и/или оказанию услуги), формально определяющий все аспекты этого правоотношения, являющиеся источником ответственности, больше нужен исполнителю, чем получателю медицинской услуги. В отсутствие письменного договора или при наличии договора, не делающего необходимых различий в предмете и/или исчерпывающе не охватывающего оформляемое правоотношение, исполнитель медицинской услуги лишается возможности обосновать правомерность воздействия на здоровье получателя по возникшим перед ним внедоговорным обязательствам из причинения вреда.

## **Подраздел 5.2.2. Экономическое значение договора о возмездном оказании медицинской услуги<sup>32</sup>.**

Право, в том числе договор как один из источников частного права, оформляет имущественные отношения, в которых воплощается товарное хозяйство, рыночная организация экономики.

Такие имущественные отношения имеют товарно-денежный характер. Имущественные отношения, имеющие нетоварный характер (налоговые, административные, бюджетные и иные финансовые отношения и т.д.), основываются не на частном, а на публичном праве. В отличие от частного права, основанном на юридическом равенстве сторон, автономии

---

32 Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Экономическое значение договора о возмездном оказании медицинских услуг. //Главный врач: хозяйство и право, 2005, № 4, С.22-30.

воли (свободе усмотрения), имущественной самостоятельности и ответственности (когда благо приобретений сочетается с бременем утрат), публичное право основано на понуждении одной стороны другой. Товарно-денежные (экономические) и другие имущественно-стоимостные отношения, а также личные неимущественные отношения взаимооценочного характера не регулируются и не могут регулироваться по правилам понуждения, свойственным публичному праву.

Договор о возмездном оказании медицинских услуг регулирует товарно-денежные имущественные, экономические отношения – отношения встречного перемещения материальных благ, которыми являются медицинская услуга и плата за нее.

Медицинская услуга потому является предметом оплаты, что обладает свойствами имущества. Оплата медицинской услуги производится постольку, поскольку медицинская услуга имеет стоимостное выражение и потому – меновую стоимость.

Тем самым в договоре о возмездном оказании медицинских услуг решаются два экономических вопроса: какова стоимость медицинской услуги и как она оплачивается.

Стоимость медицинской услуги определяется в зависимости от того, чем предмет оплаты является.

В этой связи возникают вопросы, является ли медицинской услуга пациенту или является ли медицинской услуга лицу, обратившемуся за услугой в медицинскую организацию (в учреждение здравоохранения или иную организацию, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности), либо медицинской услугу делает ее медицинское содержание (воздействие на здоровье). Иными словами, является ли медицинской услуга, связанная с личностью лица, за ней обратившегося, связанная с характером разрешенной деятельности организации, в которую это лицо обратилось, или связанная с тем, по поводу чего она предпринимается и что составляет ее существо (воздействие на здоровье).

Организация, осуществляющая медицинскую деятельность в соответствии с лицензией, может иметь также лицензии на осуществление других видов деятельности, и может также осуществлять другую деятельность, не нуждающуюся в лицензировании:

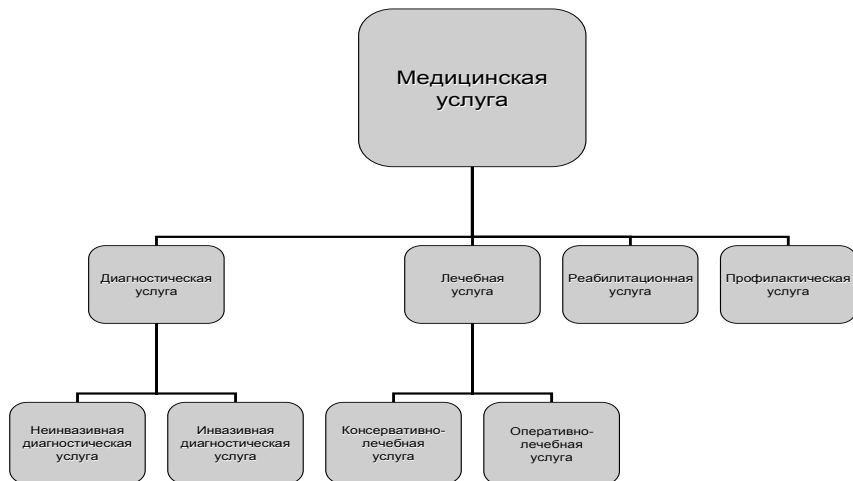


Стоимость имеет не деятельность организации по оказанию разного рода услуг, а каждая отдельная услуга, подлежащая самостоятельной оплате, даже если оплачивается в совокупности с прочими.

Различает услуги, оказываемые организацией, осуществляющей медицинскую деятельность, потребительская ценность каждой из них. Под потребительской ценностью услуги следует понимать то благо, которое мотивирует потребителя ее получить. Потребительская ценность услуг общественного питания или гостиничного размещения не равнозначна потребительской ценности медицинских услуг. Если встанет вопрос о чрезмерной совокупной стоимости услуг, оказываемых организацией, осуществляющей медицинскую деятельность, потребитель поступится немедицинскими услугами, отдав предпочтение услугам медицинским. Тем самым объединение медицинских и немедицинских услуг в платежную совокупность не является обязательным и неизбежным: необходимость получения медицинских услуг является ведущей при обращении потребителя в организацию, осуществляющую медицинскую деятельность, а их стоимость вполне может быть выделена из совокупной стоимости медицинских и немедицинских услуг.

Из оказания организацией, осуществляющей медицинскую деятельность, разного рода услуг вытекают разные правовые последствия, и те последствия, которые вытекают из оказания медицинских услуг, не вытекают из оказания ею иных услуг.

В отличие от немедицинских медицинские услуги релевантны воздействию на здоровье. Однако степень релевантности воздействию на здоровье у медицинских услуг разная, что предопределяет различия между ними:



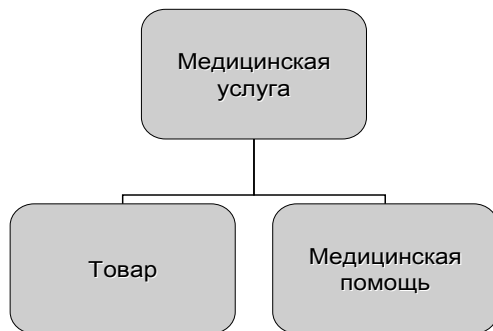
Традиционно принято выделять врачебную консультацию как существенный элемент медицинской помощи: на консультации вырабатывается план диагностики и лечения, назначается лечение, соответствующее патологии и т.д. Строго говоря, без консультации невозможна медицинская помощь. Однако это не означает, что в юридически оформляе-



мых экономических отношениях врачебная консультация имеет такое же значение, как в профессиональной медицинской деятельности. Консультация не является той потребностью, для удовлетворения которой пациент обращается к врачу со своей нуждой. В случае тех или иных жалоб пациент обращается за медицинской помощью, и консультация служит целям удовлетворения потребностей врача в том, чтобы диагностировать патологию и назначить соответствующее ей лечение пациента. В отличие от консультации юриста, предметом которой является информация, обладая которой клиент действует самостоятельно, врачебная консультация не должна приводить к действиям со стороны пациента (к самолечению). Если же на врачебной консультации даются лечебные рекомендации (выписываются рецепты), то такая врачебная консультация носит характер консервативно-лечебной услуги. В остальных случаях консультация (как планирование ведения пациента) является обязательной частью любых медицинских услуг, и не может быть выделена в самостоятельную услугу, поскольку информация, которая имеет ценность для врача в отношении пациента, а не для самого пациента, который употребить ее себе во благо самостоятельно не в состоянии, не может служить предметом оплаты. Не является товаром информация, употребить которую в интересах получателя может другое лицо при оказании других услуг.

По существу, консультация представляет собой информацию о состоянии здоровья пациента, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Но ровно это и составляет право граждан на информацию о состоянии здоровья (21, ст.31), которая должна предоставляться им бесплатно, т.е. не в форме услуги.

В отличие от иных услуг медицинская услуга не только товар (действия, экономически выгодные получателю), но и действия по поводу здоровья, осуществляемые в соответствии с правилами медицины, т.е. профессиональные действия, медицинская помощь:



В отличие от медицинской помощи, не подлежащей адаптации к условиям реализации в обороте, медицинская услуга может модифицироваться, включая медицинскую помощь различного содержания и объема. В рамках медицинской услуги параметры медицинской помощи не постоянны. Они определяются спросом на медицинские услуги в обороте.

В отличие от элемента медицинской услуги в обороте, в профессиональном значении медицинская помощь является постоянной величиной в динамике лечебного процесса.

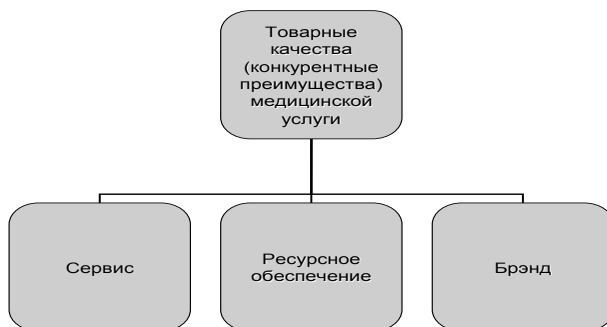
Динамика лечебного процесса и процесса оказания медицинских услуг совпадает в том случае, если оплата этих медицинских услуг производится в последовательности лечебного процесса. В остальных случаях медицинская помощь в составе медицинских услуг оказывается не в последовательности лечебного процесса, а в зависимости от усмотрения плательщика.

Тем самым медицинская услуга следует динамике лечебного процесса, будучи оплачена в соответствии с этой динамикой, а медицинская помощь в составе медицинских услуг оказывается в пределах их оплаты.

Медицинская услуга – это экономическая форма медицинской помощи. Но это не означает, что медицинскую услугу составляет только медицинская помощь. Товаром медицинскую услугу делают другие ее составляющие.

Медицинская помощь обладает лишь себестоимостью ее оказания. Она не обладает меновой стоимостью, не будучи объектом оборота. Медицинская помощь не является модифицируемой сообразно изменению спроса в обороте. Медицинская помощь подчиняется не правилам оборота, а правилам медицины, и подлежит единообразному профессиональному оказанию вне зависимости от того, в какой товарной оболочке оказывается.

Медицинская услуга как объект экономического оборота обладает меновой стоимостью. Меновую стоимость медицинской услуги определяют ее товарные качества. Товарными являются такие качества медицинской услуги, которые характеризуют ее в качестве объекта экономического оборота – это свойства медицинских услуг, которые мотивируют потребителя (заказчика) их приобрести. Это те преимущества, благодаря которым потребитель (заказчик) приобретает эти услуги у конкретного исполнителя, а не у его конкурентов, в связи с чем такие качества являются конкурентными преимуществами (свойствами) этих медицинских услуг:



Сервис при оказании медицинских услуг может различаться весьма существенно от организации к организации и даже в пределах одной организации.

Окружение, интерьер, убранство помещений создают определенное настроение, большую или меньшую привлекательность и комфортность пребывания в конкретной организации до, во время и после получения соответствующей услуги, что способствует или препятствует привлечению клиентов.

Сервис оценивают показателем «уровень обслуживания», который соотносится с количеством фактически оказанных услуг, сопоставленных с тем, сколько теоретически их может быть оказано, с учетом времени на выполнение соответствующей услуги. Лучше хорошо обслужи-

вать узкий круг клиентов, чем оказывать «медвежьи услуги» всем и каждому (97, С.177).

Однако, как выяснилось, заботиться об уровне сервиса следует до определенной поры. Посредством исследований было обнаружено, что начиная от 70% и выше затратность сервиса растет экспоненциально в зависимости от уровня обслуживания, а при уровне обслуживания 90% и выше улучшение сервиса становится невыгодным. Специалисты подсчитали, что при повышении уровня обслуживания от 95% до 97% экономический эффект повышается на 2%, а расходы возрастают на 14% (10, С.109).

Сервис характеризуется уровнем обслуживания при оказании соответствующих услуг. Поэтому сервис не составляет отдельную («сервисную») услугу – сам по себе сервис не представляет интереса для заказчика (потребителя), он интересен заказчику (потребителю) только в составе конкретной услуги.

Ресурсное обеспечение оказания медицинских услуг является показателем профессиональных возможностей исполнителя. Одна и та же медицинская услуга может быть оказана с разным ресурсным обеспечением: профессионалом экстра-класса и заурядным работником, с помощью инструментария, материалов, на аппаратуре и оборудовании завтрашнего дня и прошлого века. Даже если от этого не зависит качество услуги, сокращаются сроки и (или) страдания получателя при ее оказании.

Состояние производительных сил и средств производства исполнителя имеет существенное значение для заказчика (потребителя) медицинских услуг. К услугам, ресурсное обеспечение которых оставляет желать лучшего, прибегают от безвыходности. Если есть возможность лечиться в условиях лучшего ресурсного обеспечения, используют именно ее.

При этом не нормативная квалификация (наличие которой является условием при лицензировании) имеет значение, а формальные или неформальные навыки и умения профессионала сверх нормативной квалификации. Излишне говорить, что в отсутствие таких навыков и умений не помогает ни ученая степень, ни научное звание.

Равным образом, не нормативная техническая оснащенность имеет значение, а наличие аппаратуры или оборудования, технические параметры которых позволяют достигать результатов, превосходящих те, которые достигаются требуемыми по условиям лицензирования.

Брэнд (от англ. brand – марка) – это совокупность отличительных признаков, характеризующих производителя (исполнителя медицинских услуг) и выпускаемую им продукцию (медицинские услуги), выгодно отличая их от остальных.



В случаях и в порядке, установленных законами, признается исключительное право (интеллектуальная собственность) гражданина или юридического лица на результаты интеллектуальной деятельности и приравненные к ним средства индивидуализации юридического лица, индивидуализации продукции, выполняемых работ или услуг (фирменное наименование, товарный знак, знак обслуживания и т.п.).

Использование результатов интеллектуальной деятельности и средств индивидуализации, которые являются объектом исключительных прав, может осуществляться третьими лицами только с согласия правообладателя (119, ст.138).

**Фирменное наименование** (фирму) должно иметь юридическое лицо, являющееся коммерческой организацией. Исключительное право на фирменное наименование возникает у него в момент регистрации самого юридического лица под данным наименованием, поскольку в учредительных документах любой коммерческой организации обязательно указывается ее фирменное наименование (119, п.4 ст.54). Фирменное наименование должно содержать указание на организационно-правовую форму юридического лица.

Некоммерческие организации законом не обязываются иметь фирменное наименование, однако закон не содержит и запрета на обладание некоммерческой организацией фирменным наименованием.

Юридическое лицо, фирменное наименование которого зарегистрировано в установленном порядке, имеет исключительное право его использования. Лицо, неправомерно использующее чужое зарегистрированное фирменное наименование, по требованию обладателя права на фирменное наименование обязано прекратить его использование и возместить причиненные убытки. Порядок регистрации и использования фирменных наименований определяется законом и иными правовыми актами в соответствии с Гражданским кодексом (119, п.4 ст.54).

**Знак обслуживания (товарный знак)** – обозначение, способное отличать товары и услуги одних юридических и физических лиц от однородных товаров или услуг других лиц.

Товарный знак помогает отличить не любые, а лишь однородные товары различных производителей. Если знак зарегистрирован для стоматологических услуг, он не поможет в выборе зубной пасты, а равно косметологических или гинекологических услуг.

Товарный знак, маркирующий хорошо зарекомендовавший себя товар, делает ему рекламу, повышает репутацию производителя, увеличивает объемы сбыта продукции и размеры прибыли.

Товар (услуга) регистрируется Патентным ведомством на имя юридического или физического лица, осуществляющего предпринимательскую деятельность. На зарегистрированный товарный знак выдается свидетельство, удостоверяющее приоритет знака и исключительное право владельца в отношении товаров (услуг), указанных в свидетельстве.

Владелец товарного знака, зарегистрированного в Государственном реестре товарных знаков и знаков обслуживания, имеет в течение 10 лет с даты поступления заявки в Патентное ведомство исключительное право пользоваться и распоряжаться знаком, а также разрешать или запрещать его использование другим лицам. Срок действия регистрации может быть продлен каждый раз на 10 лет.

Составляющими брэнд являются также **новшества** (результаты интеллектуальной деятельности), оформляющие самостоятельные конкурентные преимущества продукта реализации или формирующие основу средств его индивидуализации. Среди них выделяются изобретения, полезные модели и промышленные образцы.

Изобретение, будучи зарегистрировано, является объектом права, подлежащим защите законом. Объектами изобретения выступают: устройство, способ, вещество, штамм микроорганизма, культура клеток, а также применение известного ранее устройства, способа, вещества, штамма по новому назначению (19, п.2 ст.4).

Полезной моделью признается конструктивное выполнение средств производства и предметов потребления, а также их составных частей. Полезная модель является промышленно применимой, если она может быть использована как в промышленности, так и в здравоохранении, сельском хозяйстве и других отраслях деятельности. В качестве полезных моделей не охраняются способы, вещества, штаммы микроорганизмов, культуры клеток, а также их применение по новому назначению – только устройства.

Промышленный образец служит средством повышения потребительских качеств изделий и их конкурентоспособности на внутреннем и внешнем рынке. Промышленным образцом является художественно-конструкторское решение изделия, определяющее его внешний вид (дизайн).

В целом, товарные качества (конкурентные преимущества) медицинской услуги являются детерминантой ее продвижения в обороте.

Основная функция товарных качеств (конкурентных преимуществ) медицинской услуги – отличительная. Они позволяют выделить производителя (исполнителя медицинских услуг) и выпускаемую им продукцию (медицинские услуги) в ряду аналогичных.

Другая важная функция товарных качеств (конкурентных преимуществ) медицинской услуги – рекламная. Они позволяют привлечь заказчиков (потребителей) тем больше, чем они значительнее.

Цену медицинских услуг определяют их товарные качества (конкурентные преимущества). Медицинская помощь в составе медицинских услуг обладает лишь себестоимостью, а прибавочную стоимость от их реализации обеспечивают те качества, которые придают медицинским услугам свойства товара.

Несмотря на то, что товарные качества обычно относятся на себестоимость медицинских услуг, именно они мотивируют потребителя к приобретению услуг, оправдывая повышение цены и прибавочной стоимости в ее составе.

К медицинской помощи в составе медицинских услуг прибавочная стоимость отношения не имеет – она релевантна только товарным качествам (конкурентным преимуществам) медицинских услуг. Иными словами, медицинская помощь в составе медицинских услуг, как и придание им товарных качеств, относится к издержкам, себестоимости медицинских услуг (расходам), а доходы обеспечиваются только товарными качествами медицинских услуг.

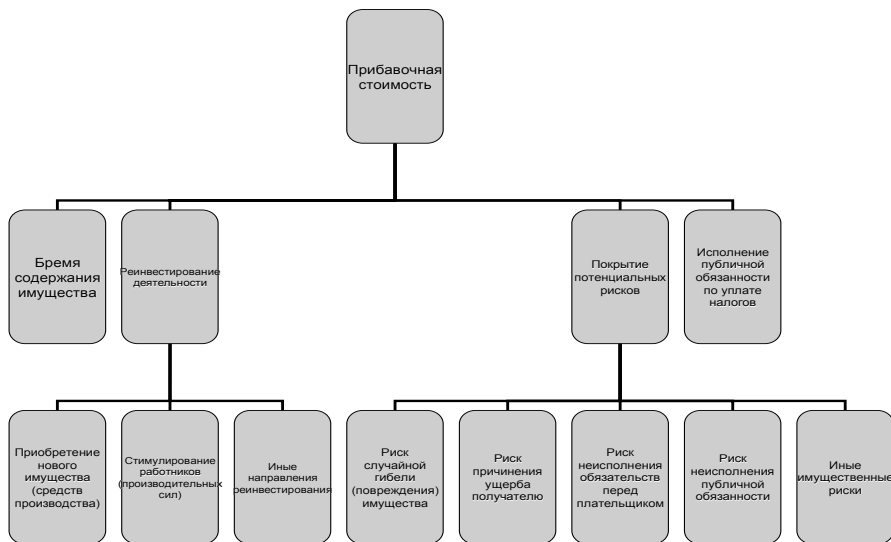
Если медицинскую помощь не дополняют товарные качества, она не может являться товаром, объектом товарообмена, поскольку обладает только себестоимостью и лишена прибавочной стоимости, а потому не является источником доходов, в случае покрытия себестоимости обеспечивая лишь простое воспроизводство – она не имеет оснований наценки. А простое воспроизводство не способно обеспечить какой-либо уровень рентабельности исполнителя медицинских услуг – это обеспечивает только расширенное воспроизводство.

Расширенное воспроизводство возможно, только если себестоимость производства медицинской услуги дополняется прибавочной стоимостью.

Тем самым наличие прибавочной стоимости является условием расширенного воспроизводства и рентабельности исполнителя медицинских услуг.

Более того, прибавочная стоимость – это единственный источник восполнения хозяйственных потребностей исполнителя медицинских услуг. Именно за счет прибавочной стоимости может закупаться все необходимое для развития производства медицинских услуг, приобретаться новое оборудование, оплачиваться повышение квалификации персонала и т.п.

Если оправдание себестоимости производства медицинских услуг позволяет (без учета влияния инфляции, колебания цен и т.д.) реинвестировать те же средства в новый производственный цикл, то прибавочная стоимость обеспечивает и восстановление, и развитие ресурсов; и покрытие хозяйственных рисков, и удовлетворение налоговых требований:



Это – необходимые хозяйственные потребности исполнителя медицинских услуг, обеспечение которых должно быть заложено в прибавочной стоимости при их реализации.

В некоммерческой организации прибавочная стоимость обращается только на эти цели. В коммерческой организации, помимо несения бремени содержания имущества, реинвестирования деятельности, покрытия потенциальных рисков и исполнения налоговых обязанности, прибавочная стоимость в качестве прибыли распределяется между участниками (учредителями)<sup>33</sup>.

Соответственно, чем выше прибавочная стоимость, тем более полно могут быть удовлетворены хозяйственные потребности исполнителя медицинских услуг, и наоборот. При этом прибавочная стоимость должна обеспечивать удовлетворение необходимых хозяйственных потребностей исполнителя.

В целом, это позволяет сформулировать требования к определению цены медицинской услуги:

<sup>33</sup> В отличие от остальных некоммерческих организаций, в потребительском кооперативе (119, ст.116), прибыль распределяется так же, как в коммерческих организациях.

- цена производства медицинской услуги формируется себестоимостью медицинской помощи в ее составе и ее товарных качеств, притом что на цену реализации медицинской услуги влияют ее товарные качества – настолько, насколько позволяют обосновать соответствующую прибавочную стоимость;

- цена медицинской услуги должна быть выше себестоимости ее производства и обеспечивать рентабельность исполнителя;

- прибавочная стоимость в цене медицинской услуги не может быть ниже той, которая обеспечивает удовлетворение необходимых хозяйственных потребностей исполнителя.

В отношениях оплаты медицинских услуг определяющим является соответствие величины оплаты характеристикам предмета оплаты (услуги)<sup>34</sup>. Необходимо, чтобы цена медицинской услуги соответствовала свойствам, обуславливающим ее ценность. Цена услуги следует ее ценностным свойствам. Отсюда вытекает необходимость измерения медицинской услуги как предмета оплаты – ее меновая стоимость складывается в условиях эквивалентного товарообмена.

Метрическая характеристика медицинской услуги имеет соответствующую структуру:

Начало	Параметры	Конец	Итог
Момент (граница от...)	Содержание	Момент (граница до...)	Юридический итог
	Объем		Фактический итог
	Стоимость		
	Эффект		

Оплате подлежат составляющие услугу действия определенного содержания и объекта. Именно они формируют стоимость производства, а с приданными им товарными качествами – стоимость реализации медицинских услуг.

Поскольку, в отличие от работы, услуга не имеет результата (тем более, вещественного), его функцию вместе выполняют:

- момент – хронологический показатель начала или завершения услуги;
- эффект – полезное следствие действий, составляющих услугу;
- итог – основание, позволяющее считать услугу завершённой

Услуга длится от момента начала до момента завершения (юридический итог) составляющих ее действий. Фактический итог связан с наступлением благоприятного эффекта и (или) с исключением наступления неблагоприятного эффекта предпринятых действий и (или) прогрессирования патологии.

Если услуга доступна измерению, она доступна оценке в денежном выражении и, напротив, если услуга не доступна измерению, она не доступна оценке.

Наряду с иными объектами гражданских прав, в отношении которых законодательством Российской Федерации установлена возможность их участия в гражданском обороте, услуги относятся к объектам оценки (121, ст.5).

Под рыночной стоимостью объекта оценки понимается наиболее вероятная цена, по которой данный объект оценки может быть отчужден на открытом рынке в условиях конкуренции, когда стороны сделки действуют разумно, располагая всей необходимой ин-

<sup>34</sup> Вне зависимости от того, оплачивает ли услугу сам получатель или иной плательщик в его пользу, взаимные обязательства по обмену встречными предоставлениями связывают плательщика и исполнителя медицинских услуг (119, ст.430).

формацией, а на величине цены сделки не отражаются какие-либо чрезвычайные обстоятельства, то есть когда:

- одна из сторон сделки не обязана отчуждать объект оценки, а другая сторона не обязана принимать исполнение;
- стороны сделки хорошо осведомлены о предмете сделки и действуют в своих интересах;
- объект оценки представлен на открытый рынок в форме публичной оферты;
- цена сделки представляет собой разумное вознаграждение за объект оценки и принуждения к совершению сделки в отношении сторон сделки с чьей-либо стороны не было;
- платеж за объект оценки выражен в денежной форме (121, ст.3).

Одновременно рыночной ценой услуги признается цена, сложившаяся при взаимодействии спроса и предложения на рынке идентичных (а при их отсутствии – однородных) услуг в сопоставимых экономических (коммерческих) условиях (123, п.4 ст.40).

Идентичными признаются услуги, имеющие одинаковые характерные для них основные признаки (123, п.6 ст.40).

Однородными признаются услуги, которые, не являясь идентичными, имеют сходные характеристики и состоят из схожих компонентов, что позволяет им выполнять одни и те же функции и (или) быть коммерчески взаимозаменяемыми (123, п.7 ст.40).

При определении рыночной цены:

1. учитываются обычные при заключении сделок надбавки к цене или скидки. В частности, учитываются скидки, вызванные (123, п.3 ст.40):

- сезонными и иными колебаниями потребительского спроса на услуги;
- маркетинговой политикой, в том числе при продвижении на рынки новых товаров, не имеющих аналогов, а также при продвижении услуг на новые рынки;

2. учитывается информация о заключенных на момент реализации услуги сделках с идентичными (однородными) услугами в сопоставимых условиях. При этом условия сделок на рынке идентичных (а при их отсутствии – однородных) услуг признаются сопоставимыми, если различие между такими условиями либо существенно не влияет на цену таких услуг либо может быть учтено с помощью поправок (123, п.9 ст.40);

3. используются официальные источники информации о рыночных ценах на услуги (123, п.11 ст.40).

При отсутствии на соответствующем рынке услуг сделок по идентичным (однородным) услугам или из-за отсутствия предложения на этом рынке таких услуг, а также при невозможности определения соответствующих цен ввиду отсутствия либо недоступности информационных источников для определения рыночной цены используется метод цены последующей реализации, при невозможности использования которого используется затратный метод, при котором рыночная цена услуг, реализуемых продавцом, определяется как сумма произведенных затрат и обычной для данной сферы деятельности прибыли. При этом учитываются обычные в подобных случаях прямые и косвенные затраты на производство и реализацию услуг, обычные в подобных случаях затраты на страхование и иные подобные затраты (123, п.10 ст.40).

Договор – это мера усмотрения сторон. Договором признается соглашение двух или нескольких лиц об установлении, изменении или прекращении гражданских прав и обязанностей (123, п.1 ст.420).

Многочисленные участники вступают в разнообразные договорные отношения (по общему правилу, двусторонние) по поводу разнообразных объектов прав (товаров, работ, ус-



луг). Вместе оборот разнообразных товаров, работ, услуг образует единое экономическое пространство – товарный рынок. Рынок складывается из совокупности договорных отношений сторон по поводу взаимных предоставлений – товаров, работ, услуг и их оплаты.

Рынком товаров, работ, услуг признается сфера обращения этих товаров, работ, услуг, определяемая исходя из возможности покупателя (продавца) реально и без значительных дополнительных затрат приобрести (реализовать) товар, работу, услугу на ближайшей по отношению к покупателю (продавцу) территории Российской Федерации или за пределами Российской Федерации (123, п.5 ст.40).

Участники единого товарного рынка могут вступать в единообразные договорные отношения по поводу единообразных объектов прав: по поводу товаров складываются договорные отношения купли-продажи, мены и т.д., по поводу изделий – отношения подряда (работ), по поводу нематериальных выгод – отношения услуг. Различаются пищевые, промышленные и т.д. товары, работы по возведению зданий и созданию машин, механизмов и пр., страховые, банковские, посреднические, образовательные, медицинские и др. услуги. Тем самым единый товарный рынок сегментируется по разным основаниям (по объектам, виду договорных отношений и т.д.), функционально разделяясь на многочисленные части и не утрачивая внутреннего единства. Существуют рынки товаров, работ, услуг. Существуют рынки образовательных, информационных, консультативных, медицинских и др. услуг. Существуют рынки косметологических, стоматологических, гинекологических и пр. медицинских услуг.

Если потребителю нужен конкретный товар, он не будет приобретать услугу; если ему нужна медицинская услуга, он не будет приобретать услугу хранения. И напротив, если потребителю нужен товар (работа, услуга), который имеет аналоги (заменители), то в отсутствие нужного он вполне может приобрести аналог (например, аналог лекарственного препарата). В этом смысле товарный рынок – не только единый экономический оборот, но и отдельный сегмент этого оборота – специализированный на взаимозаменяемых или только на конкретных товарах, работах, услугах.

Товарный рынок – сфера обращения товара, не имеющего заменителей, либо взаимозаменяемых товаров на территории Российской Федерации или ее части, определяемой исходя из экономической возможности покупателя приобрести товар на соответствующей территории и отсутствия этой возможности за ее пределами, притом что товаром признается продукт деятельности (включая работы, услуги), предназначенный для продажи или обмена, а взаимозаменяемые товары – группа товаров, которые могут быть сравнимы по их функциональному назначению, применению, качественным и техническим характеристикам, цене и другим параметрам таким образом, что покупатель действительно заменяет или готов заменить их друг другом в процессе потребления, в том числе производственного (16, ст.4).

В отличие от иных, товары, работы и услуги медицинского назначения обращаются по поводу здоровья граждан – нематериального блага как объекта прав, защищаемого законом (119, п.2 ст.150). А здоровье, как известно, не одинаково: организм каждого уникален, и состояние здоровья от человека к человеку различается по великому множеству параметров.

В этой связи товары, работы и услуги медицинского назначения не могут быть взаимозаменяемыми. Несмотря на однородность (или даже идентичность) товаров медицинского назначения (лекарственных средств и др.), препарат, необходимый одному, при сходной патологии может быть противопоказан другому. Протез, изготовленный для одного,

не может подойти другому. Услуга, по состоянию здоровья нужная одному, для другого необходима в ином исполнении (с приложением действий иного объема, с применением иной аппаратуры, оборудования, инструментария и т.д.). Даже аналоги имеют различия, значимые для воздействия на здоровье.

Взаимозаменяемыми могут быть товары (изделия), сами по себе не оказывающие влияния на здоровье (капельница, калоприемник и т.д.). Тем самым среди товаров и работ медицинского назначения выделяются те, которые оказывают влияние на здоровье, и те, которые такого влияния не оказывают (медицинские услуги всегда оказывают влияние на здоровье). Эти товары и работы, а тем более услуги медицинского назначения, объективно не могут быть взаимозаменяемыми.

Сходство этих товаров, работ, услуг по функциональному назначению, применению, качественным и техническим характеристикам, цене и другим параметрам не корреспондирует их потребительским свойствам. Иными словами, техническое и экономическое сходство товаров, работ, услуг, оказывающих влияние на здоровье, не означает тождества их потребительских свойств.

Товары и работы, оказывающие влияние на здоровье, поступают к потребителю через медицинские услуги (амбулаторные рецептурные рекомендации, раздача или введение лекарств в стационаре и пр.).

Адаптация товаров и работ медицинского назначения к потребностям здоровья конкретного потребителя в составе медицинских услуг обуславливает изменение технических и экономических характеристик этих услуг.

Изменения фактических технических и экономических характеристик медицинских услуг определяются дифференциалом себестоимости медицинской помощи, процесс оказания которой они составляют.

Отсюда следует несколько выводов:

- *взаимозаменяемыми* медицинские услуги не могут быть, поскольку в их составе оказывается неодинаковая медицинская помощь (осуществляется различающееся воздействие на здоровье);

- *идентичными* медицинские услуги не бывают;

- *однородными* медицинские услуги могут быть технически, но не экономически.

Следовательно, во-первых, в каждой организации, оказывающей медицинские услуги, они оказываются по-разному; во-вторых, медицинские услуги имеют дифференциал себестоимости в связи с тем, что оказание одной и той же медицинской услуги разным потребителям требует неодинаковых вложений осуществляемых действий, в-третьих, технически однородные медицинские услуги имеют различающуюся себестоимость. Содержательно единые медицинские услуги из-за различий объема составляющих их действий от пациента к пациенту никогда не бывают одинаковыми и неизбежно разнятся издержками.

Кроме того, медицинские услуги обладают теми товарными свойствами, которые обуславливают потребительские предпочтения в отношении одних перед другими. Тем самым их сходство не корреспондирует не только себестоимости, но и цене их реализации.

Таким образом, медицинские услуги не являются потребительски взаимозаменяемыми и экономически однородными: технически однородные медицинские услуги различаются экономически, а экономически сравнимые медицинские услуги не являются технически однородными.

Однородность медицинским услугам может придавать существо составляющей их медицинской помощи, но не экономические показатели. Поэтому экономическая оценка

медицинских услуг осуществима по иным, чем их сравнимость по рыночной цене, показателям.

Ответ на вопрос, какова стоимость медицинской услуги, не отвечает на вопрос, как она оплачивается.

Обычно применяются прямые эквивалентные методы оплаты медицинских услуг: насколько осуществлены соответствующие действия, настолько они должны быть оплачены. А поскольку услуга представляет собой дискретную величину таких действий, т.е. имеет границы, постольку предмет оплаты доступен определению. Как правило, пациенту нужна не одна услуга, а соответствующий их комплекс в зависимости от имеющегося заболевания или группы заболеваний. На этом основан метод диагностически-связанных групп (ДСГ или DRG – Diagnostic-Related Groups), позволяющий рассчитать стоимость комплекса услуг, необходимых отдельному пациенту (79).

Применяются также усредненные методы оплаты медицинских услуг, привязанные либо к периоду исполнения медицинских услуг, либо к фигуре их исполнителя, либо к фигуре их получателя:

1. Усреднение средств оплаты медицинских услуг, привязанное к периоду их исполнения – годовой бюджет, может быть фиксированным или гибким. Если сумма, выделяемая на цели оплаты медицинских услуг, является фиксированной, то риски увеличения затрат ложатся на их исполнителя. Если же бюджет не является фиксированным, то плательщик выделяет соответствующие средства с учетом ряда факторов (колебания эпидемиологической и демографической обстановки, экономической конъюнктуры, социальных запросов и т.д.).

2. Усреднение средств оплаты медицинских услуг, привязанное к фигуре их исполнителя (среднесуточная оплата, заработная плата, бонусная оплата). Среднесуточная оплата по сравнению с заработной платой отличается лишь периодом расчетов. Единовременная выплата (бонус) сродни премии сверх иных выплат.

3. Усреднение средств оплаты медицинских услуг, привязанное к фигуре их получателя (подушевая оплата). Подушевая оплата может дифференцироваться в зависимости от категории сложности заболевания пациента, от возрастного состава обслуживаемого участка и т.д. (135).

В отечественном здравоохранении принят метод нормативно-целевого финансирования, разновидностями которого являются метод оплаты по нормативам за законченные случаи лечения, метод глобального бюджета (оплата согласованных объемов медицинской помощи), метод оплаты по подушевым нормативам на число прикрепленных к учреждению здравоохранения граждан и др. (5, С.185).

Однако возможные усреднения (подушевые нормативы, в частности) не должны вести к потере эквивалентности оплаты медицинских услуг (79).

Ответ на вопрос, как оплачивается медицинская услуга, содержит также ответ на вопрос, чем оплачивается медицинская услуга, поскольку, если известна ее стоимость в денежном выражении, она может быть оплачена другими средствами, имеющими то же выражение. В качестве средств оплаты медицинской услуги могут выступать любые иные оборотные объекты гражданских прав: вещи, включая деньги и ценные бумаги, иное имущество, в том числе имущественные права; работы и услуги; информация; результаты интеллектуальной деятельности, в том числе исключительные права на них (119, ст.128). Поэтому допустима оплата медицинских услуг, например, в порядке обмена на вещи, или по безналичному расчету, или акциями, облигациями, векселями, или по простой распис-

ке в долг, или в кредит, в том числе с условием о рассрочке платежа и т.д. Исполнение обязательств по оплате медицинской услуги может обеспечиваться существующими способами (кроме удержания): неустойка, залог, поручительство, банковская гарантия, задаток, а также страхование.

Способы (методы) оплаты медицинских услуг не тождественны способам (методам) ценообразования на них (79). Способы ценообразования на медицинские услуги определяют, что подлежит оплате, а способы оплаты медицинских услуг – как они оплачиваются. Два экономических вопроса – какова стоимость медицинской услуги и как она оплачивается – в договоре о возмездном оказании медицинских услуг решаются по-разному.

В целом, экономическое значение договора о возмездном оказании медицинских услуг заключается в том, что он оформляет отношения встречного перехода материальных благ, определяя, кто платит, за что платит, что получает взамен, насколько одно соразмерно другому, и обуславливает имущественные последствия несоблюдения соглашения. Договор устанавливает количественную меру взаимных приобретений сторон, а также последствий несоблюдения требований к нему действующего законодательства и содержащихся в нем условий.

### **Подраздел 5.2.3. Организующая (организационная) роль договора о возмездном оказании медицинской услуги<sup>35</sup>.**

Организирующая роль договора о возмездном оказании медицинских услуг в совершенствовании управления здравоохранением проявляется в двух аспектах:

- организирующая роль договора о возмездном оказании медицинских услуг для целей регулирования правоотношений в области охраны здоровья;
- организирующая роль договора о возмездном оказании медицинских услуг для целей управления здравоохранением.

В обоих случаях конституирующим фактором является юридическое, экономическое и организационное (организирующее) значение договора.

Под организационным (организирующим) значением договора о возмездном оказании медицинских услуг следует понимать широкий спектр возможностей системного достижения организованности, планомерного, продуманного устройства оборота медицинских услуг на основе договорных отношений.

Подобный подход не является свойственным отечественному здравоохранению. Общепринятым является понудительное руководство участников договорных отношений со стороны публичных органов, которое лишено правовых оснований и потому – возможностей правомерно влиять на устройство оборота медицинских услуг. Напротив, это приводит к утрате возможностей системной организации оборота медицинских услуг, поскольку в ответ на неправовые запреты его участники находят неправовые способы их обойти. Это обуславливает развитие двойной организации оборота медицинских услуг: явной, притворно следующей нежизнеспособным правилам, насаждаемым публичными органами, и скрытой, складывающейся по рыночным правилам.

Повышение организационного (организирующего) значения договора сопряжено с устранением подзаконного толкования законодательства в условиях его недостаточности пуб-

---

<sup>35</sup> Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Организующая роль договора о возмездном оказании медицинских услуг в совершенствовании управления здравоохранением. //Главный врач: хозяйство и право, 2005, № 5, С.17-27.

личными органами и, как следствие, упорядочение оборота медицинских услуг на основе формально определенных жизнеспособных правил.

### **Организирующая роль договора о возмездном оказании медицинских услуг.**

Договор является универсальным средством регулирования отношений сторон при предоставлении медицинских услуг:

- во-первых, договор связывает отношения по поводу разных объектов прав – здоровья и услуги;

- во-вторых, договор связывает отношения оплаты и отношения получения-оказания медицинских услуг;

- в-третьих, договор ограничивает обязательства сторон, возникающие в силу сделки, от обязательств, возникающих в силу причинения вреда.

Договор ограничивает медицинскую помощь, оказываемую в рамках услуги, от медицинской помощи, оказываемой вне услуги (в порядке действий в чужом интересе без поручения).

Договор ограничивает медицинскую услугу, содержащую медицинскую помощь, от услуги немедицинской.

Поскольку очевидно, что одной стороной отношений по поводу здоровья в связи с оказанием медицинских услуг, являются только физические лица, в какой мере защищаются их права потребителей, а в какой – право на здоровье, закон не устанавливает.

Закон не охватывает всей полноты отношений, складывающихся по поводу здоровья в связи с оказанием медицинской услуги, определяя лишь самые общие правила поведения сторон в этих отношениях. В силу этого в законодательном регулировании таких отношений возникают пробелы.

Закон не учитывает различий в обращении товаров, работ и услуг в отношениях с потребителями, из-за чего возникают несоответствия правовой модели, установленной законом, фактическим отношениям.

Закон не учитывает специфику медицинской деятельности при оказании услуг по поводу здоровья, в связи с чем вредообразование медицинской помощи квалифицируется на общих основаниях.

Этим активизируется подзаконное нормотворчество, обслуживающее текущие потребности отношений, не получивших должного правового регулирования. В отсутствие законодательных определений вырабатывается понятийный аппарат, не основанный на праве. Это обуславливает расхождение правового регулирования подобных отношений в общем и подзаконное создание для них неправовых правил и понятийного аппарата.

Недостаточность законодательного регулирования не может быть восполнена договором. Между законом и договором в этом случае нужен акт общего действия, адаптирующий действие договора к положениям закона, а юридические правила – к фактическим отношениям, и восполняющий недостаточность законодательного регулирования.

Издание подобного акта – законная прерогатива Правительства Российской Федерации (119, п.4 ст.3), а содержанием его является утверждение правил медицинского обслуживания потребителей или правил оказания медицинских услуг (20, ст.38).

В связи с изложенным для отношений по поводу здоровья в связи с оказанием медицинских услуг Постановлением Правительства Российской Федерации должны быть утверждены Правила оказания медицинских услуг, которым надлежит:

- во-первых, унифицировать понятийный аппарат, одинаково принятый в законодательстве и в практике его соблюдения;

- во-вторых, в развитие закона устанавливать специальные правила регулирования, восполняющие недостаточность законодательства;

- в-третьих, устанавливать требования к договору о возмездном оказании медицинских услуг.

Организационное (организующее) значение договора о возмездном оказании медицинских услуг состоит в обобщении его юридического и экономического значения применительно к тем публичным требованиям, которые опосредуются Правилами оказания медицинских услуг.

Очевидно, что действующие Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (утвержденные Постановлением Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 г. № 27) такие задачи не выполняют.

Во-первых, названные Правила не развивают в делегированной Правительству части (20, ст.38) положения законодательства о защите прав потребителей применительно к оказанию медицинских услуг в зависимости от их особенностей (специфики).

Во-вторых, Правила не развивают положения законодательства об охране здоровья граждан в части компетенции Российской Федерации по защите гражданских прав и свобод в области охраны здоровья (21, п.2 ст.5).

Существующие Правила:

- неосновательно сужают круг регулируемых отношений с участием потребителей;

- неосновательно расширяют круг предусмотренных законом требований к исполнителям медицинских услуг, с отступлениями от источников воспроизводя положения действующего законодательства;

- смешивают различающиеся правовые построения;

- не добавляют к регулированию отношений в связи с оказанием медицинских услуг, складывающихся по поводу здоровья, необходимых детализаций и уточнений, усугубляя обусловленные спецификой этих отношений пробелы, для устранения которых будучи предназначены.

Подзаконные нормативные акты в здравоохранении понятием договора охватывают обширный спектр отношений (страхования, оплаты и оказания/получения медицинских услуг, причинения/компенсации вреда, обеспечения исполнения обязательств) с широким кругом участников: федеральный и территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации (страховщики, плательщики за медицинские услуги), граждане (застрахованные, получатели медицинских услуг), учреждения здравоохранения (исполнители медицинских услуг).

Однако подзаконные нормативные акты в здравоохранении:

- не придают договору значение регулятора отношений сторон;

- не дифференцируют правоотношения, охватываемые договором;

- не различают договорные (по взаимному согласованию) и внедоговорные (из причинения ущерба здоровью) обязательства.

Не случайно поэтому во мнениях руководителей учреждений здравоохранения от моно-к многопрофильным последовательно проявляются тенденции отнесения договора:

- к сфере платежных отношений, опуская отношения получения-оказания медицинских услуг;

- к сфере вне пределов системы ОМС («платных» услуг) или к сфере действия частных организаций, оказывающих медицинские услуги;

- к сфере подведомственности государственных и муниципальных органов.

В отличие от иных услуг, регулирование медицинских услуг Правилами их оказания должно дифференцировать:

- во-первых, товарно-потребительский режим оказания медицинских услуг и профессионально-медицинский режим оказания медицинской помощи в их составе;

- во-вторых, режим качества и безопасности медицинских услуг и медицинской помощи;

- в-третьих, режим потребительской свободы в отношении медицинской услуги (расторжения договора, обращение к третьим лицам, требование об уменьшении цены услуги и др.) и режим связанности правилами медицины при оказании медицинской помощи.

В соответствии с юридическим и экономическим значением договора о возмездном оказании медицинских услуг Правила оказания медицинских услуг должны иметь следующее содержание.

## **1. Понятийный аппарат, применяемый в регулировании отношений по поводу здоровья в связи с оказанием медицинских услуг.**

### 1.1. Медицинская помощь.

Понятие медицинской помощи не нашло определения в законодательстве, хотя медицинская помощь является содержанием деятельности медицинских работников.

Характеристикой медицинской помощи является осуществление ее специальным субъектом – лицом, имеющим право на ее оказание. Право на оказание медицинской помощи получают лица, имеющие соответствующий уровень профессионального медицинского образования и квалификации. Независимо от форм получения образования основой объективной оценки уровня образования и квалификации выпускников являются государственные образовательные стандарты (18, п.6 ст.7).

Для выпускников учреждений профессионального медицинского образования медицинская помощь является практическим применением, воплощением в практику своей квалификации.

Медицинская помощь предпринимается по поводу здоровья граждан. Действия лиц, имеющих профессиональное медицинское образование и соответствующую квалификацию, предпринимаемые не по поводу здоровья граждан, не являются медицинской помощью.

Для получателей медицинской помощи она является воздействием на здоровье. Воздействие на здоровье является определяющим признаком медицинской помощи.

Медицинская помощь возможна, пока человек имеет здоровье, т.е. пока он жив и, следовательно, обладает правоспособностью. Медицинская помощь осуществима в рамках правоспособности человека. В этой связи не является медицинской помощью патологоанатомическая (прозекторская) деятельность.

Медицинская помощь заключается в получении от нее пользы для здоровья, доступной от следования правилам медицинской профессии. Действия, направленные не на получение пользы для здоровья гражданина, а на иные цели (например, любого рода экспертизы здоровья – судебная, военная, социальная), не относятся к медицинской помощи.

Воздействие на здоровье при оказании медицинской помощи подчиняется правилам медицины, сложившимся за время ее существования. В рамках этих правил выработаны запреты – абсолютные и относительные, постепенно сокращающиеся по мере развития медицинской науки и практики.

Медицинская помощь оказывается в условиях риска. Любое воздействие на здоровье, направленное на пользу для него, связано с риском. Риски исходят как от реактивности организма, так и от существа патологии и самого воздействия на здоровье, медицинского вмешательства. Риск, на который идет медицинский работник, возникает для здоровья получателя медицинской помощи.

Риск признается обоснованным, если общественно полезная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения охраняемым законом интересам (120, ч.2 ст.41).

Тем самым медицинская помощь заключается в применении не шаблонов ее оказания, а запретов, пренебрежение которыми выходит за пределы обоснованного риска.

Медицинская помощь оказывается как в составе медицинской услуги, так и в порядке действий в интересах другого лица без поручения.

Медицинская помощь не является оборотным объектом гражданских прав. В составе медицинской услуги медицинская помощь является нетоварной составляющей.

Медицинская помощь, от своевременности оказания которой зависит, будет или не будет прогрессировать патология, по поводу которой она предпринимается, является срочной (скорой, неотложной).

Медицинская помощь по поводу патологии, которая не угрожает быстрым и (или) обширным развитием, является отсроченной.

Медицинская помощь не является предметом договоренности и подчиняется публичным требованиям о безопасности ее оказания.

Для целей достижения организованности договорных отношений в обороте медицинских услуг понятие медицинской помощи необходимо для того, во-первых, чтобы отграничить его от понятия медицинской услуги; во-вторых, чтобы ассоциировать его с понятием воздействия на здоровье; в-третьих, чтобы ассоциировать его с понятием рисков.

## 1.2. Здоровье.

Здоровье не есть состояние биологической нормы, поскольку нет двух одинаковых по всем существующим параметрам людей.

Если здоровьем называется состояние полного социального, психического и физического благополучия, то – в качестве максимума достигнутого, чего в жизни не наблюдается: здоровье каждого имеет отклонения, более или менее нарушающие такое благополучие.

Здоровье – это социальная, психическая и физическая данность момента в жизни каждого отдельного человека. Это факт, а не степень достигнутой.

Здоровье является нематериальным благом, на которое распространяется право его обладателя.

Здоровье является необоротным объектом прав его обладателя, находящееся под защитой закона. По поводу здоровья складываются те или иные договорные или не договорные отношения, но само здоровье не может быть объектом товарных отношений.

Здоровье является неотчуждаемым и непередаваемым иным образом нематериальным благом: его нельзя кому-то вверить, с кем-то поделиться, им нельзя кого-то наделить.

Право на здоровье также является необоротным: его нельзя кому-то уступить.

Помимо права на нематериальное благо, право на здоровье охватывает довольно широкую часть личной сферы каждого – право на личную неприкосновенность; право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и



доброго имени; право на ознакомление с документами и материалами, непосредственно затрагивающими его права и свободы, и т.д.

Для целей достижения организованности договорных отношений в обороте медицинских услуг понятие здоровья необходимо для того, чтобы отразить, во-первых, приоритет права человека на неприкосновенность личной сферы над правом другого лица на оказание ему медицинской помощи; во-вторых, значение здоровья как объекта противоправного посягательства, если иное не установлено соглашением с правообладателем или законом; в-третьих, значение договора как акта, отграничивающего правомерное воздействие на здоровье при оказании медицинской помощи от противоправного посягательства.

### 1.3. Медицинская услуга.

Медицинской является услуга, затрагивающая право на здоровье и совокупность соответствующих прав (право на личную неприкосновенность; право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту чести и доброго имени; право на ознакомление с документами и материалами, непосредственно затрагивающими гражданские права и свободы, и т.д.). Не является медицинской услуга, не затрагивающая прав личности в области охраны здоровья (общественного питания, гостиничного размещения и т.д.).

Медицинская услуга – экономическая форма медицинской помощи. В отсутствие такой формы медицинская помощь не может быть объектом товарных отношений. Медицинская помощь не образует товарных качеств медицинской услуги.

Медицинская услуга – оборотный объект прав. Объектом товарообмена медицинская услуга становится благодаря товарным качествам, придаваемым ей исполнителем (сервис, ресурсное обеспечение, бренд).

Медицинская услуга имеет стоимостное выражение и не может оказываться безвозмездно. Медицинская услуга, оказываемая бесплатно для получателя, оплачивается плательщиком, отличным от получателя. Медицинская услуга, в отсутствие плательщика оказываемая исполнителем бесплатно для получателя, относится на убытки исполнителя.

Медицинская услуга оказывается на основании договора. Единственным основанием оказания медицинской услуги (медицинских услуг) является договор о возмездном оказании медицинской услуги (медицинских услуг). В отсутствие договора оказание медицинской помощи не является медицинской услугой. По иным основаниям медицинская услуга не оказывается. Оказание медицинской помощи вне пределов медицинской услуги должно иметь соответствующее правовое основание.

Медицинская услуга не меняет своих характеристик в зависимости от личности исполнителя и (или) плательщика.

Медицинская услуга неотделима от исполнителя, ее результаты не имеют материального выражения, реализуются и потребляются в процессе ее оказания. Полезным следствием медицинской услуги является ее эффект, достижимый в ряду прогнозируемых. Медицинская услуга не завершается излечением или единственно таким эффектом, на достижение которого она направлена.

Основанием, позволяющим считать услугу завершенной, является ее итог – наступление благоприятного эффекта и (или) исключение наступления неблагоприятного эффекта предпринятых действий и (или) прогрессирования патологии.

### *1.3.1. Измерение медицинской услуги.*

В качестве объекта эквивалентного товарообмена медицинская услуга должна быть измерима. Ее количественными параметрами являются границы начала и завершения. Объем и содержание составляющих медицинскую услугу действий должны быть доступны для определения. Медицинская услуга может быть объектом товарных отношений только при наличии характеристик ее идентификации. При наличии характеристик идентификации медицинской услуги она может быть оценена и на нее может быть установлена цена. Цена на медицинскую услугу должна превышать себестоимость производства, обеспечивая рентабельность исполнителя. Такая цена не может быть снижена тарифным соглашением с плательщиком. Цена на медицинскую услугу может быть снижена только вне тарифных соглашений по воле исполнителя.

Услуга длится от момента начала до момента завершения (юридический итог) составляющих ее действий. Фактический итог связан с наступлением благоприятного эффекта и (или) с исключением наступления неблагоприятного эффекта предпринятых действий и (или) прогрессирования патологии.

### *1.3.2. Недостаток (существенный недостаток) медицинской услуги.*

Недостаток медицинской услуги – это отклонение процесса ее оказания от условий договора и (или) от требований предусмотренных законом стандартов медицинской помощи, в силу которого получатель в значительной степени лишается того, на что вправе был рассчитывать при ее получении.

Существенный недостаток медицинской услуги – это отклонение процесса ее оказания от условий договора и (или) от требований предусмотренных законом стандартов медицинской помощи, в силу которого получатель утрачивает то, что не должен был утратить при ее получении.

Недостаток (существенный недостаток) медицинской услуги проявляется отклонениями от условий договора о ее качестве и (или) от требований предусмотренных законом стандартов медицинской помощи о ее безопасности.

Недостаток (существенный недостаток) качества медицинской услуги – это отклонение процесса ее оказания от условий договора, в силу которого ее итогом не является благоприятный эффект в заранее предусмотренном диапазоне и которое привело к затруднению или невозможности воспользоваться ее потребительскими свойствами, получить от нее заранее предусмотренную пользу.

Недостаток (существенный недостаток) безопасности медицинской услуги – это отклонение процесса ее оказания от требований предусмотренных законом стандартов безопасности медицинской помощи, в силу которого итогом является заранее не предусмотренный эффект медицинской услуги и которое неблагоприятно отразилось на здоровье.

	Недостаток	Существенный недостаток
	получатель в значительной степени лишается того, на что вправе был рассчитывать при ее получении	в силу которого получатель утрачивает то, что не должен был утратить при ее получении
Недостаток (существенный недостаток) качества	отклонение процесса ее оказания от условий договора, в силу которого ее итогом не является благоприятный эффект в заранее предусмотренном диапазоне и которое привело к затруднению или невозможности воспользоваться ее потребительскими свойствами, получить от нее заранее предусмотренную пользу	

Недостаток (существенный недостаток) безопасности	отклонение процесса ее оказания от требований предусмотренных законом стандартов медицинской помощи, в силу которого итогом является заранее не предусмотренный эффект медицинской услуги и которое неблагоприятно отразилось на здоровье
---	---

### *1.3.3. Качество медицинской услуги.*

Качество медицинской услуги определяется ее потребительскими свойствами – пользой, на извлечение которой вправе рассчитывать потребитель при ее получении.

Качество медицинской услуги не определяется объемом и содержанием медицинской помощи в ее составе, которая является характеристикой безопасности медицинской услуги.

Способными повлиять на качество медицинской услуги являются сказывающиеся на ее потребительских свойствах обстоятельства, зависящие от следования получателем рекомендациям исполнителя.

### *1.3.4. Безопасность медицинской услуги.*

Безопасность медицинской услуги – это безопасность процесса ее оказания, в части оказания составляющей ее медицинской помощи обеспечиваемая соблюдением стандартов безопасности медицинской помощи.

Способными повлиять на безопасность медицинской услуги являются сказывающиеся на здоровье получателя обстоятельства, зависящие от его следования рекомендациям исполнителя.

### *1.3.5. Вред из оказания медицинской услуги.*

Нарушение безопасности обеспечения потребительских свойств медицинской услуги, а также отклонение от стандартов безопасности медицинской помощи является вредообразующим посягательством, если наступившие последствия проявляются ущербом в личной сфере пострадавшего.

Медицинская услуга, подлежащая оказанию по поводу патологии, требующей срочной медицинской помощи, является вредообразующим посягательством, если ее оказание просрочено исполнителем и это повлекло наступление последствий, которых в случае ее своевременного оказания можно было избежать.

## 1.4. Медицинская информация.

Медицинская информация разделяется на информацию о здоровье и о медицинской услуге и ее исполнителе; на ту, которая предоставляется в связи с оказанием медицинской услуги, и ту, которая предоставляется вне связи с медицинской услугой; на ту, которая предоставляется за плату, и ту, которая предоставляется бесплатно для получателя.

Исполнитель медицинской услуги является держателем информации о медицинской услуге и о здоровье получателя.

Предоставление им информации получателю о здоровье, о медицинской услуге и об исполнителе является обязательным предварительным условием ее оказания. Такая информация предоставляется бесплатно для получателя.

Предоставление им информации о здоровье и об оказанной медицинской услуге в последующем предоставляется правообладателю по заявлению бесплатно в любой момент на протяжении всего времени ее хранения. Такая информация предоставляется в том объеме,

в каком это необходимо правообладателю, в копии существующих документов в срок не более трех рабочих дней с момента подачи заявления.

Информация, в отношении которой закон не устанавливает обязанности ее предоставлять бесплатно, реализуется в форме услуги (информационной, консультативной и др.) и в других формах объектов товарообмена.

#### 1.5. Исполнитель медицинской услуги.

Исполнителями медицинской услуги могут быть любые хозяйствующие субъекты – российские и иностранные коммерческие и некоммерческие организации любых форм собственности и организационно-правовых форм и индивидуальные предприниматели, имеющие лицензию на осуществление соответствующей деятельности.

#### 1.6. Получатель медицинской услуги.

Получателем медицинской услуги может быть только физическое лицо – гражданин Российской Федерации, иностранец или лицо без гражданства.

Медицинскую услугу физическое лицо может получить при наличии признанной законом способности совершать сделки. Такие сделки могут совершаться по поводу оплаты и получения медицинской услуги и (или) по поводу здоровья.

Совершать сделки самостоятельно могут полностью дееспособные лица.

Ограниченно дееспособные лица, а также несовершеннолетние в возрасте до 14 лет могут совершать сделки по поводу оплаты и получения медицинской услуги с согласия законных представителей (совершать сделки по поводу здоровья несовершеннолетние с 15 лет могут самостоятельно).

Сделки по поводу оплаты и получения медицинской услуги и (или) по поводу здоровья за малолетних в возрасте до 6 лет и недееспособных граждан совершают их законные представители.

В отсутствие законных представителей сделки по поводу оплаты и получения медицинской услуги и (или) по поводу здоровья за несовершеннолетних совершаются органом опеки и попечительства, в сфере действия которого находится медицинская организация.

В неотложных обстоятельствах, когда действительная воля нуждающегося в силу объективных (отсутствие сознания) или субъективных (отсутствие полной дееспособности) причин не может быть выражена, медицинская помощь оказывается ему в порядке действий в чужом интересе без поручения.

#### 1.7. Плательщик за медицинскую услугу.

Плательщиком за медицинскую услугу может выступать любое физическое лицо, как в свою пользу, так и в пользу третьего лица (третьих лиц).

Плательщиком за медицинскую услугу в пользу третьего лица (третьих лиц) может быть также любое юридическое лицо.

Государство или муниципальное образование выступает плательщиком за медицинскую услугу в пользу граждан за счет средств казны (из бюджета и внебюджетных фондов).

## **2. Специальные правила регулирования отношений по поводу здоровья в связи с оказанием медицинских услуг, восполняющие недостаточность законодательства.**

### 2.1. Правовой режим оказания и получения медицинской услуги.

В части характеристики медицинской услуги как товара правовой режим ее оказания

подчиняется требованиям законодательства о защите прав потребителей с учетом медицинских особенностей этой услуги.

В части характеристики медицинской услуги как воздействия на здоровье (медицинской помощи) правовой режим ее оказания подчиняется требованиям гражданского законодательства о защите этого нематериального блага.

Поскольку услуга не имеет материализованных результатов и потребляется одновременно с ее производством, она не может быть использована вне пределов процесса ее оказания, не подлежит хранению, транспортировке, утилизации и т.д., не имеет гарантийного срока и не может идентифицироваться технической документацией, этикетками, маркировкой или иным способом (предъявление требований к исполнителю о соблюдении или установление исполнителем правил использования, хранения, транспортировки, утилизации и т.д., гарантий (гарантийного срока), технической документации, этикеток, маркировки и т.д. на медицинские услуги не является правомерным).

Это определяет публичные требования к качеству медицинской услуги и юридически возможные требования потребителя к исполнителю – о расторжении договора, об уменьшении цены, о компенсации затрат на оказание услуги третьими лицами и т.д.

Поскольку качество медицинской услуги – понятие, ассоциированное с ее потребительскими свойствами, постольку публичные требования к качеству медицинской услуги и юридически возможные требования потребителя к исполнителю не должны касаться медицинской помощи в ее составе.

Медицинская помощь как нетоварная часть медицинской услуги подчиняется не согласованным сторонами договора условиям о качестве, а публичным требованиям о безопасности (медицинская помощь обладает необходимым качеством в той мере, в какой соблюдены стандарты безопасности ее оказания).

Условиями о качестве охватываются потребительские свойства медицинской услуги (сервис, оснащение, указание на конкретное лицо, которое будет оказывать услугу, и пр.). Если появляются достаточные основания полагать, что эти условия не будут соблюдены, пока не начата медицинская помощь заказчик вправе требовать расторжения договора или уменьшения цены услуги.

Прерывать по этим основаниям начатую медицинскую помощь в составе медицинской услуги заказчик не вправе. Если получатель прерывает медицинскую помощь и обращается к третьим лицам, это не должно иметь правовых последствий для исполнителя медицинской услуги.

В отличие от иных услуг, медицинская услуга значительно более связана сроками ее оказания. Просрочка соблюдения потребительских свойств медицинской услуги имеет существенно меньшее значение, чем просрочка оказания медицинской помощи в ее составе. Поэтому сроки оказания медицинской услуги также разделяются на потребительские и медицинские.

По основаниям нарушения исполнителем потребительских сроков оказания медицинской услуги действует законодательство о защите прав потребителей.

Если же нарушаются сроки, влекущие наступление последствий для здоровья, вступают в действие стандарты безопасности медицинской помощи.

При оказании медицинской услуги могут возникнуть обстоятельства, которые могут повлиять на ее характеристики и обусловить наступление неблагоприятных последствий.

Такие обстоятельства могут влиять на качество медицинской услуги, т.е. снижать ее потребительские свойства (например, получатель медицинской услуги нарушает лечеб-

но-охранительный режим в медицинской организации). Если не начата медицинская помощь, договор с ним может быть расторгнут.

Если же такие обстоятельства влияют на безопасность медицинской помощи в составе медицинской услуги, это может повлечь неблагоприятные последствия для здоровья получателя. Об этих последствиях он должен быть надлежащим образом уведомлен, а каждое из подобных обстоятельств должно быть надлежащим образом фиксировано. Осознанное нарушение им собственной безопасности исключает пренебрежение ею со стороны исполнителя медицинских услуг.

В этом случае договор не может быть расторгнут, но получатель лишается права требования компенсации вреда за последствия, которые повлекло нарушение им правил безопасности медицинской услуги.

## 2.2. Правовой режим медицинской информации.

Перед оказанием медицинской услуги до сведения получателя в доступной для него форме исполнителем доводится позволяющая сделать выбор достаточная и достоверная информация:

- о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и возможных результатах проведенного лечения;
- о стандартах безопасности медицинской помощи в составе предлагаемой медицинской услуги;
- об основных потребительских свойствах предлагаемой медицинской услуги, а также противопоказания для ее оказания при отдельных видах заболеваний. Перечень услуг, информация о которых должна содержать противопоказания для оказания при отдельных видах заболеваний, утверждается Правительством Российской Федерации;
- о конкретном лице, которое будет оказывать медицинскую услугу;
- о цене и условиях оказания медицинской услуги;
- о правилах оказания медицинских услуг;
- о порядке предъявления претензий.

Если получателю медицинской услуги предварительно не предоставлена доступная, достоверная и достаточная информация, договор не считается заключенным, а воздействие на здоровье оценивается по правилам о причинении вреда.

## 2.3. Правовой режим оплаты медицинской услуги.

Медицинские услуги делятся на те, которые оплачиваются по неиндивидуализируемой цене, и те, которые оплачиваются по индивидуализируемой цене.

Если оказываются однотипные, по единой технологии, с использованием одной и той же аппаратуры медицинские услуги, не допускающие индивидуализации процесса их оказания, они оплачиваются по неиндивидуализируемой цене.

Если состояние здоровья получателя медицинской услуги требует индивидуального изменения содержания, объема составляющих услугу действий, настройки применяемой аппаратуры, подбора иных средств воздействия и иной адаптации услуги к потребностям его здоровья, они оплачиваются по индивидуализируемой цене.

В обоих случаях цена на медицинские услуги устанавливается перед их оказанием и рассчитывается по твердой смете.

Представление исполнителем такой сметы заказчику по его требованию обязательно.

Расчет цены медицинской услуги по приблизительной смете не допускается и свидетельствует о недостатках диверсификации медицинских услуг в ассортименте.

Запрещается обуславливать приобретение одних медицинских услуг обязательным приобретением иных медицинских или немедицинских услуг (товаров, работ). Убытки, причиненные заказчику вследствие нарушения его права на свободный выбор, возмещаются исполнителем в полном объеме.

Возврат денежных средств за оплаченную медицинскую услугу допускается только плательщику и только в случаях:

- расторжения договора по основаниям недостатка (существенного недостатка) качества медицинской услуги;
- прекращения договора невозможностью исполнения по основаниям недостатка (существенного недостатка) безопасности при оказании медицинской услуги;
- если договор не считается заключенным вследствие предварительного непредоставления получателю медицинской услуги соответствующей информации.

### **3. Требования к договору о возмездном оказании медицинских услуг.**

#### 3.1. Требования к форме договора.

Договор о возмездном оказании медицинских услуг (договор об оказании и договор об оплате медицинских услуг в пользу третьего лица) во всех случаях заключается перед ее оказанием только в письменной форме.

Если не соблюдена письменная форма договора об оказании медицинских услуг, воздействие на здоровье рассматривается как подлежащее компенсации причинение вреда, если причинитель не докажет, а пострадавший не согласится, что оно предпринято в интересах пострадавшего и вред охраняемым законом интересам отсутствует.

#### 3.2. Требования к порядку заключения договора.

Договор может быть заключен как в согласительной процедуре, так и путем присоединения.

Исполнитель в обязательном порядке должен иметь подписанный сторонами экземпляр договора.

Получатель медицинской услуги не обязан иметь подписанный сторонами экземпляр договора.

Условия договора, ущемляющие права потребителя, иные явно обременительные условия, которые получатель медицинских услуг исходя из своих разумно понимаемых интересов не принял бы при наличии у него специальных познаний о свойствах и характеристиках медицинской услуги, а также иные крайне невыгодные для него условия, позволяющие воспользоваться этим исполнителю, признаются недействительными.

Если в результате исполнения договора, содержащего такие условия, у заказчика медицинской услуги возникли убытки, они подлежат возмещению исполнителем в полном объеме.

#### 3.3. Требования к порядку изменения договора.

Договор о возмездном оказании медицинской услуги может быть изменен в части потребительских свойств услуги, а также в отношении объема и содержания состав-

ляющих услугу действий, в связи с чем изменяется цена услуги.

Изменение договора возможно по соглашению сторон в любое время на протяжении срока его действия.

Если объективно необходимо расширить объем медицинской помощи, а получатель согласен на это, но не имеет возможности оплатить медицинскую услугу по измененной цене, исполнитель:

- либо оказывает ее по изначальной цене, относя разницу на свои убытки;
- либо оказывает медицинскую услугу в изначально согласованном объеме медицинской помощи.

Если во время оказания медицинской услуги возникла необходимость в расширении объема медицинской помощи, а получатель не в состоянии выразить свою волю, она оказывается в порядке подчинения правовому режиму действий в чужом интересе без поручения и не влечет автоматического изменения договора.

#### 3.4. Требования к порядку расторжения договора.

Договор о возмездном оказании медицинских услуг может быть расторгнут по основаниям нарушения условий о качестве.

Если появляются достаточные основания полагать, что условия о качестве или исправления недостатка (существенного недостатка) качества медицинской услуги не будут соблюдены, пока не начата медицинская помощь заказчик вправе потребовать расторжения договора.

Такое требование вправе предъявить плательщик – получатель в свою пользу или с согласия получателя иное лицо, оплатившее медицинскую услугу в его пользу.

При расторжении договора плательщик за медицинскую услугу вправе потребовать полного возмещения убытков, обусловленного расторжением договора.

В случае расторжения договора получатель не вправе ссылаться на неоказание медицинской помощи в составе медицинской услуги, договор по поводу которой расторгнут.

Если перед оказанием медицинской услуги получателю не предоставлена соответствующая информация, договор не подлежит расторжению и считается незаключенным, а воздействие на здоровье оценивается по правилам о причинении вреда.

Если при оказании медицинской услуги нарушаются условия о безопасности медицинской помощи, договор не подлежит расторжению и считается прекращенным невозможностью исполнения, а воздействие на здоровье оценивается по правилам о причинении вреда.

#### 3.5. Требования к отсылочному (бланкетному) договору.

Договор может содержать отсылки к документам или недокументированной информации, представленным в иных источниках или на иных носителях.

Если договор содержит отсылки к документам (дополнительным соглашениям, приказам по организации и т.д.), они должны иметь реквизиты, позволяющие их идентифицировать.

Если договор отсылает к недокументированной информации (наглядным средствам и т.д.), они должны соответствовать обычаям или обычно предъявляемым требованиям к такого рода информации.



### 3.6. Требования к публичному договору.

Правила о публичном договоре применяются ко всем исполнителям медицинских услуг, независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности.

Если законом или иными правовыми актами предусмотрена обязанность исполнителей медицинских услуг оказывать предпочтение одному лицу перед другим в отношении заключения публичного договора, такая обязанность должна иметь основания, связанные с опасностью несвоевременного оказания медицинской помощи.

Когда законом и иными правовыми актами допускается предоставление льгот для отдельных категорий получателей медицинских услуг, возмещение исполнителям медицинских услуг стоимости этих льгот по их прейскуранту осуществляется за счет средств казны (бюджета) государства или муниципальных образований.

### 3.7. Требования к договору присоединения.

Договор о возмездном оказании медицинских услуг может быть заключен путем присоединения, если оказываются однотипные, по единой технологии, с использованием одной и той же аппаратуры медицинские услуги, не допускающие индивидуализации процесса их оказания.

Если состояние здоровья получателя медицинской услуги требует индивидуального изменения содержания, объема составляющих услугу действий, настройки применяемой аппаратуры, подбора иных средств воздействия и иной адаптации услуги к потребностям его здоровья, договор не может быть заключен путем присоединения.

Если для каждой повторяющейся, типовой ситуации существует соответствующий ей и не нуждающийся в изменении в зависимости от индивидуальных особенностей получателя медицинской услуги текст договора, договор может быть заключен путем присоединения.

В целом, так достигается формальная определенность, необходимая для регулирования правоотношений, складывающихся по поводу здоровья при оказании медицинских услуг на всем пространстве экономического оборота в государстве.

Таким образом, правовой режим оказания медицинских услуг нуждается в:

- установление стандартов безопасности медицинской помощи в составе медицинских услуг;
- различие недостатка (существенного недостатка) качества и безопасности медицинских услуг;
- введение индивидуализируемой и неиндивидуализируемой цены медицинской услуги.

## **Роль договора о возмездном оказании медицинских услуг в совершенствовании управления здравоохранением.**

Ранее было показано (69, С.19), что социальные интересы удовлетворяются на экономической основе и (или) экономическими мерами, а социальная функция государства неосуществима без эффективной реализации им экономической функции.

Реализация органами управления здравоохранением социальной функции государства требует соответствующего финансирования деятельности, способной обеспечить необхо-

димый социальный эффект. Такая деятельность осуществляется не органами управления здравоохранением, а государственными, муниципальными и частными организациями, имеющими право ее осуществлять в соответствии с лицензией. Тем самым для целей реализации социальной функции государства задачей органов управления здравоохранением является обеспечение финансирования бюджетными средствами той деятельности, которую осуществляют такие организации.

Такая задача выполняется посредством реализации органами управления здравоохранением соответствующих функций.

Каждая функция (совокупность правомочий) органа управления здравоохранением имеет имущественную основу: бюджетные средства, потребляемые по смете самими органами управления здравоохранением при реализации этой функции, а также бюджетные средства казны, предназначенные для распределения по получателям бюджетных средств.

Административные акты (акты государственных органов и органов местного самоуправления), будучи предусмотрены законом, являются порождающими гражданские права и обязанности, если они:

- 1) предусмотрены законом в качестве основания возникновения гражданских прав и обязанностей;
- 2) осуществляются в рамках компетенции государственных или муниципальных органов, установленной актами, определяющими статус этих органов.

Совершенствование роли органов управления здравоохранением в имущественных отношениях определяется нахождением их места не в социальной, а в имущественной (бюджетной) сфере. Достижение органами управления здравоохранением социального результата связано с тем, насколько эффективно они используют не административные, а финансовые ресурсы, насколько рационально ими распределяются бюджетные средства между хозяйствующими субъектами и насколько имущественный результат деятельности хозяйствующих субъектов способен обусловить соответствующий социальный результат (69, С.21).

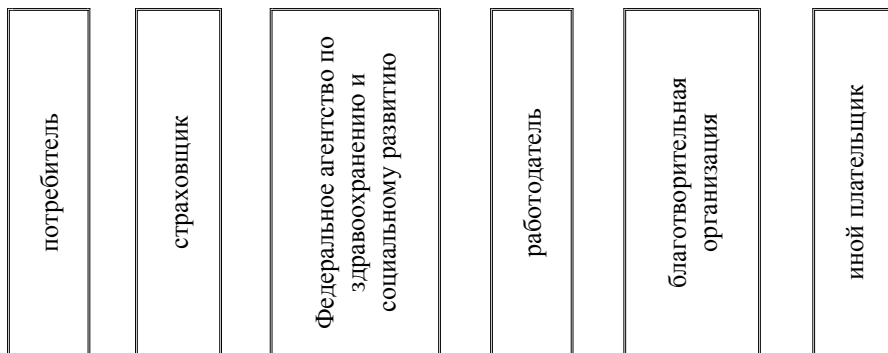
В структуре исполнительной власти произошло, во-первых, отделение функций политических органов от контрольно-надзорных служб и имущественно-распорядительных агентств; во-вторых, разделение функций контрольно-надзорных служб и имущественно-распорядительных агентств.

Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию действует не в порядке административного управления деятельностью исполнителей медицинских услуг, а в качестве стороны договора: оно от имени государства осуществляет функции плательщика за медицинские услуги, предоставляемые гражданам (101).

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития осуществляет функции по контролю и надзору в установленной сфере деятельности.

В обороте медицинских услуг в качестве плательщика, наряду с другими, участвует Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, а надзор за договорными отношениями в области охраны здоровья осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития:

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития



Тем самым разные публичные органы (в том числе органы управления здравоохранением) выполняют разные функции: одни выполняют функции надзора (Федеральная служба) и не вправе участвовать в договорах в качестве плательщика за медицинские услуги, оказываемые гражданам, другие – являются участниками договорных отношений по поводу медицинских услуг (Федеральное агентство) и не вправе выполнять функции надзора.

Сообразно этому для Федеральной службы и ее территориальных подразделений договор о возмездном оказании медицинских услуг имеет одно значение, а для Федерального агентства и его территориальных подразделений – другое.

Для Федеральной службы и ее территориальных подразделений договор о возмездном оказании медицинских услуг имеет значение объекта контроля и надзора – равно в значении договора-сделки, договора-правоотношения и договора-документа. Пределы контроля и надзора установлены действующим законодательством, а существо объекта контроля и надзора определяется утверждаемыми Правительством Российской Федерации Правилами оказания соответствующих услуг.

В качестве публичного органа контроля и надзора орган управления здравоохранением выполняет публичные функции государственного понуждения – и не только государственных или муниципальных учреждений здравоохранения, а всех хозяйствующих субъектов, осуществляющих деятельность в границах его юрисдикции.

Контролю и надзору подвергаются отношения, складывающиеся при оказании медицинских услуг, а не участники этих отношений: гражданские права могут быть ограничены на основании федерального закона и только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства (119, п.2 ст.1).

Для Федерального агентства и его территориальных подразделений договор о возмездном оказании медицинских услуг имеет значение как договор об оплате медицинских услуг, в котором оно выступает на стороне плательщика.

В качестве плательщика орган управления здравоохранением, участвуя в договорных отношениях, выполняет не публичные, а частноправовые функции их участника на ус-

ловиях равенства с остальными участниками оборота: Российская Федерация, субъекты Российской Федерации: республики, края, области, города федерального значения, автономная область, автономные округа, а также городские, сельские поселения и другие муниципальные образования выступают в отношениях, регулируемых гражданским законодательством, на равных началах с иными участниками этих отношений – гражданами и юридическими лицами (119, п.1 ст.124).

Это означает, что в отличие от Федеральной службы и ее территориальных подразделений применять меры государственного понуждения в этих отношениях Федеральное агентство и его территориальные подразделения не вправе.

Функция плательщика в договорных отношениях – новшество для органов управления здравоохранением: прежде функции управления здравоохранением и управления средствами публичной казны были разобщены и совмещались только в части нетоварного бюджетно-внебюджетного удовлетворения потребностей здравоохранения в целом. Иными словами, если ранее финансирование здравоохранения следовало его отраслевым нуждам, то в настоящее время происходит диверсификация и специализация платежей в товарных отношениях.

Тем самым первой задачей органа управления здравоохранением в качестве плательщика за медицинские услуги гражданам является соразмерение эквивалентности величины оплаты и стоимости оплачиваемой медицинской услуги.

Медицинские услуги нуждаются в определении эквивалента оплаты. Затратные методы ценообразования не устанавливают эквивалент оплаты медицинских услуг. Эквивалент оплаты медицинских услуг может быть определен, если в результате диверсификации достигается конечная величина составляющих их действий. Цены на диверсифицированные услуги должны быть конкурентными и сравнимыми с таковыми в частном секторе, а, следовательно – устанавливаться рыночным методом. В настоящее время тарифы определяются методами оплаты медицинских услуг, а не методами ценообразования на них. Возможные усреднения (подушевые нормативы, в частности) не должны приводить к потере эквивалентности оплаты медицинских услуг (103).

Второй задачей органа управления здравоохранением в качестве плательщика за медицинские услуги гражданам является размещение денежных средств в зонах повышенной социальной значимости.

Предназначением здравоохранения является комплекс мер по оздоровлению граждан, но это не означает, что такие меры не могут осуществляться в порядке взаимовыгодного товарообмена, принося пользу потребителям товаров, работ и услуг медицинского назначения и доходы (прибыли) производящим и реализующим их хозяйствующим субъектам. И нет оснований полагать, что плательщиком хозяйствующим субъектам за граждан не может выступать государство – вне зависимости от их организационно-правовой формы и форм собственности.

Социальный результат достигается не от финансирования здравоохранения, а от совокупной деятельности отдельных организаций, производящих и реализующих товары, работы и услуги медицинского назначения. Будь то учреждения, хозяйственные товарищества и общества, производственные и потребительские кооперативы, автономные некоммерческие организации и некоммерческие партнерства и т.д. – если они осуществляют в области охраны здоровья деятельность с товарным результатом, то нет оснований полагать, что эта деятельность не отражается на здоровье потребителей производимых и реализуемых ими товаров, работ и услуг медицинского назначения. Следовательно, товарная

деятельность хозяйствующих субъектов в области охраны здоровья в любом случае проявляется социальным результатом.

Возможен подход, когда плательщик по ценам, складывающимся в обороте, оплачивает товары, работы и услуги медицинского назначения на условиях достижения заданного социального результата. Это – достаточно широкая мировая практика.

Следовательно, вопрос лишь в том, как размещаются средства, выделяемые под достижение заданного социального результата, между хозяйствующими субъектами. И мировая практика, и отечественное законодательство позволяют ответить на этот вопрос – посредством конкурса. На конкурс выносятся соответствующие средства и условия их освоения, например, на конкретной территории показатели нозологической линейки на конкретную дату будущего периода должны быть не выше заданных. С помощью такого механизма можно размещать публичные средства в тех зонах, в которых спрос – из-за низкой покупательной способности или в силу иных причин – ограничен и которые по этим причинам не привлекательны для бизнеса (103).

Третьей задачей органа управления здравоохранением в качестве плательщика за медицинские услуги гражданам является интенсификация оборота в области охраны здоровья.

ВВП перестал быть отражением состояния государственного бюджета. Структура ВВП начала претерпевать существенные изменения. Если прежде в нем царило государство, то с каждым годом стала увеличиваться доля частных товаропроизводителей. Он стал выражать состояние экономического оборота в стране. Отсюда доля в ВВП на содержание здравоохранения перестала быть показателем финансирования государственного и муниципального здравоохранения.

О доле здравоохранения в ВВП в настоящее время можно говорить только применительно к средствам в обороте (доходам от реализации медицинских услуг), в которых участвуют товаропроизводители – как государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, так и частные организации, оказывающие медицинские услуги. Бюджетные ассигнования содержания государственных и муниципальных органов управления здравоохранением прямо<sup>36</sup> не участвуют в создании ВВП постольку, поскольку не оказывают услуг и не осуществляют деятельность, приносящую доходы.

Доля здравоохранения в ВВП складывается не из финансирования здравоохранения за счет государственных и муниципальных средств, включая содержание органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения, а также оплату оказываемых ими услуг. Доля здравоохранения в ВВП составляет стоимость медицинских услуг, совокупно оказанных товаропроизводителями, основанными на государственном, муниципальном и частном имуществе, и оплаченная за счет равно государственных, муниципальных и частных средств.

Доля здравоохранения в ВВП определяется интенсивностью оборота в области охраны здоровья: чем выше интенсивность оборота медицинских услуг, тем выше доля здравоохранения в ВВП. Развитие здравоохранения зависит от роста интенсивности оборота в области охраны здоровья, а не от финансирования из бюджета или внебюджетных фондов (104).

Таким образом, роль договора о возмездном оказании медицинских услуг в совершенствовании управления здравоохранением заключается в том, что он является таким отправным началом, которое позволяет:

- во-первых, дифференцировать функции органов управления здравоохранением – пуб-

---

<sup>36</sup> не прямое участие публичных органов в издержках создания ВВП (через заработную плату и т.п.) не является предметом изучения в настоящей работе

лично-правового контроля и надзора (Федеральная служба и ее территориальные подразделения) и оплаты медицинских услуг в частноправовых отношениях (Федеральное агентство и его территориальные подразделения);

- во-вторых, определить функции Федеральной службы и ее территориальных подразделений в отношении договорной деятельности хозяйствующих субъектов в рамках публично-правового контроля и надзора за соблюдением всеми из них единых и общих требований Правил оказания медицинских услуг, утверждаемых Постановлением Правительства Российской Федерации;

- в-третьих, определить задачи Федерального агентства и его территориальных подразделений как публичного плательщика в договоре в пользу граждан:

1. соразмерение эквивалентности величины оплаты и стоимости оплачиваемой медицинской услуги;

2. размещение денежных средств в зонах повышенной социальной значимости;

3. интенсификация оборота в области охраны здоровья.

### **§ 5.3. Предпосылки формирования современной идеологии здравоохранения**

#### **Раздел 5.3.1. Отечественная организация здравоохранения: реформа идеологии<sup>37</sup>**

Несмотря на неуклонно изменяющиеся социально-экономические условия, здравоохранение сохраняет свое прежнее устройство.

Меняются названия органов управления здравоохранением: от Министерства здравоохранения через Министерство здравоохранения и медицинской промышленности пройден путь к Министерству здравоохранения и социального развития.

Меняется системообразование здравоохранения: прежде единая система государственного здравоохранения ныне представлена государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения.

Меняется финансирование здравоохранения: наряду с бюджетным возник внебюджетный источник – обязательное медицинское страхование.

Не меняется только идеология организации здравоохранения.

Поэтому, несмотря на множество концепций реформирования здравоохранения, его состояние прогрессивно ухудшается, а с этим – здоровье граждан, как и качество их жизни в целом.

Следовательно, проблема не в устройстве здравоохранения, а в идеологии его устройства. И реформировать нужно не следствие (состояние здравоохранения), а причину (идеологию организации здравоохранения).

Если состояние здравоохранения не соответствует политическим, экономическим и юридическим реалиям, то причина этого – в организации здравоохранения.

Если прежде устройство здравоохранения соответствовало социально-политическим реалиям в государстве, то простой перенос такого устройства (и идеологии, на которой оно сложилось) в изменившийся уклад государства неизбежно приведет к краху здравоохранения и к необходимости пересмотра идеологии организации здравоохранения.

Государство – это не только территория страны, но и организация общества. В тоталитарном

---

<sup>37</sup> Тихомиров А.В. Отечественная организация здравоохранения: реформа идеологии. //Главный врач: хозяйство и право, 2005, № 2, С.2-8.

литарном государстве оно полностью подчиняет общество и экономику. В нетоталитарном государстве оно распространяется только в пределах, необходимых для обеспечения потребностей общества. Жизнедеятельность общества и развитие экономики происходит вне пределов механизма государства. Государство не тождественно обществу. Экономика отделена от государства.

Прежде здравоохранение относилось к непроизводственной сфере народного хозяйства постольку, поскольку оно находилось на полном содержании государства и в нем не происходило товарообмена. В настоящее время здравоохранение стало частью общего экономического пространства страны постольку, поскольку в нем осуществляется оборот товаров, работ и услуг медицинского назначения.

Следовательно, в отличие от прежнего периода здравоохранение представлено двумя различными частями. Та часть здравоохранения, которая относится к механизму государства (и муниципальных образований), представлена государственными (и муниципальными) органами. Та часть здравоохранения, которая производит и реализует товары, работы и услуги медицинского назначения, представлена хозяйствующими субъектами. Поскольку экономика отделена от механизма государства, постольку не имеют общего и не могут быть каким-либо образом объединены государственные или муниципальные органы и хозяйствующие субъекты.

Однако наследием предшествующего времени в новые социально-экономические условия перешли государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, положение которых до сих пор определяется прежними представлениями. Если в тоталитарном государстве они относились к механизму государства наряду с государственными органами, то в нынешнее время, не будучи государственными или муниципальными органами, они не могут быть отнесены к механизму государства. Вместе с тем, несмотря на то, что подобно хозяйствующим субъектам, основанным на частной собственности, они производят и реализуют товары, работы и услуги медицинского назначения, их основанность на государственной или муниципальной собственности позволяет государственным или муниципальным органам подменять их имущественную принадлежность административной подчиненностью. Тем самым государственные и муниципальные учреждения, будучи хозяйствующими субъектами, не обрели это положение, и, не относясь к механизму государства, поставляются в административную подчиненность государственным или муниципальным органам.

Если при таком неопределенном положении учреждения здравоохранения при производстве и реализации товаров, работ и услуг медицинского назначения руководствуются публичными интересами, которые преследуют государственные и муниципальные органы управления здравоохранением, то – в ущерб своим интересам в качестве хозяйствующих субъектов. Если же учреждения здравоохранения пытаются руководствоваться интересами хозяйствующих субъектов, то это встречает административные препятствия.

Тем самым громадная сеть учреждений здравоохранения фактически выключена из участия в обороте, но, находясь в подчиненности государственных и муниципальных органов, содержится на административном бюджетно-внебюджетном финансировании.

Если участие в обороте позволяет хозяйствующим субъектам имущество воспроизводить, то бюджетно-внебюджетное содержание учреждений здравоохранения сводит их деятельность к потреблению внеоборотных ассигнований. На казне это отражается двояко: как неполученными доходами, так и затратами на содержание учреждений здравоохранения.

До настоящего времени в здравоохранении сохраняется принцип обобщения: финансирование здравоохранения, общественное здоровье и т.д.

Вместе с этим реалии совершенно иные. Финансирование государственной и муниципальной систем здравоохранения из бюджета и внебюджетных фондов не отражает действительной ситуации в здравоохранении. Во-первых, из бюджета финансируются как государственные и муниципальные органы управления здравоохранением, так и учреждения здравоохранения. Во-вторых, совокупные бюджетные поступления распределяются органами управления здравоохранением по учреждениям здравоохранения по субъективным соображениям целесообразности, а не по заранее установленным правилам. В-третьих, ассигнования в учреждения здравоохранения из бюджета и внебюджетных фондов – так же из соображений целесообразности – поступают из консолидированного бюджета органов управления здравоохранением. В-четвертых, финансирование здравоохранения связано никак не с положительной динамикой состояния здоровья граждан, а с запросами органов управления здравоохранением или учреждений здравоохранения, существующих в условиях постоянной нехватки средств.

Очевидно, что управление здравоохранением ориентировано на централизацию доступа к средствам казны государства или муниципальных образований.

История повторяется: Положение-декрет ВЦИК от 22 декабря 1917 года «О страховании на случай болезни» передал все медицинские учреждения разных ведомств больничным кассам, которые обязывались обеспечивать застрахованным – рабочим, служащим и членам их семей – бесплатную медицинскую помощь. Так сформировалось две организации здравоохранения – Наркомздравовская государственная и более финансово-крепкая страховая, существовавшая от отчислений предпринимателей, пока 18 февраля 1919 года СНК РСФСР не принял декрет о передаче всей лечебной части больничных касс Наркомздраву РСФСР.

Кроме того, финансирование здравоохранения никак не связано с действительной финансовой ситуацией в области охраны здоровья. Поскольку, наряду с учреждениями здравоохранения, финансируемыми из бюджета и внебюджетных фондов, деятельность в обороте товаров, работ и услуг медицинского назначения осуществляют частные организации, постольку их финансовые результаты могут быть учтены, но не охватываются рамками финансирования здравоохранения.

Понятие финансирования здравоохранения исходит из выделения средств для потребления, в то время как реальным показателем становится показатель интенсивности оборота в области охраны здоровья. А это – величина совокупного оборота в области охраны здоровья от деятельности всех отдельных хозяйствующих субъектов. Это не расчетная величина расходов, а фактически достигаемая величина доходов. Учитывая, что оборот представлен практически только частными медицинскими организациями, такой показатель не является отражением эффективности деятельности государственной и муниципальной систем здравоохранения.

При этом других объективных показателей эффективности деятельности государственной и муниципальной систем здравоохранения в настоящее время нет. Едва ли таким показателем можно считать состояние социальной среды – показатели общественного здоровья могут лишь служить обоснованием потребностей государственной и муниципальной систем здравоохранения, но не отражением эффективности их деятельности.

Здравоохранение – это поле действия организации здравоохранения как отрасли научных знаний и их практической реализации.



В настоящее время идеология организации здравоохранения рассчитана на обоснование нуждами общественного здоровья плановых затрат на существование отрасли. Это первая фактическая функция органов управления здравоохранением, сложившаяся при сохранении прежней идеологии организации здравоохранения в новых условиях.

В таких условиях система органов управления здравоохранением существует как институт доведения команд (исходя из текущей целесообразности многократно изменяемых) до учреждений здравоохранения. Это вторая фактическая функция органов управления здравоохранением, сложившаяся при сохранении прежней идеологии организации здравоохранения в новых условиях.

Командный подход к частным организациям, производящим и реализующим товары, работы и услуги медицинского назначения, не очень получается – они адекватно реагируют обращением в суд. Вместе с тем повсеместно развивается подзаконное нормотворчество по толкованию положений закона или по использованию его пробелов. Преодоление плодов такого подзаконного нормотворчества – особенно при лицензировании, при различных проверках – стимулирует развитие коррупции. Подзаконное нормотворчество – это третья фактическая функция органов управления здравоохранением, сложившаяся при сохранении прежней идеологии организации здравоохранения в новых условиях.

В настоящее время идеология организации здравоохранения отторгает частную медицину, в отношении которой искусственно создается презумпция недобросовестности, поскольку иными мерами нельзя запретить фон, на котором слишком наглядна неэффективность государственного и муниципального здравоохранения.

Между тем частная медицина возникла в соответствии со складывающимися в государстве правовой доктриной, политическим и социально-экономическим устройством. Именно частная медицина в своем существовании отправляется от тех начал, которые установлены государством. Свою деятельность частная медицина строит в условиях тех возможностей, которые предоставляет экономический оборот. Государственное и муниципальное здравоохранение не составляет конкуренции частной медицине – хотя бы потому, что фактически не представлено в обороте. Отсюда и достаточно высокие цены в частной медицине, и слабая конкуренция между хозяйствующими субъектами, и – что важнее – низкий социальный эффект, не корреспондирующий размеру оборота.

Модель самоорганизации деятельности частных организаций, производящих и реализующих товары, работы и услуги медицинского назначения, не соответствует традиционной идеологии организации здравоохранения, но это не позволяет не признать очевидную жизнеспособность частной медицины. Для обеспечения такой жизнеспособности, как показывает практика самоорганизации оборота, не нужны надорганизационные централизующие структуры, роль которых в государственном и муниципальном здравоохранении выполняют органы управления здравоохранением.

Основное, что вменяется в вину частной медицине традиционной идеологией организации здравоохранения – это ориентированность на доходы, прибыль. Государство же, напротив, признает коммерческие организации, регистрируя их в этом качестве, как и предпринимательскую деятельность, которой вправе заниматься и некоммерческие организации. Следовательно, проблема не в организационно-правовой форме хозяйствующих субъектов и не в характере их деятельности, кроме которой в обороте иная деятельность и не осуществляется.

С позиций традиционной идеологии организации здравоохранения предназначением здравоохранения является комплекс мер по оздоровлению граждан, но это не означает, что

такие меры не могут осуществляться в порядке взаимовыгодного товарообмена, принося пользу потребителям товаров, работ и услуг медицинского назначения и доходы (прибыли) производящим и реализующим их хозяйствующим субъектам. И нет оснований полагать, что плательщиком хозяйствующим субъектам за граждан не может выступать государство – вне зависимости от их организационно-правовой формы и форм собственности.

Социальный результат достигается не от финансирования здравоохранения, а от совокупной деятельности отдельных организаций, производящих и реализующих товары, работы и услуги медицинского назначения. Будь то учреждения, хозяйственные товарищества и общества, производственные и потребительские кооперативы, автономные некоммерческие организации и некоммерческие партнерства и т.д. – если они осуществляют в области охраны здоровья деятельность с товарным результатом, то нет оснований полагать, что эта деятельность не отражается на здоровье потребителей производимых и реализуемых ими товаров, работ и услуг медицинского назначения. Следовательно, товарная деятельность хозяйствующих субъектов в области охраны здоровья в любом случае проявляется социальным результатом.

В настоящее время социальный результат не корреспондирует результату товарной деятельности хозяйствующих субъектов в области охраны здоровья. И если бы государственное и муниципальное здравоохранение могло продемонстрировать социальную эффективность своей деятельности, упрек мог быть обращен к частной медицине. Но такой социальной эффективностью не обладает равно государственное, муниципальное и частное здравоохранение. Следовательно, проблема не в сфере предоставления товаров, работ и услуг медицинского назначения, а в сфере их заказа под соответствующую оплату.

В настоящее время заказ предоставления товаров, работ и услуг медицинского назначения происходит в порядке определения цены (тарифов) публичным плательщиком (государством) и контроля за расходованием исполнителем выделенных средств. Однако возможен и альтернативный подход, когда плательщик по ценам, складывающимся в обороте, оплачивает товары, работы и услуги медицинского назначения на условиях достижения заданного социального результата. Это – достаточно широкая мировая практика. И нет оснований полагать, что такой подход не нормализует ситуацию в здравоохранении.

Следовательно, вопрос лишь в том, как размещаются средства, выделяемые под достижение заданного социального результата, между хозяйствующими субъектами. И мировая практика, и отечественное законодательство позволяют ответить на этот вопрос – посредством конкурса. На конкурс выносятся соответствующие средства и условия их освоения, например, на конкретной территории показатели нозологической линейки на конкретную дату будущего периода должны быть не выше заданных. С помощью такого механизма можно размещать публичные средства в тех зонах, в которых спрос – из-за низкой покупательной способности или в силу иных причин – ограничен и которые по этим причинам не привлекательны для бизнеса. Но это позволяет достичь главного – интенсификации оборота, проявляющегося социальным эффектом.

Начавшаяся административная реформа – не без вопросов – создала для этого предпосылки. Объединенным платежным ведомством становятся соответствующие агентства, функции которых, собственно, и призваны выполнять региональные и муниципальные органы управления здравоохранением. А функции надзора и контроля за соответствием величины размещенных на конкурсах средств величине социального эффекта отводятся единой Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в лице ее территориальных подразделений.

Конкурсные условия размещения средств казны, безусловно, приведут к имущественной несостоятельности очень многие организации, производящие и реализующие товары, работы и услуги медицинского назначения – не все участники становятся победителями конкурса, и не все оставшиеся способны существовать в конкурентных условиях.

Поэтому неизбежна предварительная реорганизация государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, по долгам которых дополнительную ответственность несет собственник (государство или муниципальное образование). Это также неизбежно сопряжено с приватизацией находящегося в принадлежности учреждений здравоохранения государственного и муниципального имущества.

В интересах собственника сберечь при приватизации активы особой ценности (прежде всего, недвижимость). Поэтому очевидна необходимость двухступенчатой реорганизации учреждений здравоохранения: сократить имущество реорганизуемых учреждений здравоохранения до размеров необходимой достаточности для осуществления уставной деятельности (изъять недвижимость и имущество, служащее целям обслуживания пациентов и вспомогательного обеспечения), после чего приступить к преобразованию в форму частной организации с приватизацией оставшегося имущества.

В результате в обороте сосредоточится множество хозяйствующих субъектов частной принадлежности, конкурирующих за средства оплаты товаров, работ и услуг медицинского назначения. Это неизбежно приведет к падению цен и, после ликвидации несостоятельных, к нормализации рынка.

Появится необходимость в становлении трех основных институтов организации здравоохранения: управления в сфере публичного надзора в области охраны здоровья, управления публичным финансированием здравоохранения (в целом – публичного управления) и управления хозяйствующими субъектами (частного или корпоративного управления). Эти институты управления имеют различную природу и им свойственны различающиеся характеристики. Общее между ними – то, что они представляют организацию здравоохранения, соответствующую социально-экономическому, правовому и политическому устройству российского государства.

Институты публичного управления имеют общее в том, что существуют в сфере публичного права. В рамках обоих институтов публичного управления осуществляется деятельность, состоящая в применении права органами исполнительной власти и местного самоуправления, т.е. в исполнении правовых предписаний. Объектом их деятельности в обоих случаях являются публичные (государственные и муниципальные) и социальные (общественные) интересы. В рамках обоих институтов публичного управления осуществляется нетоварное распределение имущества, но если в сфере публичного надзора в области охраны здоровья имущество используется только для обеспечения соответствующей деятельности органов исполнительной власти, то институт управления публичным финансированием здравоохранения призван осуществлять также распределение средств казны между третьими лицами. И в том, и в другом случае деятельность органов исполнительной власти и местного самоуправления носит характер социального менеджмента. Специалисты в области публичного надзора в области охраны здоровья могут быть востребованы Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, а также их территориальными подразделениями, а специалисты в области управления публичным финансированием здравоохранения – Федеральным агентством по здравоохранению и социальному развитию и его территориальными подразделениями.

Напротив, институт корпоративного управления складывается в сфере частных отношений, в которых разрешено все, что не запрещено. Поэтому его назначением является реализация права во всей полноте возможностей, предоставленных законом. В сфере корпоративного управления находятся хозяйствующие субъекты – коммерческие и некоммерческие организации, а также предприниматели без образования юридического лица, осуществляющие приносящую доходы (предпринимательскую) деятельность. Объектом этой деятельности являются материальные блага и нематериальные блага, имеющие стоимостную оценку. Предметом деятельности в рамках корпоративного управления являются товарные отношения, товарообмен. Корпоративное управление имеет характер бизнес-администрирования. Специалисты по корпоративному управлению востребованы как руководители многочисленных организаций государственной, муниципальной и частной принадлежности, производящих и реализующих товары, работы и услуги медицинского назначения.

	Сфера публичного права	Сфера частного права
Содержание деятельности	Применение права	Реализация права
Субъект деятельности	Органы исполнительной власти и местного самоуправления	Хозяйствующие субъекты
Объект деятельности	Публичные и общественные интересы	Материальные и нематериальные блага
Предмет деятельности	Нетоварное распределение имущества	Товарообмен
Характер деятельности	Социальный менеджмент	Бизнес-администрирование

Поскольку именно организация здравоохранения как особая отрасль знаний – наука и учебная дисциплина – объединяет все три института управления, возникает вопрос о ее предмете и методе.

Предмет современной теории организации здравоохранения, т.е. ЧТО изучается этой отраслью знаний – это механизм управления финансовыми мерами достижения социального результата в области охраны здоровья.

Предметом теории организации здравоохранения охватываются отношения:

- между государственными и муниципальными органами по поводу охраны здоровья;
- между хозяйствующими субъектами в области охраны здоровья;
- между государственными и муниципальными органами и хозяйствующими субъектами, осуществляющими деятельность в области охраны здоровья;
- между хозяйствующими субъектами и потребителями товаров, работ и услуг медицинского назначения.

Метод теории организации здравоохранения, т.е. КАК изучается ее предмет – это комплексный метод системного структурно-функционального анализа и юридической, экономической и организационной оптимизации механизма управления (контроллинга<sup>38</sup>) в разных средах.

---

38 более подробно см., напр., Контроллинг как инструмент управления предприятием. /Е.А.Ананькина, С.В.Данилючкин, Н.Г.Данилючкина и др. Под ред. Н.Г.Данилючкиной. – М.: Аудит, ЮНИТИ, 1999. – 297 с. Контроллинг рассматривается как новое явление в науке и практике современного управления, возникшее на стыке экономического анализа, планирования, управленческого учета и менеджмента. Однако в отсутствие юридической составляющей контроллинг обречен на неэффективность из-за имущественных последствий целесообразных, но юридически необоснованных решений (прим. автора).

Задачей современной отечественной теории организации здравоохранения является развитие технологий управления в рамках каждого института.

Технологии управления в сфере публичного надзора в области охраны здоровья, управления публичным финансированием здравоохранения и корпоративного управления отличаются друг от друга, а в рамках каждого отдельного института – сходны.

В настоящее время технологии современного управления в области охраны здоровья не получили научного обоснования, поскольку не сформировалась соответствующая политическому, юридическому, экономическому и социальному устройству государства идеология организации здравоохранения, не обозначены ее предмет и метод, наконец, не установлены практические цель и задачи управления в области охраны здоровья.

Такой целью становится социальный результат, корреспондирующий показателям оборота в области охраны здоровья.

Управление публичным финансированием здравоохранения эффективно в той мере, в какой средства такого финансирования, размещенные между хозяйствующими субъектами, влекут определенный социальный результат.

Управление в сфере публичного надзора в области охраны здоровья эффективно в той мере, в какой товарная деятельность хозяйствующих субъектов имеет не стесняющую их экономическую свободу и не препятствующую наступлению социального эффекта упорядоченность.

Корпоративное управление эффективно в той мере, в какой развивает оборот в области охраны здоровья, проявляющийся социальным эффектом.

В сфере публичного спроса за социальную эффективность организации здравоохранения находятся публичные институты управления, а частный институт корпоративного управления находится в сфере частного (потребительского) спроса и ориентирован только на имущественную эффективность хозяйственной деятельности. Не могут публичные институты управления находиться в сфере спроса за имущественную эффективность деятельности хозяйствующих субъектов, равно как не может институт корпоративного управления находиться в сфере публичного спроса за социальную эффективность имущественного оборота в области охраны здоровья.

Для достижения этой цели перед организацией здравоохранения стоят соответствующие задачи.

Первой такой задачей является допуск в оборот субъектов (коммерческих и некоммерческих организаций и предпринимателей без образования юридического лица) и объектов (товаров, работ и услуг медицинского назначения) экономической деятельности. Эту задачу призвана решать Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и ее территориальные подразделения (лицензирование хозяйствующих субъектов и проверка соответствия деятельности условиям лицензирования, сертификация продукции медицинского назначения и пр.).

Второй является задача обеспечения доступа граждан к товарам, работам и услугам медицинского назначения. Эта задача решается Федеральным агентством по здравоохранению и социальному развитию и его территориальными подразделениями. Агентство, осуществляя функции плательщика (государства) в пользу граждан, размещает средства казны между хозяйствующими субъектами (на конкурсе, в порядке обязательного медицинского страхования или иным образом). Ведущим принципом размещения этих средств является привлекательность предлагаемых условий для хозяйствующих субъектов. Если такие условия являются привлекательными для хозяйствующих субъектов, осваивать эти

средства будут наиболее конкурентоспособные из них, если нет – наименее конкурентоспособные. Размещение средств между хозяйствующими субъектами позволяет соответствующим публичным агентствам создавать условия для развития оборота в зонах наибольшей социальной незащищенности (в среде пенсионеров, инвалидов, детей, в отдаленных местностях и т.д.). При распределении средств казны, соответствующем имущественным интересам хозяйствующих субъектов, публичные агентства способны управлять распределением оборота, достигая максимального его сосредоточения в зонах наименьшей покупательной способности граждан или наибольшей социальной значимости.

Третья задача, которая встает перед организацией здравоохранения в современных условиях, это – достижение необходимой развитости оборота в области охраны здоровья в той мере, в какой от этого зависит достижение необходимого социального результата. Пока оборот в области охраны здоровья не развит, нельзя ожидать, что имущественные результаты деятельности хозяйствующих субъектов принесут социально-полезные плоды. Показателем развития оборота является концентрация производства. Концентрация производства в области охраны здоровья в стабильных условиях обуславливает концентрацию воспроизводимого в ней капитала. Создание условий для воспроизводства капитала влечет развитие обеспечительной (вспомогательной, вторичной) инфраструктуры рынка товаров, работ и услуг медицинского назначения. Если развивается такая инфраструктура, то расширяется воспроизводство сопутствующей продукции и дополнительного капитала, концентрирующегося в области охраны здоровья. Все это приводит к такой интенсивности конкуренции, которая обеспечивает снижение цен до стабильного уровня, расширение ассортимента предложений и нахождение в обороте только добросовестных хозяйствующих субъектов и высококачественной продукции.

Таким образом, без изменения идеологии организации здравоохранения невозможно соответствующее устройству государства реформирование здравоохранения. Любые реформы здравоохранения не приведут к благополучному результату, если идеология организации здравоохранения строится на приоритетах, не соответствующих политическим, юридическим, экономическим и социальным реалиям. И напротив, идеология организации здравоохранения, соответствующая существующим реалиям, обречена на успех в реформировании здравоохранения.

### **Раздел 5.3.2. Отправные начала идеологии реформирования здравоохранения<sup>39</sup>**

Практика предшествующего периода показывает, что в отсутствие отправных начал реформирование здравоохранения не имеет перспектив. Недостаточно перестройки отрасли, необходимо изменение идеологии реформ. Невозможна интеграция здравоохранения советского образца в изменившееся социально-экономическое устройство государства. Требуется иная идеология существования здравоохранения в рыночных условиях. Не влечет улучшения здравоохранения его паллиативная реструктуризация. Нужен радикальный пересмотр приоритетов и устройства здравоохранения. Необходимо признание единых отправных начал переустройства здравоохранения и всеобщее следование им при его реформировании.

Главное, понимание чего сложилось с предшествующего времени, это то, что медицинская помощь стоит денег и нигде бесплатной не бывает.

---

39 Тихомиров А.В. Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 1. - С.3-8.

Даже советское здравоохранение имело стоимостную оценку (доля в ВВП). Богатое за счет бедности граждан государство могло позволить себе содержать всю социальную сферу. Богатство государства создавалось за ее пределами и происходило из товарных отношений в производственной сфере. Товарные отношения внутри страны формировались между производителями (в промышленности) и между продавцами и покупателями (в торговле, общепите и бытовом обслуживании). Здравоохранение же, как и вся социальная сфера, считалось непроизводственной сферой народного хозяйства. Товарные отношения в ней (хозрасчет) допускались как исключение. Тем самым бюджет государства складывался из доходов, извлекаемых из товарных отношений вне социальной сферы, и расходов, производимых, в том числе, в социальной сфере. А поскольку государство монопольно позиционировалось в экономике, непротивоправное участие в ней частных товаропроизводителей было ничтожно малым и вообще отсутствовало в социальной сфере.

Поэтому советское здравоохранение складывалось на идеологии потребления. Соответствующее обоснование потребностей могло привести к приобретению нового оборудования, строительству новых зданий, расширению штатов и т.д. И рост доли в ВВП отражал не повышение эффективности здравоохранения, а силу обоснований необходимости увеличения вложений в него. Связь вложений и их эффекта в социальной среде не была очевидной. Это не означает, что советское здравоохранение было абсолютно неэффективным – система организации здравоохранения была наиболее соответствующей социально-экономическому устройству государства, и вместо очевидных несоответствий вложений в здравоохранение и реальной отдачи от них ориентировалась на потенциально предотвращенные потери здоровья.

В целом, здравоохранение пришло к тому, что готово освоить любые вложения. Но дальше-больше государство оказывалось не в состоянии соответствовать возрастающим потребностям здравоохранения.

В изменившиеся социально-экономические условия отечественное здравоохранение вступило с накопленным опытом обоснования потребностей затрат и необходимости увеличения доли ВВП на его содержание.

Между тем структура ВВП начала претерпевать существенные изменения. Если прежде в нем царил государственный сектор, то с каждым годом стала увеличиваться доля частных товаропроизводителей.

И в здравоохранении произошли также изменения, связанные с обособлением имущества Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальных образований. Здравоохранение распалось на государственную и муниципальную части по принадлежности имущества.

ВВП перестал быть отражением состояния государственного бюджета. Он стал выражать состояние экономического оборота в стране. Отсюда доля в ВВП на содержание здравоохранения перестала быть показателем финансирования государственного и муниципального здравоохранения.

Частные товаропроизводители появились и в области охраны здоровья. В ней стали складываться товарные отношения. Оформился институт потребителей. Возникла категория услуги. Сформировалось понятие оплаты услуг. Отношения товаропроизводителей с потребителями по поводу медицинских услуг приобрели договорный характер.

Частные товаропроизводители в области охраны здоровья с момента появления существуют независимо от государственного и муниципального здравоохранения. Основанные

на частной собственности, они действуют в своих имущественных интересах на основе закона под свою имущественную ответственность. Публичные требования к ним ограничиваются федеральным законом. Результат их деятельности, имеющий форму товара (медицинские услуги), реализуется в соответствии с рыночной конъюнктурой за плату, которая составляет их прибыль. Детерминантой их существования в свободном экономическом обороте является договор.

Государственное и муниципальное здравоохранение также существует независимо от частных товаропроизводителей в области охраны здоровья. Но существование государственного и муниципального здравоохранения подчинено совершенно иным правилам, чем существование частных товаропроизводителей в области охраны здоровья.

Прежде всего, в государственном и муниципальном здравоохранении оказались объединены и государственные и муниципальные органы управления здравоохранением, и государственные и муниципальные учреждения здравоохранения. Если первые осуществляют деятельность с результатом, не имеющим товарной формы, то вторые – с результатом, имеющим форму товара (медицинской услуги). Тем самым в рамках государственного и муниципального здравоохранения осуществляется как государственное и муниципальное управление здравоохранением, так и деятельность экономического характера. Но если государственные и муниципальные органы управления здравоохранением преследуют социально-политические интересы государства, то государственные и муниципальные учреждения здравоохранения при осуществлении деятельности товаропроизводителей на эти интересы ориентированы быть не могут. Следование их этим интересам влечет неизбежную имущественную несостоятельность. Соответствующие характеру их деятельности интересы заключаются в извлечении доходов от реализации медицинских услуг. Эти же интересы движут частными товаропроизводителями в области охраны здоровья, которым также не свойственны социально-политические интересы государства.

Необходимо не разделение здравоохранения по принадлежности имущества, а отделение товаропроизводителей, имеющих единые – хотя и конкурирующие – имущественные интересы, от проводников социально-политических интересов государства.

И государственные и муниципальные органы управления здравоохранением, и государственные и муниципальные учреждения здравоохранения получают содержание из единого источника (из бюджета) и на одинаковые цели (потребление). В отличие от государственных и муниципальных органов управления здравоохранением, в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, кроме того, поступают средства из государственных внебюджетных фондов ОМС.

Эти средства в качестве доходов предназначены законом для самостоятельного распоряжения учреждениями здравоохранения и как имущество воспроизводства подлежат обращению на цели реинвестирования осуществляемой ими деятельности. Источник имущества потребления, поступающего из государственного или муниципального бюджета, и имущества воспроизводства, поступающего из государственных внебюджетных фондов ОМС, один – публичная собственность.

Однако учреждения здравоохранения могут оказывать услуги, оплачиваемые за счет средств не государственной или муниципальной, а частной принадлежности, а средства из государственных внебюджетных фондов ОМС могут поступать и к товаропроизводителям, основанным на частной собственности. И к товаропроизводителям, основанным на имуществе государственной или муниципальной принадлежности, может поступать плата за товар не из государственных (муниципальных) источников, и к товаропроизво-



дителям, основанным на частной собственности, может поступать плата за товар из государственных (муниципальных) источников.

Принадлежность имущества, на котором основаны товаропроизводители, не обусловлена принадлежностью имущества, которое поступает к ним в порядке оплаты товара (медицинских услуг). И наоборот, принадлежность платы за товар не обусловлена принадлежностью имущества, на котором основаны товаропроизводители.

Понятием финансирования здравоохранения может охватываться и имущество, на котором основаны государственные и муниципальные органы управления здравоохранением и государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, и поступления в последние из государственных внебюджетных фондов и от оплаты медицинских услуг другими лицами. Но о доле здравоохранения в ВВП можно говорить только применительно к средствам в обороте (доходам от реализации медицинских услуг), в которых участвуют товаропроизводители – как государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, так и частные организации, оказывающие медицинские услуги. Бюджетные ассигнования содержания государственных и муниципальных органов управления здравоохранением прямо<sup>40</sup> не участвуют в создании ВВП постольку, поскольку не оказывают услуг и не осуществляют деятельность, приносящую доходы.

Доля здравоохранения в ВВП складывается не из финансирования здравоохранения за счет государственных и муниципальных средств, включая содержание органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения, а также оплату оказываемых ими услуг. Доля здравоохранения в ВВП составляет стоимость медицинских услуг, совокупно оказанных товаропроизводителями, основанными на государственном, муниципальном и частном имуществе, и оплаченная за счет равно государственных, муниципальных и частных средств.

Тяготы бюджета по содержанию государственных и муниципальных органов управления здравоохранением и государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в ВВП не находят прямого отражения. Доля здравоохранения в ВВП определяется интенсивностью оборота в области охраны здоровья: чем выше интенсивность оборота медицинских услуг, тем выше доля здравоохранения в ВВП. Развитие здравоохранения зависит от роста интенсивности оборота в области охраны здоровья, а не от финансирования из бюджета или внебюджетных фондов.

А в обороте (от реализации) медицинских услуг товаропроизводители, основанные равно на государственном, муниципальном и частном имуществе, извлекают доходы.

Эти доходы, полученные государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, оставаясь в их принадлежности, пополняют собственность государства и муниципальных образований.

Между тем бюджет традиционно признается формируемым за счет налоговых поступлений и предназначенным на цели потребления. Доходы же учреждений здравоохранения относятся к числу неналоговых поступлений в бюджет и являются выражением воспроизводства имущества.

А существование государственных внебюджетных фондов приводит лишь к перекачиванию из них средств в бюджет через оплату медицинских услуг, оказываемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения.

Отсюда проблема принадлежности имущества, на котором основаны государственные

---

40 не прямое участие публичных органов в издержках создания ВВП (через заработную плату и т.п.) не является предметом изучения в настоящей работе

и муниципальные учреждения здравоохранения, и доходов от их деятельности, приобретает иной ракурс.

Не столько бюджет и внебюджетные фонды нуждаются в обособлении, сколько средства потребления и средства воспроизводства в собственности государства и муниципальных образований. Именно это позволяет развести публичное управление и экономический оборот, публичные органы и хозяйствующие субъекты, основанные на публичной собственности.

Правовой режим имущества потребления является отличным от правового режима имущества воспроизводства. Неприменимы к имуществу потребления правила о воспроизводстве имущества (услуги, доходы, договор), и наоборот, неприменимы к имуществу воспроизводства правила о несамостоятельности распоряжения им.

Если к имуществу воспроизводства перестанут применяться правила об имуществе потребления, то учреждения приобретут необходимый интерес в доходах, получаемых в обороте услуг, и их участие в доле ВВП станет возрастать.

Существует два пути:

- либо проводить реорганизацию учреждений социальной сферы вообще и здравоохранения в частности, наделяя их с изменением формы и правом собственности на имущество, т.е. прибегнуть к приватизации государственного и муниципального имущества, и вывести образовавшиеся организации за пределы государства и бюджета в свободный экономический оборот;

- либо сохранить за ними форму государственных и муниципальных учреждений, отделив режим бюджетного потребления имущества учреждений, осуществляющих механизм государства и муниципальных образований (государственных и муниципальных органов), от режима внебюджетного воспроизводства имущества учреждений, являющихся хозяйствующими субъектами.

В последнем случае вместо существующих внебюджетных фондов потребления имущества нужен внебюджетный фонд воспроизводства имущества, в котором доходы учреждений, являющихся хозяйствующими субъектами, учитывались бы в бюджете, не изымаясь из принадлежности этих учреждений, как это происходит в настоящее время.

В обоих случаях уходят в прошлое «платные» услуги, поскольку личность плательщика не является отождествляющей принадлежность имущества и платежей за услуги.

В обоих случаях утрачивает актуальность происхождение средств оплаты медицинских услуг из бюджета или в порядке обязательного медицинского страхования, поскольку вместо финансирования по смете государственных и муниципальных учреждений здравоохранения существует возможность размещения этих средств на конкурсах, доступ к участию в которых одинаков для товаропроизводителей, основанных на государственном, муниципальном или частном имуществе.

Единое в прошлом здравоохранение распадается на две части:

- систему органов управления здравоохранением, интегрированную в систему остальных органов государственной власти или органов местного самоуправления и связанную единством бюджетного процесса потребления имущества;

- несистематизированную совокупность товаропроизводителей (хозяйствующих субъектов), основанных на государственном, муниципальном и частном имуществе и финансируемых из государственных, муниципальных и частных источников оплаты медицинских услуг, служащей основой воспроизводства имущества.

Органы управления здравоохранением действуют от имени государства или муници-

пальных образований. Для этого они наделены соответствующей компетенцией. Однако если в советский период функции управления они монопольно осуществляли в порядке руководства учреждениями здравоохранения, то в постсоветский период наряду с учреждениями здравоохранения появились частные организации, недоступные их руководству и подчиненные только требованиям закона. В настоящее время созрели условия для того, чтобы признать, что функции управления, осуществляемые ими в порядке руководства даже лишь учреждениями здравоохранения, оказываются неэффективными, а потому не составляют предмет управления. Предметом управления здравоохранением в настоящее время являются денежные средства государственной или муниципальной казны, предназначенные на охрану здоровья граждан.

Тем самым меняются функции органов управления здравоохранением. С одной стороны, одна их часть призвана осуществлять функции службы надзора за деятельностью товаропроизводителей в области охраны здоровья – равно за основанными на государственном, муниципальном или частном имуществе. С другой стороны, другая их часть осуществляет платежные функции управления здравоохранением (эти функции призваны выполнять публичные агентства), т.е. размещения средств казны в обязательствах.

При этом одна часть средств казны, предназначенных для размещения в обязательствах, происходит из внебюджетных фондов ОМС, а вторая часть – из средств бюджета.

До настоящего времени поступления из бюджета происходили только по смете и только в учреждения здравоохранения. На уровне учреждений здравоохранения встречались поступления разного происхождения, и происходило распределение покрытия издержек – что за счет бюджета, что за счет внебюджетных фондов ОМС. Поскольку в условиях отождествления принадлежности имущества и доходов эти поступления из разных источников не предназначались для обеспечения рентабельности учреждений здравоохранения, постольку распределение покрытия издержек происходило нормативным образом – что в громадном многопрофильном стационаре, что в скромной монопрофильной поликлинике – и не исходило из реальных потребностей учреждения здравоохранения, а не то, что из потребностей окупаемости. Основные фонды продолжали ветшать, а их обновление, если осуществлялось, то в счет будущих периодов, в ущерб последующим распределениям. В учреждениях здравоохранения доходы не служили средством воспроизводства имущества, как в частных организациях, а в казне не добавлялось подлежащего распределению пропорционально увеличивающимся потребностям имущества. Сформировавшаяся в здравоохранении идеология потребления перешла в стадию декомпенсации.

Потому и встал вопрос о приватизации в здравоохранении (стыдливо названной реорганизацией учреждений здравоохранения), что содержать массу ветшающего имущества в здравоохранении, а уж тем более его обновлять государству и муниципальным образованиям не под силу.

Появились обвинения бюджетно-страхового механизма финансирования здравоохранения: мол, в других странах принят либо бюджетный, либо страховой механизм. Появились призывы сделать здравоохранение частично платным. И то, и другое, возможно, имело бы перспективу, будь реформирование здравоохранения основано не на идеологии потребления.

Нет проблемы бюджетно-страхового финансирования здравоохранения. Есть проблема неправильного использования бюджетных и внебюджетных средств на финансирование охраны здоровья. Есть проблема неработающего механизма размещения средств казны бюджета в обязательствах. Есть проблема нерентабельности товаропроизводителей, основанных на государственном и муниципальном имуществе. В конечном счете, все это

– проблема идеологии реформирования здравоохранения. И это – проблема вчерашнего, а не сегодняшнего дня.

Идеология воспроизводства в здравоохранении должна была сформироваться прежде, чем началось безвозвратное обветшание основных фондов учреждений здравоохранения. Такое их состояние приведет к неизбежной необходимости приватизации и реорганизации владеющих ими учреждений здравоохранения. Для остальных, у которых основные фонды еще не полностью утратили ликвидность, сохраняется шанс восстановления, если здравоохранение все-таки станет адептом идеологии воспроизводства.

Частные организации только потому способны к конкуренции, что вовремя обновляют средства производства. Это происходит потому, что они ведут взвешенную ценовую политику, за счет чего пополняют доходы. За счет доходов – не в ущерб остальным потребностям – могут обновляться их фонды. Для частных организаций доходы – единственный источник воспроизводства имущества.

Напротив, учреждения здравоохранения не заинтересованы в доходах постольку, поскольку существуют не за счет средств воспроизводства (доходов), а за счет средств потребления (поступлений из разных источников для их освоения на текущие нужды). Будущие периоды учреждений здравоохранения зависят не от доходов, а от нормативов распределения, рассчитанных по прошедшим периодам. Поскольку будущее учреждений здравоохранения не зависит от доходов, постольку они не осуществляют хозяйствование на основе принадлежащего им имущества, не планируют рентабельность, не испытывают влияния конкуренции и т.д., что свойственно частным организациям. Реорганизация учреждений здравоохранения обусловит их массовую ликвидацию в ближайшее время после этого постольку, поскольку с этим в них не сформируется механизм хозяйствования.

Получая доходы от реализации медицинских услуг, учреждения здравоохранения не вольны их обратить на цели воспроизводства так, как это необходимо им. Они должны содержать предусмотренный нормативами штат. Они должны расходовать эти доходы по установленным нормативам под контролем плательщика. Они должны соблюдать нормы расходования по учетным статьям сметы доходов и расходов.

Нормативное распределение вместо доходов – вот что лишает деятельность учреждений здравоохранения воспроизводственного характера. Это все – следствие отождествления принадлежности имущества и доходов учреждений здравоохранения.

Выход существует. Одновременно с переводом учреждений здравоохранения на финансирование деятельности только из обязательственных источников следует прекратить нормирование их внутриорганизационного распределения доходов.

Перевод учреждений здравоохранения на финансирование деятельности из обязательственных источников означает, что не только из внебюджетных фондов ОМС, но и из бюджета к ним поступают средства, подлежащие освоению на условиях договора.

Переход к финансированию из бюджета деятельности учреждений здравоохранения означает, что поступления по смете отныне предназначаются только для содержания имущества собственника, а все, что касается деятельности, оплачивается путем размещения средств на торгах в порядке социального заказа, государственных программ и т.д., т.е. только на условиях договора, подобно внебюджетным средствам ОМС.

Размещение бюджетных и внебюджетных средств в договорных обязательствах означает не свободу безудержного контроля со стороны плательщика за внутриорганизационным распределением средств оплаты в учреждениях здравоохранения, как это без соот-

ветствующих правовых оснований принято в настоящее время в системе ОМС, а оценка исполнения обязательств по их окончании, на выходе. Должен сформироваться институт экспертизы здоровья получателей медицинских услуг, финансируемый плательщиками за медицинские услуги, как это принято за рубежом.

Если учреждения здравоохранения приобретут таким образом соответствующую закону самостоятельность распоряжения доходами, а, следовательно, заинтересованность в доходах, в них неизбежно сформируется механизм хозяйствования, т.е. способность к такому распределению доходов, который обеспечивает их текущие и перспективные нужды. И руководители учреждений здравоохранения вынуждены будут изменить позицию кормленца на позицию менеджера. С автономией хозяйствования учреждения здравоохранения приобретут самоопределение хозяйствующего субъекта.

Неизбежному вниманию с их стороны должен подвергнуться продукт продвижения в обороте – медицинская услуга.

В настоящее время, как известно, медицинской услугой признается койко-день в стационаре, посещение в поликлинике и диагностическое исследование. Тем самым в состав медицинской услуги включаются как собственно медицинские, так и не медицинские услуги: услуги размещения, услуги общественного питания, банно-прачечные услуги, социальные услуги, услуги доставки и т.д. Осуществляя их, учреждения здравоохранения вынуждены прибегать к дополнительным услугам: поставки, ремонта, обслуживания и т.д. Иными словами, учреждения здравоохранения, помимо оказания медицинских услуг, оказывают немедицинские услуги, находящиеся вне пределов их правоспособности, определенной уставом. При этом цены на немедицинские услуги, включаемые в состав услуги медицинской, растут вне зависимости от тарифов, установленных на медицинские услуги. Следовательно, в здравоохранении должно сформироваться понимание медицинской услуги, соответствующее ее содержанию. Только вовне немедицинских услуг медицинская услуга станет определенным и определимым предметом деятельности учреждений здравоохранения.

Однако и немедицинские услуги в здравоохранении должны оказываться. Для этих целей нужно разделить имущество существующих учреждений здравоохранения (прежде всего, стационаров) на имущество, необходимое для оказания медицинских услуг, и имущество, для оказания медицинских услуг не требующееся (необходимое для обслуживания пациентов и средств производства самих учреждений здравоохранения – ремонт аппаратуры и оборудования, поставка медицинских газов и т.п.). Первую часть этого имущества следует сохранить за учреждениями здравоохранения, а вторую – у них изъять и передать образованным для этих целей казенным предприятиям. Тем самым медицинские услуги будут отграничены от немедицинских, и учреждения здравоохранения приобретут необходимую мобильность в осуществлении предусмотренной уставом деятельности.

Медицинская услуга – объект оборота. Оборотные качества она приобретает в том случае, если становится конкурентоспособной: каждый товаропроизводитель заинтересован в продвижении в обороте именно оказываемых им услуг, стремясь придать им качества, отличающие их от остальных аналогичных у других товаропроизводителей. Конкурентные преимущества делают медицинскую услугу объектом высокого спроса и, наоборот, если такие преимущества не сформированы, услуга пользуется низким спросом.

Отсюда, понятно, услуги не подлежат стандартизации или унификации иным образом. Это не означает, что стандартизация в здравоохранении невозможна. Стандартизации доступна не медицинская услуга как объект экономических отношений, а профессио-

нальная составляющая медицинской услуги – медицинская помощь. Необходимы жесткие стандарты на дискретные порции медицинской помощи. Необходимо изменить курс предшествующего периода на стандартизацию медицинских услуг и разработать государственную политику стандартизации медицинской помощи, не препятствующую обороту медицинских услуг.

Медицинская услуга имеет соответствующие границы, в рамках которых является объектом оплаты. Изменение этих границ предполагает увеличение или уменьшение ее стоимости. Стоимость медицинской услуги складывается отнюдь не только из себестоимости затраченных на ее оказание материальных благ (расходных материалов, амортизации аппаратуры, оборудования, инструментария и т.д.). Стоимостью обладают и составляющие услугу действия, которая выше простой суммы стоимости трудозатрат. Цена услуг складывается в их обороте в зависимости от спроса и предложения, и потому является величиной переменной, зависящей к тому же от их конъюнктурной диверсификации. Однако во всех случаях цена услуг должна в себя включать и добавленную стоимость, и издержки обеспечения исполнения обязательств и возможных споров с потребителями.

Отсюда возникает вопрос об эквивалентности стоимости медицинской услуги величине ее оплаты. В настоящее время этот вопрос решается мерой возможностей плательщика – казны. При этом товаропроизводитель (учреждения здравоохранения) к установлению цен на свой товар (медицинские услуги) в настоящее время вообще непричастен. Однако интерес плательщика объективно заключается в том, чтобы заплатить возможно меньше, в то время как интерес товаропроизводителя – в том, чтобы получить за товар возможно большую плату. Отсюда тариф должен составлять компромисс между интересами плательщика и интересами товаропроизводителя.

Необходимо также различать способы оплаты медицинских услуг и способы ценообразования на них. В настоящее время эти понятия отождествляются. Способы ценообразования на медицинские услуги лишь по-разному исчисляют их стоимость, в то время как она формируется объективно и не зависит от способов ее исчисления. Способы оплаты медицинских услуг исходят из сложившейся их цены, лишь по-разному распределяя совокупную величину оплаты.

Наконец, отношения иные, чем отношения в системе органов государственной власти и органов местного самоуправления, в том числе органов управления здравоохранением, складываются на иных установленных законом основаниях. Единственным основанием оказания и оплаты медицинских услуг является договор. Договор является единственным основанием любых отношений товаропроизводителя, влекущих экономические последствия. Договор является единственным основанием отношений любого плательщика с любыми товаропроизводителями. В настоящее время в здравоохранении считается, что наличие договора с плательщиком (страховщиком в системе ОМС) избавляет товаропроизводителя от необходимости заключать договор с потребителем. Но именно отсутствие договора позволяет потребителю требовать применения экономических санкций к товаропроизводителю за причинение вреда. Наличие договора с плательщиком, не обеспечивающего защиту интересов товаропроизводителя, позволяет первому (страховой организации, основанной на частной собственности) применять ко второму (учреждению здравоохранения, основанному на государственной или муниципальной собственности) предусмотренные таким договором экономические санкции.

Договор не приобрел в здравоохранении присущее ему значение. Но независимо от того, какое место ему отводится в здравоохранении, он сохраняет предусмотренное зако-

ном значение универсального регулятора отношений. Не договор роняет свою значимость оттого, что не используется должным образом в здравоохранении, а здравоохранение терпит убытки, которых можно избежать, оттого, что должным образом не использует существующие возможности договора. Чтобы повысить значение договора в здравоохранении, необходимо установить обязательность его составления в письменной форме и перечислить обязательные требования к нему во всех отношениях, складывающихся при оказании и оплате медицинских услуг.

Таким образом, реформирование здравоохранения:

- нуждается в идеологии, которая должна сложиться прежде, чем оно начнет осуществляться;
- должно основываться на идеологии, которая отвечает социально-экономическим реалиям в государстве;
- имеет такую перспективу, которая идеологически имеет наиболее твердые отправные начала.

## **Глава 6. Пути индустриальной трансформации сферы охраны здоровья**

### **§ 6.1. Общие пути индустриальной трансформации сферы охраны здоровья**

#### **Раздел 6.1.1. Нормализация наноэкономики здравоохранения<sup>41</sup>**

Миром правят интересы. Это так или иначе интересы людей. Обычно свои интересы люди преследуют под влиянием потребностей, порой неосознанно, и лишь немногие – целенаправленно, с ясным пониманием того, что они хотят.

Эти личные интересы могут быть индивидуальными и групповыми. Индивидуальные интересы могут не совпадать с групповыми, а групповые – с индивидуальными.

Индивидуальные интересы подвержены целой гамме потребностей. В соответствии с теорией мотивации А.Маслоу существуют физиологические потребности (голод, жажда и т.д.), потребности самосохранения (безопасность, защищенность и т.д.), социальные потребности (чувство духовной близости, любовь и т.д.), потребности в уважении (самоуважение, признание, статус и т.д.), потребности в самоутверждении (саморазвитие, самореализация и т.д.). Без удовлетворения потребностей предшествующего уровня индивид не перейдет к удовлетворению потребностей следующего уровня. В результате кто-то задерживается на удовлетворении потребностей начальных уровней, другие – средних, и лишь немногие удовлетворяют потребности, соответствующие высшим уровням.

Групповые интересы определяются уровнем потребностей составляющих эти группы индивидов. Многообразные по своим потребностям и поэтому многочисленные группы индивидов составляют общество. Разные групповые интересы в обществе могут не совпадать.

Групповые интересы могут быть консолидированными или не консолидированными. На основе консолидации разных (политических, экономических и т.д.) интересов возникают различные групповые объединения (политические партии или движения, юридические лица). Однако объединения лиц могут быть и не связанными их консолидированными интересами.

Государство является организацией общества. Исторически государство является порождением, происходит от общества, а не наоборот. Государство призвано действовать в интересах общества. Для этого государство, в том числе, организует, упорядочивает общество.

Общество не тождественно государству. Кроме случаев тоталитаризма, государство всегда уже, меньше, ограниченнее общества. В каждой стране – свое общество и свое государство. Однако везде государство – ради общества, а не общество – ради государства.

Подобно тому, как различаются личные индивидуальные и групповые интересы, существуют интересы политические – одного государства или группы государств. Интересы разных государств или разных групп государств могут не совпадать.

Интересы государства или группы государств диктуются обществом той страны или тех стран, организацией которого является это государство или эта группа государств. Интересы государства или группы государств могут не совпадать с интересами представляемого им или ими общества.

Носителями политических интересов – выразителями, бюлестителями и адептами либо противниками – так или иначе являются люди. Люди вырабатывают политические интересы государства. Люди на службе государства преследуют соответствующие политические интересы.

---

41 А.В.Иванов, А.В.Тихомиров. - Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.4-10.



Индивидуальные и групповые интересы общества подчиняются политическим интересам государства в той мере, в какой политические интересы государства соответствуют индивидуальным и групповым интересам общества. Если такого соответствия нет, и государство не понимает, не принимает и не защищает индивидуальные и групповые интересы общества, возникает конфликт интересов государства и общества, государство как организация общества утрачивает его поддержку и разрушается.

В экономике, которая, как известно, строится на отношениях товарообмена, интересы сторон этих отношений всегда противоположны. Продавец заинтересован получить за свой товар максимально возможную, а покупатель заинтересован заплатить за него минимально возможную цену. Консолидированные интересы возможны только на общей стороне: на стороне продавца возможны корпоративные и договорные объединения предпринимателей; на стороне покупателей – потребительские сообщества (в интересах физических лиц) или корпоративные и договорные объединения предпринимателей (в бизнес-интересах юридических лиц). Тем самым разделяются рынки «бизнес-потребитель» и «бизнес-бизнес».

Люди выступают в разных позиционных ролях: на службе государству представляющий его индивид должен руководствоваться интересами государства; работник представляющий работодателя в отношениях с третьими лицами действует от имени работодателя и т.д. Однако с этим люди не утрачивают своих личных интересов. В своих индивидуальных или групповых интересах чиновник может поступаться интересами государства, а работник – интересами работодателя.

В целях упорядочения общества государство устанавливает кару за пренебрежение теми интересами, которыми должны руководствоваться люди, выступая в разных позиционных ролях, если они исходят из других, противоправных интересов. Однако только это не обеспечивает упорядочения общества. Государство создает также регулятивный механизм, позволяющий каждому защищать свои правомерные интересы.

Проблема в том, что государство может не только не обеспечить эффективную кару за следование противоправным интересам или защиту правомерных интересов, но и не замечать, игнорировать истинные интересы людей в той или иной сфере жизни общества, которые по этой причине становятся незащищенными правомерными или противоправными.

Люди вынужденно выступают в ситуационных ролях, если вправе рассчитывать на удовлетворение своих потребностей более высокого уровня, а неэффективность государства понуждает их удовлетворять потребности более низкого уровня.

Именно такое положение дел сложилось в настоящее время в отечественном здравоохранении. Недовольны все, чьи интересы этим не удовлетворяются: пациенты, которые в качестве исправных налогоплательщиков не получают от государства того, за что платят налоги; медицинские работники, которые получают заработную плату ниже прожиточного уровня; государство, которое тратит на здравоохранение огромные средства, не получая взамен адекватной социальной отдачи.

Граждане – равно пациенты и медицинские работники – заинтересованы в том, чтобы на свои доходы удовлетворять свои потребности и более низкого, и более высокого уровня. При этом пациенты не заинтересованы платить за то, за что уже заплачено (государством), а интересы медицинских работников не совпадают с той ролью неимущих (наравне с социально обездоленными слоями общества), которую за своей неэффективностью им оттело государство.

Однако, если есть проигравшие, значит, есть и выигравшие, которым чем хуже, тем лучше – ведь так же, как круговорот воды в природе, не бывает так, что где-то убывает и

при этом где-то не прибывает. Выигрывают на этом поле все, кто уводит государственные средства за пределы того, на что они предназначены.

За счет незамысловатой юридической техники с выгодой остаются страховщики. Такое положение дел, когда распределение государственных средств от государственных фондов к медицинским организациям (обычно – государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения) опосредуется частными страховыми компаниями, неизбежно приводит к тому, что часть этих средств в них и оседает.

За счет взяток и разного рода прямых заимствований из государственной казны с выгодой остаются должностные лица органов управления здравоохранением всех уровней. Не довольствующиеся этим создают схемы опосредованного увода средств государственной казны или прямого кормления за счет общества (109).

Не бедствуют также главные врачи государственных и муниципальных учреждений здравоохранения за счет пресловутых «откатов» поставщиков лекарственных средств и медицинского оборудования (77), а некоторые – и за счет умелого присвоения государственных средств от бесконечного строительства объектов недвижимости в ведении возглавляемых организаций.

Бедственная невыносимость существования на заработную плату вынуждает переходить к экономическим отношениям врачей-практиков (77). Поборы с пациентов, мзда за лечение стали нормой практического звена государственного и муниципального здравоохранения (25).

При этом ни первый (государственный), ни второй (оплачиваемый пациентами) бюджет здравоохранения его эффективность не повышают, а, напротив, снижают из-за увода средств, которые, будь оно организовано иначе, за счет воспроизводства могли бы предотвратить ветшание необновляемых основных фондов и обеспечить приобретение новых активов.

С этим не поменялись интересы ни пациентов, ни медицинских работников, ни государства. Однако удовлетворение как своих интересов, так и интересов пациентов и медицинских работников зависит от государства – и те, и другие являются заложниками эффективности государства в сфере охраны здоровья. Государство объективно заинтересовано в том, чтобы примирить разноразличные интересы пациентов и медицинских работников – и сделать это в рамках бюджета здравоохранения.

Стратификация и сопряжение интересов в области охраны здоровья до настоящего времени не составляли интереса государства.

Первой ошибкой государства на этом поле было сохранение медицинских организаций в форме государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Учреждения вообще – и в частности равно органы управления здравоохранением и учреждения здравоохранения – основаны не на собственном, а на государственном и муниципальном имуществе: учреждением признается организация, созданная собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера и финансируемая им полностью или частично. Учреждение отвечает по своим обязательствам находящимися в его распоряжении денежными средствами. При их недостаточности субсидиарную ответственность по его обязательствам несет собственник соответствующего имущества (119, ст. 120). Тем самым учреждение не заинтересовано в экономии имущества собственника. Однако отсутствие у учреждения интереса в следовании интересам собственника не означает отсутствия других интересов. Интерес учреждения состоит в том, чтобы побольше получить от собственника вне зависимости от того, чего это ему стоит. Интерес персонала в учреждении состоит в возможности удовлетворить

свои личные интересы при использовании имущества собственника. Тем самым оставление государственной и муниципальной собственности на имущество медицинских организаций в форме учреждений здравоохранения сохранило их иждивенческий характер и центробежные тенденции использования имущества собственника. Не вынуждаемые тратить по доходам, учреждения здравоохранения заинтересованы побольше получить, не заработав – именно это и имеет место в настоящее время.

Второй подобной ошибкой государства было совмещение политических и экономических интересов в области охраны здоровья. Это положение было заложено Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: разграничение систем здравоохранения по принадлежности имущества привело к тому, что объединенными государственной (21, ст.12) и муниципальной (21, ст.13) системами здравоохранения оказались и учреждения здравоохранения, и органы управления здравоохранением. Учреждения здравоохранения рассматриваются как исполнительное продолжение органов управления здравоохранением, как объект, на управление которым назначается номенклатурно-должностная единица, и как медико-организационная номенклатурная единица (99). Тем самым медицинским организациям государственной и муниципальной систем здравоохранения (учреждениям здравоохранения) вменяются те же задачи, которые стоят перед органами управления здравоохранением притом, что объективно характер деятельности тех и других диаметрально расходится: первые являются производителями товарной продукции (медицинских услуг), вторые – частью механизма государства, действующего в отношениях с обществом на нетоварной основе. Если товаропроизводителям ставятся нетоварные цели, то ни они не будут достигнуты, ни деятельность товаропроизводителя не принесет экономических плодов, на получение которых она рассчитана – именно это и происходит в настоящее время.

Третьей ошибкой государства было совмещение противоположных и разобщение односторонних интересов в механизме оплаты медицинских услуг.

Оказались совмещены противоположные интересы страховщика в качестве плательщика с интересами застрахованного получателя (пациента, за которого производится оплата) медицинских услуг, от чего неизбежно попадал в экономическую зависимость от интересов страховщика и исполнитель медицинских услуг (медицинская организация, которой производится оплата за пациента). Это положение было заложено Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»: страховая медицинская организация обязана защищать интересы застрахованных и имеет право предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению или (и) медицинскому работнику на материальное возмещение физического или (и) морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине (17, ст.15). Медицинские учреждения в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями договора несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне. В случае нарушения медицинским учреждением условий договора страховая медицинская организация вправе частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг (17, ст.27). Плательщик (страховщик) всегда заинтересован сэкономить на затратах и никогда не заинтересован в отстаивании не своих финансовых интересов – ровно это и происходит в настоящее время.

Напротив, односторонние интересы оказались разобщены: государство, оплачивая медицинские услуги в пользу граждан, выступает не на стороне исполнителя, а на стороне заказчика (119, ст.430) – на той же стороне, на которой позиционируются и граждане как

получатели этих услуг. В существующем виде механизм оплаты медицинских услуг устроен так, что через сеть посредников (страховщиков) государство платит гражданам оказанием медицинских услуг принадлежащими ему учреждениями здравоохранения.

Четвертой ошибкой государства в части стратификации и сопряжения интересов в области охраны здоровья было обособление медицинских услуг, оказываемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, от медицинских услуг, оказываемых частными медицинскими организациями. Это положение было установлено Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, которые «определяют порядок и условия предоставления платных медицинских услуг населению (дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи) лечебно-профилактическими учреждениями независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности» (49, п.1). Это предопределило и то, что оплачиваемые за счет государственных гарантий медицинские услуги в учреждениях здравоохранения стали сокращаться в пользу платных, и то, что оплачиваемые за счет государственных гарантий медицинские услуги в учреждениях здравоохранения стали выдаваться за платные. По аналогии с физическим законом сообщающихся сосудов было неизбежно проникновение рыночных категорий в искусственно обособленное от рынка пространство – именно это и происходит в настоящее время.

Пятой ошибкой государства стало сохранение ведомственной инфраструктуры здравоохранения, уполномоченной на экономическую деятельность в товарных отношениях с третьими лицами. Наряду с органами управления здравоохранением сформировалась сеть учреждений, не имеющих положения органов управления здравоохранением, но и не являющихся лечебно-профилактическими учреждениями – всевозможных консультативных информационно-аналитических центров (КМИАЦ) и др.

Известно, что запрещается образование министерств, государственных комитетов, других федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления с целью монополизации производства или реализации товаров, а также наделение существующих министерств, государственных комитетов или других структур государственного управления полномочиями, осуществление которых имеет либо может иметь своим результатом ограничение конкуренции; запрещается совмещение функций федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления с функциями хозяйствующих субъектов, а также наделение хозяйствующих субъектов функциями и правами указанных органов, в том числе функциями и правами органов государственного надзора, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации (16, п.2 ст.7).

Учреждения ведомственной инфраструктуры, не относясь к числу органов управления здравоохранением, осуществляют не политическую, а экономическую деятельность, а позиционирование при органах управления здравоохранением обеспечивает им монополию – например, при интеграции в процедуру лицензирования (109). Добровольно-принудительные услуги таких организаций государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения являются дополнительным способом увода средств казны, а частным медицинским организациям – причиной повышения себестоимости и цены медицинских услуг. Такой механизм узаконенных поборов служит своеобразным способом легализации коррупции, не перекрывающим и иные ее пути. Товарная деятельность в нетоварной сфере широко развивается в настоящее время.

Показательным является соотношение интересов и ответственности. Если частные медицинские организации несут самостоятельную имущественную ответственность за свою деятельность, могут быть признаны банкротом и т.д., то государственные и муниципальные учреждения здравоохранения отвечают по своим обязательствам в пределах находящихся в их распоряжении денежных средств, при недостаточности которых дополнительную ответственность несет собственник их имущества (119, п.2 ст.120), и по этой причине не могут подвергнуться банкротству. Если в частных медицинских организациях благо приобретений всегда сочетается с рисками утрат, то государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, во-первых, лишены интереса в благах приобретений, поскольку доходы обращаются в государственную казну; во-вторых, свободны от реальной ответственности и от интересов избежать ее наступления, т.е. безразличны к последствиям своей деятельности, поскольку эти последствия возникают также для государственной казны.

Ответственность органов управления здравоохранением в настоящее время полностью отсутствует – они не отвечают ни перед государством, не перед обществом, ни в административном, ни в судебном порядке, ни за положение дел в здравоохранении, ни за изъятия в отношениях с гражданами и юридическими лицами. Органы управления здравоохранением также безразличны к последствиям своей деятельности, поскольку эти последствия возникают для государственной казны:

- убытки, причиненные гражданину или юридическому лицу в результате незаконных действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления или должностных лиц этих органов, в том числе издания не соответствующего закону или иному правовому акту акта государственного органа или органа местного самоуправления, подлежат возмещению Российской Федерацией, соответствующим субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием (119, ст.16);

- вред, причиненный гражданину или юридическому лицу в результате незаконных действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления либо должностных лиц этих органов, в том числе в результате издания не соответствующего закону или иному правовому акту акта государственного органа или органа местного самоуправления, подлежит возмещению. Вред возмещается за счет соответственно казны Российской Федерации, казны субъекта Российской Федерации или казны муниципального образования (119, ст.1069).

А учитывая неэффективную в настоящее время судебную систему, и признание в суде недействительным ненормативного акта государственного органа или органа местного самоуправления, а в случаях, предусмотренных законом, также нормативного акта, не соответствующих закону или иным правовым актам и нарушающих гражданские права и охраняемые законом интересы гражданина или юридического лица (119, ст.13), является проблематичным.

Интересами органов управления здравоохранением движет не государственная воля, а зачастую простое неразумие должностного лица самого мелкого уровня, поскольку ни государственная идеология здравоохранения, ни политика ее воплощения в жизнь не разработаны, не обнародованы и потому не известны региональным и муниципальным органам управления здравоохранением. И нередко прямой – хотя бы и не явный – корыстный умысел должностных лиц становится двигателем деятельности отдельных органов управления здравоохранением в целом.

В результате учреждения здравоохранения застыли между государством и обществом:

не относясь к числу государственных или муниципальных органов, они не включены в механизм государства, а не будучи участниками единого экономического оборота, они прозрачны для общества. При этом вместо экономической деятельности в практическом здравоохранении расширяется экономическая деятельность в и при органах управления здравоохранением. Частные же медицинские организации, конформные в обществе, прозрачны для государства и здравоохранения.

А в целом, на путях движения средств государственной казны к пациентам создана зона интересов, отличных от интересов государства и интересов пациентов, граждан, общества. Та же зона интересов охватывает экономической деятельностью в и при органах управления здравоохранением частную медицину, дополняя увод средств казны коррупцией и узаконенными поборами.

Альтернатива сложившемуся положению дел только одна – переход к эквивалентным отношениям встречных, взаимных удовлетворений непротивоправных интересов. Интересу получения одной стороной одного предоставления соответствует интерес получения другой стороной взамен другого предоставления. Поступаясь чем-то, каждая сторона, удовлетворяя свой интерес, приобретает стоимостной эквивалент произведенного отчуждения. Эти отношения строятся на основе договора (119, гл.27) – возмездного договора (119, ст.423).

Удовлетворение интереса стороны таких отношений может состоять в получении встречного предоставления не в свою пользу, а в пользу третьего лица или третьих лиц. Эти отношения строятся на основе договора в пользу третьего лица (119, ст.430).

Договор характеризуется взаимными обязательствами сторон, эквивалентностью встречных предоставлений и возможностью взыскания неисполненного с неисправной стороны, взаимной ответственностью сторон по принятым обязательствам.

Юридическое, экономическое и организационное (организующе) значение договора между заказчиком (плательщиком и получателем как выгодоприобретателем) и исполнителем медицинских услуг было продемонстрировано ранее (22, 83, 82).

Договор позволяет сопоставить интересы и позиционировать в качестве контрагентов участников отношений оплаты, получения и оказания медицинских услуг.

Переход к эквивалентным отношениям взаимных удовлетворений непротивоправных интересов на основе договора предполагает необходимость устранения бюджетного финансирования государственных и муниципальных учреждений здравоохранения собственником.

Переход к исключительно договорным отношениям оплаты медицинских услуг делает возможным противопоставить механизму, когда государство через сеть посредников (страховщиков) платит гражданам оказанием медицинских услуг принадлежащими ему учреждениями здравоохранения, механизм, когда государство, позиционируясь в качестве плательщика на одной стороне с гражданами в качестве выгодоприобретателей, оплачивает в их пользу медицинские услуги, оказываемые медицинскими организациями, позиционирующимися на другой стороне договора.

На стороне государства как плательщика за медицинские услуги должны позиционироваться не медицинские организации (учреждения здравоохранения) в качестве их исполнителя, а граждане в качестве их получателей-выгодоприобретателей. Именно это соответствует установлению закона (119, ст.430): договором в пользу третьего лица признается договор, в котором стороны установили, что должник (медицинская организация) обязан произвести исполнение не кредитору (государству), а указанному или не

указанному в договоре третьему лицу (гражданину), имеющему право требовать от должника исполнения обязательства в свою пользу.

Отсюда, во-первых, гражданин является носителем прав требований к медицинской организации по платежам государства. Это означает, что именно он, а не кто-либо от его имени должен быть распорядителем тех средств государственной казны, которые предназначены для оплаты оказываемых ему медицинскими организациями услуг. Если в настоящее время для целей внутригосударственного распределения распорядителями бюджетных средств являются органы государственной власти или органы местного самоуправления, имеющие право распределять бюджетные средства по подведомственным получателям бюджетных средств (122, ст.159), то применительно к оплате социальных предоставлений за пределами механизма государства распорядителями этих средств должны быть законодательно признаны сами граждане-выгодоприобретатели.

Во-вторых, государство в качестве плательщика за медицинские услуги должно быть свободно от связи с медицинскими организациями (учреждениями здравоохранения) принадлежностью имущества. Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения должны быть партикуляризированы (переведены в форму частных медицинских организаций – 108), чтобы государство в качестве плательщика за медицинские услуги могло позиционироваться на стороне граждан.

Устранение бюджетного финансирования государственных и муниципальных учреждений здравоохранения собственником и их партикуляризация означает их переход к полному тождеству с частными медицинскими организациями. Тем самым становится невозможно обособление ни оказываемых ими медицинских услуг, ни оборота оказываемых ими медицинских услуг от общего экономического оборота, и открывается единый и единственный путь предоставления всем медицинским организациям равного доступа к получению и освоению средств государственной казны на условиях договорных обязательств.

Чтобы преодолеть произвол органов управления здравоохранения в отношениях с медицинскими организациями, необходимо создание такого регламента их деятельности, который исключает свободу принятия решений должностными лицами, с одновременным созданием свода работоспособных и исчерпывающе определенных правил для медицинских организаций при условии либерализации требований по сравнению с тем, что имеет место в настоящее время. Поскольку медицинские организации несут самостоятельную, без участия органов управления здравоохранением, ответственность за свою деятельность, устранение избыточных непродуктивных требований упростит им возможности осуществлять экономически эффективную деятельность со снижением себестоимости выпускаемой продукции (медицинских услуг), прежде повышаемой коррупцией и незаконными поборами.

Одновременно с либерализацией требований необходимо повышение ответственности медицинских организаций перед пациентами. Такие возможности, с одной стороны, предоставляет страхование (риска гражданской ответственности и др.).

С другой стороны, роль фактора повышения ответственности медицинских организаций перед пациентами играет создание банка их экономических историй (подобного банку кредитных историй). Чтобы избежать возникновения фирм-однодневок, риск существования которых в здравоохранении значительно выше, чем в других отраслях экономики, нужен единый реестр медицинских организаций и составляющих их персоналий (учредителей, менеджеров и медицинских работников), ликвидированных при несостоятельности исполнения обязательств перед кредиторами, в том числе в порядке банкротства

– с тем, чтобы создание новых медицинских организаций учредителями, устройство на работу менеджеров и медицинских работников таких организаций стало затруднительным и предполагало особую процедуру внимания к их последующей деятельности. В отношении медицинских работников за рубежом действует институт профессиональных медицинских сообществ (который не сложился в России и вряд ли мог быть эффективным, если бы сложился), исключение (disbar) из которого означает по существу лишение профессии и потому является мощным стимулом профессиональной добросовестности. Для учредителей и менеджеров медицинских организаций и за рубежом нет механизмов сдерживания недобросовестности. Создание банка экономических историй в здравоохранении послужит непреодолимой преградой недобросовестности со стороны учредителей, менеджеров и персонала медицинских организаций.

Таким образом, пути нормализации наноэкономики здравоохранения состоят в:

- переходе к эквивалентным отношениям взаимных удовлетворений непротивоправных интересов на основе договора;
  - наделении граждан правами распорядителей средств государственной казны, предназначенных для оплаты оказываемых им за счет этих средств медицинских услуг;
  - либерализации требований к медицинским организациям и создании для них свода работоспособных и исчерпывающе определенных правил с одновременным созданием регламента, который исключает свободу принятия решений должностными лицами органов управления здравоохранением;
  - повышении ответственности медицинских организаций как через механизмы страхования, так и через создание банка экономических историй медицинских организаций.
- Соответствующая экономическим реалиям и положениям закона конфигурация интересов государства, медицинских организаций и граждан позволит сформулировать новую жизнеспособную идеологию и на ее основе – политику отечественного здравоохранения.

### **Раздел 6.1.2. Нормализация микро-, мезо- и макроэкономики здравоохранения<sup>42</sup>**

Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения структурировал основные проблемы, основные направления, основные ожидаемые результаты и долгосрочные социально-экономические последствия проекта при условии его успешной реализации (146, 16 марта 2006 года).

Основные проблемы отечественной системы здравоохранения:

- укомплектованность поликлиник врачами составляет 56%, коэффициент совместительства – 1,45, 30% врачей участковой службы не проходили специализацию более 5 лет;
- износ медицинского оборудования, санитарного автотранспорта – 65%;
- оснащенность медицинских учреждений диагностическим оборудованием недостаточна, что значительно увеличивает срок ожидания диагностических исследований;
- удовлетворение потребности населения в дорогостоящих (высокотехнологичных) видах медицинской помощи составляет 17–22,5%. Финансирование оказания дорогостоящих (высокотехнологичных) видов медицинской помощи составляет около 30% от необходимого объема;
- недостаточное финансирование национального календаря прививок (1,8 млрд руб.), в

---

<sup>42</sup> Иванов А.В., Тихомиров А.В. Перспективы наноэкономики в развитии макро-, мезо- и микроэкономики здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.10-16.



части вакцинации против гепатита В, краснухи и полиомиелита для детей группы риска;  
- недостаточное финансирование мер по пропаганде здорового образа жизни – 15% от потребности.

Ориентация отечественной системы здравоохранения на развитие стационарной медицинской помощи привела к недофинансированию первичной медико-санитарной помощи, в том числе к недостаточной обеспеченности участковыми врачами, низкой оснащенности поликлиник диагностическим оборудованием, не позволяющей оказывать качественную медицинскую помощь. Следствие этого – рост хронических и запущенных заболеваний, что, в свою очередь, приводит к высоким уровням госпитализаций и вызовам скорой медицинской помощи.

Известно, что болезнь легче предупредить, чем лечить. Меры, направленные на развитие первичной медицинской помощи, призваны повлиять на своевременное выявление и предупреждение многих заболеваний.

Кроме того, значительное число граждан не могут получить необходимую дорогостоящую (высокотехнологичную) медицинскую помощь из-за отсутствия эффективного механизма ее финансирования, а также из-за ограниченности бюджетных средств. Цель национального приоритетного проекта в сфере здравоохранения – сделать дорогостоящую (высокотехнологичную) помощь доступной как можно большему числу граждан.

К основным направлениям приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения относятся:

1. Развитие первичной медицинской помощи, которое предусматривает следующие мероприятия:

- подготовка и переподготовка врачей общей (семейной) практики, участковых врачей-терапевтов и педиатров;

- увеличение заработной платы медицинским работникам первичного звена, фельдшерско-акушерских пунктов и «скорой помощи»;

- укрепление материально-технической базы диагностической службы первичной медицинской помощи, скорой медицинской помощи;

- профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ;

- дополнительная иммунизация населения в рамках национального календаря прививок;

- введение новых программ обследования новорожденных детей;

- дополнительная диспансеризация работающего населения;

- оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и родов в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

2. Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью:

- увеличение объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

- строительство новых центров высоких медицинских технологий, подготовка для этих центров высококвалифицированных врачей и среднего медицинского персонала.

Основные ожидаемые результаты проекта:

- повысится престиж труда медицинских работников первичного звена здравоохранения, в участковую службу должны прийти молодые квалифицированные специалисты;

- первичная медицинская помощь станет более доступной и качественной;

- повысится квалификация участковых врачей (13 848 переподготовленных специалистов за два года);

- амбулаторно-поликлинические учреждения будут оснащены необходимым диагностическим оборудованием, а значит, снизятся сроки ожидания диагностических исследований;

- будут поставлены в регионы 12 120 новых машин «скорой помощи», вследствие чего повысится оперативность работы службы «скорой помощи»;
- будет организована дополнительная бесплатная иммунизация населения;
- будет организовано массовое обследование новорожденных детей на наследственные заболевания;
- благодаря строительству новых медицинских центров снизятся сроки ожидания и повысится доступность дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи, особенно для жителей удаленных районов;
- будет обеспечена прозрачность очереди на получение высокотехнологичной помощи за счет введения системы «листов ожидания».

Долгосрочные социально-экономические последствия проекта в здравоохранении при условии его успешной реализации:

- снижение показателей смертности и инвалидности населения Российской Федерации за счёт повышения доступности и качества медицинской помощи;
- удовлетворение потребности населения Российской Федерации в бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи;
- приближение отечественного здравоохранения к европейским стандартам оказания медицинской помощи населению (оборудование, технологии, уровень медицинского сервиса, квалификация медицинских работников);
- укрепление позиций России на внутреннем и международном рынке медицинских услуг и медицинских технологий (экономические и профессиональные стимулы для реализации отечественных разработок на международном уровне и привлечения иностранных пациентов в российские клиники);
- улучшение качества жизни больных, нуждающихся в высокотехнологичной медицинской помощи (снижение времени ожидания услуги до минимума; сохранение частичной или полной трудоспособности);
- решение социальных проблем в части медицинского обеспечения граждан, нуждающихся в государственной социальной поддержке;
- снижение экономических потерь за счёт восстановления трудового потенциала, уменьшения финансовых затрат на выплаты пенсий по инвалидности, пособий по временной нетрудоспособности.

Таким образом, с позиций приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения основные проблемы отечественной системы здравоохранения происходят от неукomплектованности поликлиник врачами, износа и недостатка оснащённости при недостатке финансирования дорогостоящих (высокотехнологичных) видов медицинской помощи и средств профилактики заболеваний, в связи с чем его основные направления включают в порядке развития первичной медицинской помощи – финансирование подготовки и переподготовки врачей общей (семейной) практики, участковых врачей-терапевтов и педиатров, повышения заработной платы медицинским работникам первичного звена, фельдшерско-акушерских пунктов и «скорой помощи», расширения материально-технической базы диагностической службы первичной медицинской помощи, скорой медицинской помощи, а также профилактических и диагностических мероприятий с акцентом на охрану материнства и детства; в порядке обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью – финансирование дополнительных объёмов оказания высокотехнологичной медицинской помощи и строительства новых центров высоких медицинских технологий и подго-

товки для этих центров высококвалифицированных врачей и среднего медицинского персонала.

Иными словами, приоритетным для государства является проект восстановления активности существующего здравоохранения и дополнительного его финансирования для оказания медицинских услуг более широкому кругу граждан. Государство намерено и дальше платить гражданам оказанием медицинских услуг принадлежащими ему учреждениями здравоохранения.

Основные ожидаемые результаты от его реализации – повышение престижа труда и квалификации медицинских работников первичного звена здравоохранения ради притока специалистов, доступности первичной медицинской и дорогостоящей (высокотехнологичной) помощи для населения, а также расширение материально-технической базы здравоохранения. Иными словами на выходе проекта либо то, что на входе (расширение материально-технической базы здравоохранения), либо то, что не поддается исчислению (повышение престижа труда и квалификации медицинских работников первичного звена здравоохранения ради притока специалистов, доступности первичной медицинской и дорогостоящей (высокотехнологичной) помощи для населения).

При условии успешной реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения его долгосрочными социально-экономическими последствиями называются демографические и социально-медицинские показатели, в том числе в сравнении с зарубежными и в порядке внешнего позиционирования, а также старозаветные лозунги (удовлетворение потребности населения в бесплатной медицинской помощи; улучшение качества жизни больных, нуждающихся в медицинской помощи; решение социальных проблем в части медицинского обеспечения граждан, нуждающихся в государственной социальной поддержке; снижение экономических потерь за счёт восстановления трудового потенциала, уменьшения финансовых затрат на выплаты пенсий по инвалидности, пособий по временной нетрудоспособности).

Такие долгосрочные социально-экономические последствия приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения ожидаются при условии его успешной реализации. При этом не раскрываются условия его успешной реализации.

Кроме того, вопрос не в том, чтобы не хуже выглядеть во внешнем окружении, и даже не в том, чтобы не хуже быть, а в том, чтобы на выходе быть в достатке с отдачей того, ради чего осуществляются вложения на входе. На входе приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения – колоссальные денежные средства, а на выходе – то, что недоступно выражению в цифровом виде и то, что не является прямым следствием произведенных вложений.

Социальный результат не порождается непосредственно из финансовых вложений в его достижение. Он является плодом деятельности на основе этих финансовых вложений – деятельности, соответствующей характеру этой основы, т.е. деятельности экономической. От экономической деятельности может быть только экономический результат. Социальный результат является следствием экономической деятельности с экономическим результатом. Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения минует экономическую составляющую социального результата, строя социальный прогноз без опоры на механизм его достижения.

Очевидно, что повышение престижа труда и квалификации медицинских работников первичного звена здравоохранения ради притока специалистов, доступности первичной медицинской и дорогостоящей (высокотехнологичной) помощи для населения; удовлет-

ворение потребности населения в бесплатной медицинской помощи; улучшение качества жизни больных, нуждающихся в медицинской помощи; решение социальных проблем в части медицинского обеспечения граждан, нуждающихся в государственной социальной поддержке нельзя выразить цифрами<sup>43</sup> и в качестве полученной отдачи сопоставить с размерами финансовых вложений.

Но то, что в социальной арифметике нельзя сопоставить параметрами в цифрах, сопоставимо мерой интересов.

Государство продемонстрировало финансированием приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения свой интерес в изменении социальной ситуации. Но помимо государственного интереса на пути реализации этого проекта лежат интересы тех, кто вовлечен в осуществление этого проекта – должностные лица государственных и муниципальных органов, руководители и персонал учреждений здравоохранения, граждане – пользующиеся и не пользующиеся бесплатным здравоохранением, нуждающиеся и не нуждающиеся, здоровые и инвалиды и т.д.

Именно интересы, отличные от интересов государства, будучи учтены приоритетным национальным проектом в сфере здравоохранения и сопоставлены между собой, определяют условия его успешной реализации.

И именно эти многообразные и многочисленные интересы оставлены приоритетным национальным проектом в сфере здравоохранения без внимания, в нем не учтен экономический механизм удовлетворения интересов – многочисленных и многообразных, индивидуальных и групповых, экономических и социальных.

*Экономический механизм удовлетворения интересов* складывается независимо от того, соответствует это воле государства или нет (пример тому – существование незаконного оборота, «черного рынка»). В условиях же легального рынка искусственное обособление от него того или иного сегмента создает лишь нелегальный сектор оборота на границе этого сегмента с общим экономическим пространством. Тем самым в отсутствие легального экономического механизма удовлетворения интересов в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения вложения в него становятся финансовой основой нелегального экономического механизма удовлетворения интересов.

Отсюда единственным способом предотвратить рассеивание средств государственной казны и направить их в русло социальной отдачи от экономического обращения является их интеграция в экономический механизм удовлетворения интересов в здравоохранении.

Формула экономического механизма удовлетворения интересов в здравоохранении только одна: государство, позиционируясь в качестве плательщика на одной стороне с гражданами в качестве выгодоприобретателей, оплачивает в их пользу медицинские услуги, оказываемые медицинскими организациями, позиционирующимися на другой стороне договора. Именно это составляет современную экономику здравоохранения с использованием средств государственной казны.

Очевидно, что в такой экономике нет места финансовому иждивенчеству на средствах государственной казны, т.е. существованию учреждений здравоохранения в прежнем качестве. Переход учреждений здравоохранения в форму частных организаций – условие развития современной экономики здравоохранения.

---

<sup>43</sup> снижение экономических потерь за счёт восстановления трудового потенциала, уменьшения финансовых затрат на выплаты пенсий по инвалидности, пособий по временной нетрудоспособности является не более чем следствием социальной отдачи от экономически эффективного здравоохранения, т.е. производным от производного в социальной арифметике.

Единая для всех медицинских организаций частная имущественная принадлежность приводит их к общему знаменателю медицинского бизнеса. Современная экономика здравоохранения складывается в совокупном развитии медицинского бизнеса.

Экономика здравоохранения может строиться только медицинскими работниками – те, кто далек от здравоохранения, не в состоянии освоить медицинский бизнес из-за его специфики.

Экономика здравоохранения может строиться в формах тех организаций, в которых медицинские работники осуществляют свою деятельность, или в форме индивидуального предпринимательства.

Медицинские работники осуществляют трудовую деятельность по найму. В этом качестве они выполняют роль либо производственного персонала, либо менеджмента – руководителей бизнеса.

Они могут также совмещать деятельность в качестве производственного персонала или менеджмента с функциями учредителей бизнеса, тем самым будучи причастными к его ведению. Известно, что структура управления бизнесом в разных организационно-правовых формах состоит из двух уровней: высший орган (учредители или участники) и исполнительный орган (менеджмент). При этом бизнес ведется хозяйствующим субъектом – организацией или предпринимателем без образования юридического лица (ПБОЮЛ), а не его учредителями (участниками) или органами управления от своего имени. Тем самым благо приобретений (прибыль) и риски утрат (убытков) ложатся на хозяйствующий субъект, а не на его учредителей (участников) или органы управления.

Интересы высшего и, по общему правилу, исполнительного органов управления хозяйствующим субъектом направлены к тому, чтобы минимизировать убытки и достигнуть максимальной прибыли от его деятельности. В коммерческой организации учредители (а также ПБОЮЛ) получают дивиденды от прибыли. Все хозяйствующие субъекты в расчете на инвестиции при планировании своего развития могут их получить только при наличии прибыли (рентабельности), устраивающей инвесторов.

Однако интересы производственного (медицинского) персонала могут ограничиваться только получением заработной платы, интересы учредителей (участников) бизнеса – только получением дивидендов, интересы менеджмента – только сведением текущего баланса. Возникает диспаритет интересов, который неизбежно ведет к краху бизнеса.

Все участники этих многообразных отношений в настоящее время являются заложниками поведения друг друга. Каждый из них руководствуется своими корыстными интересами и (или) безразличием к интересам другого. В результате неудовлетворенные интересы находят другие пути удовлетворения: медицинский персонал прибегает к мздоимству с пациентов, административный персонал – к уводу активов организации, учредители (участники) – к опустошению ее фондов развития.

И все участники этих многообразных отношений лишены необходимых степеней свободы. Чтобы тот, кого это не устраивает, мог предпринять приемлемые для себя шаги: обособиться от других не позволяет взаимозависимая целостность бизнеса, уйти в другой бизнес – схожая общность процессов в бизнесе, начать самостоятельный бизнес – сложность создания и неустойчивость бизнеса в современных условиях.

Современное позиционирование медицинского бизнеса еще более усложняет ситуацию. Бизнес в социальной сфере государство принимает подобно бизнесу в других отраслях экономики, не признавая социальную сферу сферой экономики. Под здравоохранением государство понимает совокупность органов управления здравоохранением и учрежде-

ний здравоохранения, дистанцируясь от частных медицинских организаций. Государство, взяв курс на освобождение от собственности, не нужной для осуществления государственных функций, идет по пути создания крупных объектов здравоохранения в ведении учреждений здравоохранения (Центров и т.д., оснащенных современным дорогостоящим оборудованием), притом что в здравоохранении крупный бизнес не рентабелен.

Нестабильность медицинского бизнеса в устройстве здравоохранения является фактором, обуславливающим нестабильность в устройстве медицинских организаций и стимулирующим интерес медицинских работников к скрытым экономическим отношениям, а следовательно – нестабильность рынка медицинских услуг. Отсюда стабильность медицинского бизнеса и рынка медицинских услуг – условие развития современной экономики здравоохранения.

Медицинские работники в настоящее время разделены множеством искусственных границ: первичной и специализированной медицинской помощи; стационаров, поликлиник и скорой помощи; учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций и избыточной узостью номенклатуры специальностей и т.д. Это сдерживает медицинского работника и в профессиональном росте, и в стремлении овладеть дополнительными специальностями. Более того, множатся дополнительные правила признания квалификации медицинского работника и требования дополнительного образования, чтобы быть признанным соответствующим специалистом. Медицинский работник перестает быть стабильным в своей профессии.

Еще большую нестабильность внесла дифференциация медицинских работников по заработной плате в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения. Медицинский работник оказался дезориентирован в ценности своей профессии для государства и общества.

Между тем медицинский работник не перестает быть медицинским работником как носитель соответствующих знаний, умений и навыков от того, что меняются правила признания его в этом качестве. В немалой степени документарному кризису здравоохранения способствовало введение сертификатов специалиста, не имеющих места среди документов об образовании (106). Проблема в том, что вместо отсутствующих рыночных конкурентных механизмов востребованности реальных обладателей соответствующих медицинских знаний, умений и навыков в настоящее время работают механизмы конкуренции документов притом, что документы перестают отражать реальную квалификацию их обладателя.

Кроме того, медицинские работники в настоящее время выбирают между государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения и частными медицинскими организациями, обычно совмещая работу в тех и других. Лишь единицы предпринимают собственное дело и создают медицинский бизнес. Этому препятствует множество запретов и ограничений в порядке надзора в сфере здравоохранения. Тем самым конкурентность медицинской профессии ограничивается положением наемного работника на условиях работодателя. А почти полная идентичность этих условий от работодателя к работодателю делает бессмысленной профессионально-трудовую миграцию. Отсутствие степеней свободы приводит к тому, что медицинские работники стремятся извлечь максимум выгоды из занимаемой позиции в медицинской организации. Это приводит к вынужденной миграции пациентов из государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в частные медицинские организации, в которых совмещают медицинские работники либо в порядке незаконных комиссионных соглашений между ними.

Нестабильность профессионального позиционирования медицинских работников препятствует их интересу к профессиональному совершенствованию и стимулирует психологию временщиков, стремление быстро обогатиться в скрытых экономических отношениях, не полагаясь на будущее, что также дестабилизирует рынок медицинских услуг. Отсюда стабильность и конкурентность медицинской профессии, расширение степеней свободы медицинских работников – условие развития современной экономики здравоохранения.

Таким образом, условия развития современной экономики здравоохранения – это:

- переход учреждений здравоохранения в форму частных организаций;
- стабильность медицинского бизнеса и рынка медицинских услуг;
- стабильность и конкурентность медицинской профессии, расширение степеней свободы медицинских работников.

При этих условиях становится возможным диверсификация интересов медицинских работников в развитии макро-, мезо- и микроэкономики здравоохранения.

Макроэкономику здравоохранения составляет оборот медицинских услуг, относящийся к созданию ВВП. Использование ВВП (бюджет здравоохранения) отражает лишь обращение средств государственной казны на оплату медицинских услуг. В настоящее время государство планирует бюджет здравоохранения, не доводя до общества информацию, на каких принципах и по каким правилам оно планирует его расходование, т.е. свою политику – текущую и перспективную.

Вместо планомерной политики лишь отдельные мероприятия, не связанные единством, последовательностью и преемственностью, доводятся до сведения граждан – обычно в выступлениях Президента Российской Федерации.

В 2003 году выступление Президента России было посвящено медицинскому страхованию: «Обязательное медицинское страхование – это сложная и социально чувствительная сфера. Поэтому все принимаемые решения должны быть обоснованными и просчитанными. Только тогда они смогут реально повысить уровень нашей медицины, обеспечить ее доступность для самых широких слоев общества». Хотел бы в связи с этим обратить внимание на ряд принципиальных моментов. Первое – это укрепление финансовой базы страхования. Нам важно создать работающую схему, обеспечивающую баланс ресурсов и обязательств системы медицинского страхования. Жизнь показала непродуктивность финансирования лечебных учреждений по количеству койко-мест и численности персонала. Здесь нужен иной критерий – оказание услуг конкретному человеку. Полагаю, это будет выгодно всем – и пациентам, и медикам. Второе направление – это единая система стандартов, на которую должна опираться страховая медицина. При этом особенно важно определить гарантированный набор медицинской помощи для пенсионеров и детей. Третье, что следует учитывать, это гарантии равенства прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи. Нужно стремиться к тому, чтобы она была одинаковой по объему во всех субъектах Федерации. И, конечно, каждый гражданин должен быть проинформирован, какие бесплатные услуги и в каких учреждениях он имеет право получать» (из выступления Президента Российской Федерации на заседании президиума Госсовета 2 апреля 2003 года, 140).

В 2004 году, несмотря на то, что ровно ничего не изменилось в медицинском страховании, речь Президента России была посвящена модернизации здравоохранения на основе повышения доступности и качества медицинской помощи и стандартизации медицинских услуг: «Главная цель модернизации российского здравоохранения – повышение доступ-

ности и качества медицинской помощи для широких слоев населения. Из этого прежде всего следует, что гарантии бесплатной медицинской помощи должны быть общеизвестны и понятны. И по каждому заболеванию должны быть выработаны и утверждены стандарты медицинских услуг – с обязательным перечнем лечебно-диагностических процедур и лекарств, а также с минимальными требованиями к условиям оказания медпомощи. Причем такие стандарты должны действовать в каждом населенном пункте Российской Федерации. И только дополнительная медпомощь и повышенный уровень комфортности ее получения должны оплачиваться пациентом» (из Послания Предидента РФ Федеральному Собранию Российской Федерации 26 мая 2004 года, 140).

В 2005 году, несмотря на то, что ровно никаких изменений не произошло ни с медицинским страхованием, ни с доступностью и качеством медицинской помощи и стандартизацией медицинских услуг, речь Президента Российской Федерации была посвящена первичной медицинской помощи и закончилась словами о системной модернизации отрасли: «Особое внимание считаю необходимым уделить развитию первичного медицинского звена, первичной медицинской помощи, профилактике заболеваний, включая вакцинацию и эффективную диспансеризацию населения. Мы обязаны существенно снизить распространенность инфекционных заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции и других, ввести новые программы медицинского обследования новорожденных. В ближайшие два года новым диагностическим оборудованием необходимо оснастить более 10 тысяч муниципальных поликлиник, из них более трети на селе, а также значительное число районных больниц и фельдшерских пунктов. В начале 2006 года заработная плата участковых терапевтов, педиатров и врачей общей практики должна в среднем вырасти на 10 тысяч рублей в месяц, а медсестер – как минимум на 5 тысяч рублей. При этом ее конкретный размер должен прямо зависеть от объема и качества оказываемой медицинской помощи. Надо обеспечить подготовку более десятка тысяч участковых врачей и врачей общей практики. Следует серьезно обновить и автопарк «скорой помощи», включая приобретение реанимобилей, медоборудования и современных систем связи. Особая проблема – это доступность высоких медицинских технологий в кардиохирургии, онкологии, травматологии, ряде других важнейших областей и прежде всего их использование при лечении детей. Число граждан, которым за счет федерального бюджета будет оказана высокотехнологичная медицинская помощь, должно вырасти к 2008 году не менее чем в четыре раза. Для этого предстоит поднять эффективность работы как уже существующих центров высоких медицинских технологий, так и построить новые, и прежде всего в регионах Российской Федерации, включая Сибирь и Дальний Восток. Нам нужны решительные продуманные шаги по системной модернизации отрасли (из выступления Президента России на встрече с членами Правительства, руководством Федерального Собрания и членами президиума Государственного совета 5 сентября 2005 года, 140).

После этого начались приоритетные национальные проекты в сфере здравоохранения в форме избирательного увеличения финансирования здравоохранения того, что с прежних времен сформировалось как относящееся к первичной медицинской помощи, но осталась неясность, что подразумевалось под системной модернизацией отрасли.

При таких метаниях, приоритетных перекосах и неопределенности движения государства обществу неизвестно, что будет происходить в здравоохранении в обозримом и отдаленном будущем. Это не позволяет планировать жизнь в обществе, чтобы полагаться или не полагаться на государство при рождении ребенка, при заболевании или при выходе на пенсию и т.д.



Обществу неизвестно и то, что будет неизменным в государственной политике здравоохранения вне зависимости от смены времени и персонала во главе государства, правительства и медицинского ведомства, т.е. идеология здравоохранения как основа политики государства в этой сфере.

Ни идеология, ни политика государства в сфере здравоохранения не ведома ни органам управления здравоохранением и другим государственным органам и их должностным лицам, ни медицинским работникам, ни пациентам.

Если бы каждому в обществе было известно, что он реально защищен по крайней мере в социальной сфере, в сфере охраны здоровья, и что это не временная популистская кампания, а четко выверенная позиция государства, основанная на жесткой идеологии, которая будет определять политику государства в этой сфере и через десять, и через двадцать, и через пятьдесят лет, и что декларации государства всегда найдут подкрепление делами, и что государство не отвернет от этой идеологии в угоду преходящим потребностям и целесообразностям, это позволило бы каждому планировать жизнь, улучшилась бы демографическая ситуация в стране, повысилась бы ценность здорового образа жизни и профилактики заболеваний.

Если бы каждому медицинскому работнику было известно, что государство поощряет экономическую инициативу в социальной сфере, создает режим благоприятствования для развития бизнеса, улучшающего социальную ситуацию, и что развитие экономики социальной сферы – непреходящий стратегический приоритет государства, каждый медицинский работник находился бы в поисках своего места в экономике социальной сферы, медицинская профессия обрела бы истинную экономическую ценность, а медицинское предпринимательство своей экономической деятельностью обеспечило бы тот социальный результат, на который рассчитывает государство.

Для этого нужно, чтобы государство выработало основанную на экономических процессах и гармонизации экономических интересов идеологию здравоохранения. Для этого нужно, чтобы государство регулярно выражало в своих актах политику текущего периода в соответствии с единожды определенной идеологией здравоохранения. Для этого нужно, чтобы каждый видел в идеологии и политике государства пути защиты своих социальных интересов. Для этого нужно, чтобы каждый медицинский работник видел в идеологии и политике государства пути собственного профессионального движения в соответствии со своими экономическими интересами.

Именно это сопряжение персонального ценностного позиционирования в медицинском бизнесе с идеологией и политикой здравоохранения, которые позволяют это сделать, определяет интересы медицинских работников в макроэкономике здравоохранения. Идеология и политика здравоохранения определяют идеальную (модельную) меру участия медицинских работников в макроэкономике здравоохранения.

Медицинские работники должны обладать степенями свободы, позволяющими им оперативно менять позицию в поисках наибольшей экономической оценки их квалификации или наиболее полного удовлетворения иных экономических интересов (открытие собственного дела и т.д.). Это сделает конкурентным рынок труда в здравоохранении. Перестанет стоять вопрос о заработной плате и о низкой квалификации медицинских работников, возникнет конкуренция в профессионализме. У медицинских работников возникнет выбор приложения своей экономической инициативы.

Чтобы это произошло, государству следует обеспечить механизмы информационного обеспечения рынка. Должна быть обширной, достоверной и доступной информация, не-

обходимая для осуществления экономической деятельности в здравоохранении. В этом случае каждый медицинский работник будет иметь возможность целостного видения незаполненных рыночных ниш для освоения своей экономической инициативой, куда можно приложить свой ценностный потенциал.

Именно это сопряжение персонального ценностного позиционирования в медицинском бизнесе с ситуацией на рынке в здравоохранении определяет интересы медицинских работников в мезоэкономике здравоохранения. Информационная насыщенность рынка определяет потенциальную меру участия медицинских работников в мезоэкономике здравоохранения.

Медицинские работники должны обладать всей полнотой информации о бизнесе, в котором участвуют или трудоустроены. Но для этого они должны быть способны перерабатывать эту информацию, быть сведущими в ее оценке. Каждый медицинский работник должен быть способен продуктивно участвовать в медицинском бизнесе в двух качествах – медицинского практика и организатора своего участка работы, делового администратора. Каждый медицинский работник, в любом случае, будучи ценностью для бизнеса, должен быть эффективен в бизнесе. Тогда вопрос о том, свой это бизнес или нет, для медицинского работника вставать не будет, поскольку в любом бизнесе он будет в состоянии адаптироваться как в своем, и в любом бизнесе он будет обладать заранее известной ценностью. Эту ценность медицинскому работнику будут придавать не только знания и умения, соответствующие документам об образовании, но и навыки и опыт практического участия в медицинском бизнесе – в *преимущественном* качестве менеджера или медицинского практика. Тем самым перестанет стоять вопрос, почему труд одного медицинского работника или менеджера оплачивается больше или меньше, чем другого.

Для этого необходимо в программы обучения в медицинских учебных заведениях ввести обязательный курс делового администрирования, прохождение которого позволит каждому медицинскому работнику ориентироваться в оценке своего вклада в бизнес и персональной финансовой отдачи от участия в нем, исключит возможность как недо-, так и переоценки такого вклада. В этом случае каждый медицинский работник будет иметь возможность не только приобрести медицинскую специальность, но и получить знания и умения ее прикладного использования в медицинском бизнесе. Каждый будет иметь возможность понимать, на что он идет, прежде чем стать медицинским работником. И каждый выпускник медицинского учебного заведения будет ориентирован в том, в каком бизнесе ему предстоит участвовать, как устроен этот бизнес и каково реальное положение дел в нем. Тем самым каждый медицинский работник будет избавлен от непродуктивных иллюзий и социального иждивенчества.

Именно это сопряжение персонального ценностного позиционирования в медицинском бизнесе с устройством конкретного бизнеса определяет интересы медицинских работников в микроэкономике здравоохранения. Степень вовлечения медицинских работников в бизнес определяет реальную меру их участия в микроэкономике здравоохранения.

Таким образом, коренной вопрос наноэкономики – информативное видение экономики теми, кто ее создает – в здравоохранении может быть решен:

- в области макроэкономики – сопряжением персонального ценностного позиционирования в медицинском бизнесе с идеологией и политикой здравоохранения, которые позволяют это сделать. Идеология и политика здравоохранения определяют *идеальную* (модельную) меру участия медицинских работников в макроэкономике здравоохранения;
- в области мезоэкономики – сопряжением персонального ценностного позиционирования

ния в медицинском бизнесе с ситуацией на рынке в здравоохранении. Информационная насыщенность рынка определяет *потенциальную* меру участия медицинских работников в мезоэкономике здравоохранения;

- в области микроэкономики – сопряжением персонального ценностного позиционирования в медицинском бизнесе с устройством конкретного бизнеса. Степень вовлечения медицинских работников в бизнес определяет *реальную* меру их участия в микроэкономике здравоохранения

В целом, современная экономика здравоохранения, чтобы стать устойчивой, нуждается в построении, основанном на реальных и сопряженных политических и имущественных, индивидуальных и групповых и т.д. интересах. Нелегальные интересы, происходящие от несопряженности и непризнания реальными легальных интересов, лишаются почвы в здравоохранении. А реальные легальные интересы всех и каждого смогут получить удовлетворение, соответствующее реальным возможностям здравоохранения, и воля государства обретет соответствие воле общества.

## **§ 6.2. Реструктуризация финансирования здравоохранения.**

### **Раздел 6.2.1. Фондирование средств государственного финансирования здравоохранения<sup>44</sup>.**

В Интернет-обращениях к Президенту России (2006 г.) среди основных предложений со стороны граждан прозвучало: «Почему нельзя назвать нашу медицину платной? Ведь кто-то за наше лечение платит (государство, страховой фонд, граждане). Если каждое лечебное учреждение будет выставлять счет за оказанные услуги больным, а те обращаться с этим счетом в медицинские фонды, то система станет прозрачной» (25).

Однако в существующем виде механизм оплаты медицинских услуг устроен так, что через сеть посредников (страховщиков) государство платит гражданам оказанием медицинских услуг принадлежащими ему учреждениями здравоохранения (26). Граждане при этом не являются участниками отношений, в связи с оказанием им медицинской помощи складывающихся между государством (от его лица с государственным внебюджетным фондом ОМС через частные страховые медицинские организации) и государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения.

Этот механизм обусловлен не двухканальностью (из бюджета и внебюджетных фондов) финансирования учреждений здравоохранения, а отсутствием позиции стороны в отношениях товарообмена. Поскольку в товарных отношениях благо приобретений всегда сопровождается рисками утрат:

- если государство выступает собственником имущества учреждений здравоохранения, его объективный интерес состоит в обособлении этого имущества от рисков утрат;
- если государство выступает плательщиком за предоставления гражданам товаров, работ, услуг со стороны хозяйствующих субъектов, то его объективный интерес заключается в экономии такой оплаты;
- если государство выступает собственником учреждений здравоохранения как исполнителей медицинских услуг, то его объективный интерес состоит в получении максимально больших доходов от их реализации.

---

<sup>44</sup> Тихомиров А.В. Фондирование государственных средств финансирования практического здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.11-17.

Все три позиции являются взаимоисключающими.

Уходя из экономики, в том числе в социальной сфере, единственное, от чего государство не сможет отказаться – это от функции социального гаранта и плательщика в пользу граждан. Эта функция государства сохранится и в случае ликвидации института учреждений здравоохранения: оплата медицинских услуг с существованием учреждений здравоохранения не связана.

В существующем виде механизм оплаты медицинских услуг был сформирован под нужды системы государственного здравоохранения прежнего устройства как паллиативная уступка произошедшим политическим, экономическим и юридическим изменениям. Попыткой сохранить системность социальной сферы стала система медицинского и социального страхования и возникновение внебюджетных фондов. Однако неоправданное следование имущественным различиям в публичной сфере привело к последовательной децентрализации того механизма, который для здравоохранения и является системообразующим – платежного механизма. Вместо своевременного сведения функции управления здравоохранением к управлению финансированием здравоохранения происходили процессы погружения органов управления здравоохранением в нормирование хозяйственной активности учреждений здравоохранения. Вместо поиска различий того, КАК финансировать, продолжались бесконечные поиски того, ЧТО финансировать. К настоящему времени здравоохранение подошло, утратив признаки системности и разобщенное по федеральному, региональному и муниципальному уровням финансирования медицинской помощи.

Чтобы добиться новой системности и по-новому упорядочить структуру механизма государства, начались административные преобразования, направленные на системообразование публичных органов. Наряду с министерствами появились государственные органы особой специализации, что еще больше дезорганизовало бесплодные попытки восстановить прежнюю системность здравоохранения в целом. К настоящему времени в отдельные системы остаются объединенными государственные и муниципальные органы, в том числе управления здравоохранением, но не практическое здравоохранение, представленное неопределенного положения учреждениями здравоохранения и непризнаваемыми государственными и муниципальными органами управления здравоохранением частными медицинскими организациями.

Наступила эпоха новой реальности, когда вместо объединения органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения по имущественной принадлежности необходимо обособление органов управления здравоохранением от всех осуществляющих экономическую деятельность организаций практического здравоохранения по признакам противоположности имущественных интересов.

Государству и составляющим его государственным органам пришла пора сосредоточиться на том, как финансировать организации практического здравоохранения. Вместо того чтобы искать изъяны в деятельности организаций практического здравоохранения, возникла необходимость обратиться к тому, что не так в собственном устройстве органов управления здравоохранением для целей финансирования практического здравоохранения.

В настоящее время, во-первых, за счет средств финансирования здравоохранения содержатся и органы управления здравоохранением, и учреждения здравоохранения, и даже позиционирующиеся при органах управления здравоохранением учреждения сомнительного происхождения (109); во-вторых, учреждения здравоохранения финансируются из бюджета и внебюджетных фондов ОМС; в-третьих, наряду с Федеральным в каждом субъекте Федерации существуют территориальные фонды ОМС со своими нормами и правилами оплаты

медицинских услуг. В результате государственные средства финансирования практического здравоохранения оказываются распыленными по многочисленным источникам.

Необходима централизация государственных средств финансирования практического здравоохранения в едином фонде.

Кроме того, каждый из существующих источников финансирования практического здравоохранения персонализирован (внебюджетным фондом как объектом распоряжается Федеральный и территориальные фонды ОМС как субъекты, государственные и муниципальные органы управления здравоохранением распоряжаются соответственно федеральным или региональными государственными и муниципальными бюджетами здравоохранения) и разобщен с остальными. К распоряжению средствами внебюджетных фондов ОМС причастны и частные страховые медицинские организации.

Необходима централизация средств государственного финансирования практического здравоохранения под единым управлением.

Возможности централизации средств государственного финансирования практического здравоохранения под единым управлением предоставляет Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, в ведении которого возможно сосредоточение в едином фонде всех источников финансирования практического здравоохранения. Позволяет этого добиться ликвидация Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования и социального фонда как субъектов права. В этом случае различия бюджета и внебюджетных фондов устраняются, и к этим единым средствам государственной казны применимы единые правила распоряжения бюджетными средствами. Вместо разрозненных по предметному и территориальному признакам фондов возникает единый медико-социальный фонд под единым началом Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

Одновременно с ликвидацией фондов как финансово-кредитных учреждений и передачей фондов как имущественных объектов в ведение Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию функции сбора соответствующих взносов в качестве налоговых платежей необходимо передать в ведение налоговой службы. Тем самым будет восстановлен нормальный ход налогового процесса, без необоснованного разделения и затратного дублирования в параллелях налоговой службы и названных фондов.

Функция распоряжения бюджетными средствами (средствами казны) распадается на две составляющие:

- распределение в бюджетном процессе;
- распределение за пределами бюджетного процесса – размещение между хозяйствующими субъектами.

В настоящее время обе составляющие этой функции находятся в компетенции публичных органов в качестве распорядителей бюджетных средств.

В цепи от главных распорядителей бюджетных средств (122, ст.158) через распорядителей бюджетных средств (122, ст.159) к их получателям (122, ст.162) осуществляется процесс распределения средств казны внутри механизма государства.

Если бюджетные средства выносятся за пределы механизма государства, то – либо в пользу самого государства, либо в пользу общества (граждан).

В пользу государства (далее – также и муниципального образования) заключаются договоры поставки для государственных нужд. Размещение средств казны между хозяйствующими субъектами – поставщиками товаров, работ, услуг для государства – производится государственными органами.

В пользу граждан заключаются договоры оплаты государством гарантированных им предоставлений (товаров, работ, услуг). В настоящее время размещение средств казны между хозяйствующими субъектами – поставщиками товаров, работ, услуг для граждан – производится также государственными органами.

Наделение граждан функциями распоряжения бюджетными средствами, предназначенными для оплаты в порядке социальных гарантий предоставляемых им хозяйствующими субъектами товаров, работ, услуг означает, во-первых, что к распоряжению бюджетными средствами привлекаются граждане-выгодоприобретатели; во-вторых, что именно гражданами-выгодоприобретателями осуществляется распределение этих средств за пределами бюджетного процесса, т.е. размещение между хозяйствующими субъектами; в-третьих, что государственным органам остается распределение этих средств внутри механизма государства, в рамках бюджетного процесса, а равно – учет и контроль соответствия расходов своему назначению.

Отсюда основной задачей государственного финансирования практического здравоохранения является соответствие объекта оплаты размеру оплаты.

И если цена объекта оплаты определяется в экономическом обороте, то параметры самого объекта оплаты устанавливаются в конкретных сделках.

Поскольку договор оплаты соответствующего объекта за счет государственных средств носит характер договора присоединения (119, ст.428), когда любые хозяйствующие субъекты свободны присоединиться к объявляемым условиям договора или не присоединяться, параметры объекта оплаты должны быть унифицированы.

Чтобы их параметры могли быть унифицированными, объекты оплаты должны быть разделены на группы по однородным признакам. Это означает, что оплачивать такого рода объекты, как «койко-день» или «посещение» невозможно.

Койко-день в стационаре состоит из разных видов медицинских услуг (с включением товаров – медикаментов и пр.), услуг размещения (подобных гостиничным), услуг общественного питания, банно-прачечных услуг и т.д. Их различия состоят в неодинаковости факторов ценообразования, фактического содержания, длительности, последствий и т.п. Равным образом, посещение складывается из консультации (нужной не получателю услуг, а их исполнителю), выписки рецептов (услугой не являющейся), в случае обслуживания на дому – прихода по вызову (не имеющего характеристик объекта оплаты), выезда или транспортировки (услуг перевозки) и т.д.

В отличие от диверсификации услуг, проводимой хозяйствующими субъектами в рамках их *ассортимента*, дифференциация объектов оплаты преследует цели определения *номенклатуры* оплачиваемых товаров (работ, услуг), обособления оплачиваемых оборотных объектов от необоротных, а также различия отношений по их экономико-правовым характеристикам и субъектам-участникам. Соответственно этому плательщик выделяет для себя основные потоки финансирования практического здравоохранения (фонды) по направлениям деятельности. Фондирование позволяет различать потоки финансирования по единству оплачиваемых объектов и предоставляющих их хозяйствующих субъектов.

Тем самым в рамках единого фонда финансирования практического здравоохранения требуют функционального выделения фонды по отдельным направлениям.

Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом в сфере здравоохранения и социального развития, включая (52):

- оказание медицинской помощи,
- предоставление услуг в области курортного дела,
- организацию судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз,
- оказание протезно-ортопедической помощи,
- реабилитацию инвалидов,
- организацию предоставления социальных гарантий, установленных законодательством Российской Федерации для социально незащищенных категорий граждан,
- социальное обслуживание населения,
- проведение медико-социальной экспертизы,
- донорство крови, трансплантацию органов и тканей человека.

При такой структуре смешиваются опосредуемые Агентством функции государства:

- *экономические* (оплата в порядке социальных гарантий в пользу граждан предоставлений им хозяйствующими субъектами) и *социальные* (оплата социальных льгот, пенсий и компенсаций);
- *оборотные* (оплата товаров, работ, услуг и содержание имущества) и *внеоборотные* (донорство крови, трансплантация органов и тканей человека);
- *относящиеся* к здравоохранению и социальному развитию и *не относящиеся* (проведение экспертиз).

Подобное смешение функций чревато смешением финансирования различающихся по своему характеру видов деятельности. Оборотная, экономическая деятельность практического здравоохранения нуждается в финансировании по тем правилам, которые непригодны для финансирования необоротной деятельности и, тем более, социальных льгот, пенсий и компенсаций.

Отсюда фонды финансирования необоротной медицинской помощи, оплаты медицинских услуг и выплат социальных льгот, пенсий и компенсаций должны быть обособлены по характеру применимых правил размещения средств государственного финансирования.

С 1 января 2005 г. в соответствии с Федеральным законом (129) «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон “Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации” (128) и “Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (127):

- организация оказания на муниципальной территории скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), первичной медико-санитарной помощи в стационарно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов отнесена к ведению муниципалитетов;
- организация специализированной медицинской помощи отнесена к ведению администрации регионов, субъектов Российской Федерации (128);
- организация дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи отнесена к ведению федеральной исполнительной власти.

Такая организация финансирования практического здравоохранения изначально лишена твердых критериев.

Если между дорогостоящей и низкостоймостной медицинской помощью грань (с оговорками) провести можно, то между первичной и специализированной медицинской помощью – нет (а зачастую и между высокой, средней и низкой технологичности как

первичной, так и специализированной медицинской помощью). В скорпомощном стационаре первичную медицинскую помощь оказывают специалисты; напротив, медицинскую помощь, оказываемую обычно специалистами, в неотложных условиях предпринимают медицинские работники первичного звена.

Деятельность медицинских работников первичного звена может требовать значительно более высокой оснащенности (быть более дорогостоящей и/или высокотехнологичной), чем деятельность специалистов. Искусственное разграничение медицинских работников и специалистов в ходе реализации приоритетных национальных проектов в сфере здравоохранения по уровню заработной платы продемонстрировало (25) несостоятельность подобной дифференциации. Финансирование практического здравоохранения нуждается в дифференциации по другим критериям.

Медицинские услуги оказываются с разными техническими средствами разной технологичности. Медицинские услуги обладают и самостоятельной медицинской технологичностью. Может быть так, что низкой технической технологичности сопутствует высокая медицинская, и наоборот. Кроме того, значение имеют и организационные, управленческие технологии. Примиряет различия технологий только стоимость медицинских услуг.

Медицинские услуги имеют продажную стоимость, цену, а не только себестоимость (тем более подсчитанную только как сумму расходов материальных ресурсов, без учета стоимости действий, составляющих услугу). Тем самым высокая, средняя или низкая стоимость медицинской услуги определяется в конкурентном обороте, на рынке. Очевидно, сходные услуги будут обладать разной ценой при их оказании в мегаполисе и в отдаленном селении.

Стоимость как показатель ценности медицинских услуг является единственным критерием их различия. Придание ценности медицинским услугам, оказываемым в условиях повышенной опасности (инфекции) или трудной излечимости (онкология), или малой рентабельности (травматология) и т.д., позволяет стимулировать их оказание там, где они не оказываются или имеют малое предложение. Управление величиной стоимости является инструментом государства как плательщика за медицинские услуги при размещении средств в непривлекательных для их исполнителей (медицинских организаций) сегментах социальной среды (малообеспеченные, инвалиды, пожилые, дети).

Однако инструмент управления государственным финансированием практического здравоохранения не определяет критерии дифференциации медицинской помощи для целей финансирования.

Эти критерии создает медико-социальная статистика. Средние федеральные, региональные и муниципальные величины заболеваемости демонстрируют, что различается спрос на медицинскую помощь. Если в медицинской помощи по поводу респираторных и других массовых заболеваний нуждаются практически все, то в гемодиализе, аортокоронарном шунтировании и т.д. – лишь некоторые. Тем самым объективно различаются медицинские услуги массового спроса и медицинские услуги особого спроса – амбулаторные и стационарные.

Соответственно этому дифференциация первичной, специализированной и дорогостоящей/высокотехнологичной медицинской помощи по уровням финансирования из федеральной, региональной и муниципальной казны нуждается в замене дифференциацией медицинских услуг массового спроса и медицинских услуг особого спроса с оплатой из одноименных централизованных федеральных фондов.

Медицинские услуги – равно массового и особого спроса – отличаются от услуг по выхаживанию и уходу, т.е. социальных услуг. В отечественных стационарах функции выхаживания и ухода, т.е. социальных услуг.



живания и ухода разделены между патронажными медсестрами и санитарками, хотя являются функциями патронажных сестер (сестер милосердия, в настоящее время организуемых Церковью). Уход на дому – тоже удел патронажных сестер, в настоящее время организуемых органами социальной защиты и Обществами Красного Креста и Красного Полумесяца. Чтобы корпус патронажных сестер увеличивался до размеров необходимости, ценность их деятельности нуждается в признании государством. Учитывая неодинаковость медицинских и социальных услуг, существуют различия и в их оплате, в связи с чем оплата социальных услуг должна производиться отдельно от оплаты медицинских услуг, для чего необходим специальный фонд их оплаты.

Равным образом, медицинские и социальные услуги содержательно отличаются от услуг реабилитации и оздоровления (в т.ч. услуг в области курортного дела), от обслуживания инвалидизированных (включая оказание им протезно-ортопедической помощи) и обслуживания не заболевших. Для оплаты этих услуг также необходим самостоятельный фонд.

Особо необходимо выделить финансирование профилактического направления практического здравоохранения. Самостоятельных профилактических услуг не существует, поскольку профилактика заболеваний – следствие, совокупный результат комплексной деятельности, включающей своевременно оказываемые медицинские услуги (например, по вакцинации), пропаганду здорового образа жизни, воспитание санитарно-гигиенической культуры и т.д. В отсутствие услуг не может производиться их оплата. Профилактика заболеваний нуждается в поощрении по результатам состояния социальной среды по конкретным нозологиям – равно относящемуся к конкретной медицинской организации и к конкретному пациенту. Соответственно, необходим специальный фонд поощрения профилактики заболеваний.

Аналогично, не относятся к числу оплачиваемых услуг социальные льготы, пенсии и компенсации. Те и другие ассоциированы с личностью получателя, а не с предоставлением в его пользу третьими лицами. Именно в связи с неразличением этого не работают в настоящее время всевозможные льготы. Если льготный рецепт оформляется без доплат аптеке до рыночной стоимости медикамента, обладатель льгот не может ими воспользоваться. Монетизация льгот прошла без учета их покупательной способности и только поэтому не возымела того социального эффекта, который должна была иметь. Льготы должны быть выражены не в номинальной, а в покупательной стоимости. Для их выплат также необходим отдельный фонд.

Также не относятся к числу оплачиваемых услуг, изыскания новых медицинских технологий нуждающиеся в иной форме финансирования. Это относится к финансированию научно-исследовательских институтов Российской академии медицинских наук и Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, отраслевых научно-исследовательских программ и проектов и научно-исследовательских групп. Необходим отдельный фонд финансирования изысканий новых медицинских технологий.

Кроме реструктуризации существующих прогнозируется возникновение других потребностей финансирования здравоохранения, неизбежных в ходе развития его реформы.

Основную проблему развития мезоэкономики здравоохранения на федеральном уровне составляет обладание информацией, как соотносится развитие экономического оборота и состояния социальной среды (общественного здоровья), чтобы можно было обоснованно применять меры финансового изменения зафиксированных отклонений. Мониторингирование экономической и социальной обстановки в здравоохранении – функция Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Для этого в регионах и в муниципальных образованиях должны быть созданы не включаемые в состав Службы аналитические центры, финансировать деятельность которых на договорных условиях должны территориальные подразделения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (89). Отсюда необходимо создать фонд оплаты мониторинга здравоохранения, состоящий из фонда оплаты социально-медицинского мониторинга (включая медицинскую статистику и медико-социальную экспертизу) и фонд оплаты экономического мониторинга (включая статистику экономического оборота в здравоохранении).

Вместо функций содержания учреждений здравоохранения как субъектов медицинской деятельности целесообразно перейти к созданию и развитию сети объектов здравоохранения – специализированных под нужды медицинского предпринимательства имущественных комплексов, площади которых предоставлять в аренду медицинским организациям. Это достижимо посредством отделения судьбы субъекта (учреждений здравоохранения) от судьбы объекта (принадлежащего им в настоящее время имущества в натуре). Учреждение здравоохранения может быть ликвидировано или реорганизовано (преобразовано в другую организационно-правовую форму), притом что то имущество, которым оно владело, остается в принадлежности прежнего собственника – государства или муниципального образования. Тем самым судьба субъекта не затрагивает судьбы объекта, который, становясь свободным от прав учреждения здравоохранения и оставаясь обремененным прежним назначением, является доступным для передачи в аренду медицинским организациям вне зависимости от форм собственности и организационно-правовых форм (33, 89, 88). Отсюда необходимо создание фонда содержания объектов здравоохранения.

Будучи социально-ориентированной, медицинская деятельность – не для пополнения казны. Задачей органов управления здравоохранением является следить за состоянием общественного здоровья, за тем, чтобы медицинские организации обеспечивали свою рентабельность, и за тем, чтобы себестоимость производства ими медицинских услуг не ложилась бременем на оплачивающую эти услуги казну. Эти три внешне взаимоисключающие задачи на самом деле совместимы при использовании экономических рычагов. Государство может возвращать из казны часть арендной платы, создать для хозяйствующих субъектов в области охраны здоровья режим налоговых льгот и т.д. (108). Для этого необходим отдельный фонд экономических компенсаций.

Напротив, в ходе реформирования часть функций здравоохранения, являющихся для него непрофильными, должна отойти к другим ведомствам.

Организацию судебно-экспертной (судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз), а также прозекторской (патологоанатомической) службы следует передать в ведение Минюста (в Интернет-обращениях к Президенту России (25) предложено эту сферу деятельности передать в ведение прокуратуры, как в Белоруссии, однако в России судебная экспертиза в целом – пока кроме медицинской – находится в ведении Минюста). Судебно-экспертная и прозекторская служба служит обеспечению нужд не общества, а государства. Ни судебно-экспертная, ни прозекторская деятельность не относится к числу мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья (21, ст. 1).

Равным образом, санитарно-эпидемиологический надзор не обслуживает потребности медицинской деятельности и не ориентирован только на нее, а потому в силу со своей всеобщности требует передачи в ведение прокуратуры.

Организация скорой помощи в существующем виде милитариоидного института мобилизационной готовности следует передать в ведение МЧС, как это предложено гражданами в Интернет-обращениях к Президенту России (25), подобно переводу пожарной службы из ведения МВД, либо свести к числу услуг массового спроса в качестве парамедицинской службы перевозки.

Характеристиками непрофильных для здравоохранения функций являются:

- обеспечение государственных, а не общественных нужд;
- выход за масштабы медицинской деятельности;
- мобилизационная готовность.

В целом, структурирование фондов по форме финансирования позволяет выделить 11 направлений фондирования:

1. Фонд выплат социальных льгот, пенсий и компенсаций (пенсионно-льготный фонд).
2. Фонд оплаты социальных услуг (социальный фонд), включая оплату услуг ухода и выхаживания.
3. Фонд оплаты мониторинга здравоохранения (мониторинговый фонд):
  - 3.1. Фонд оплаты медико-социального мониторинга, включая финансирование медицинской статистики и медико-социальной экспертизы.
  - 3.2. Фонд оплаты экономического мониторинга, включая финансирование статистики экономического оборота в здравоохранении.
4. Фонд оплаты медицинских услуг массового спроса (медицинский фонд массового спроса).
5. Фонд оплаты медицинских услуг особого спроса (медицинский фонд особого спроса).
6. Фонд оплаты реабилитационно-оздоровительных услуг (рекреационный фонд), включая оплату услуг в области курортного дела, реабилитации, в т.ч. инвалидов и оказания им протезно-ортопедической помощи.
7. Фонд поощрения профилактики заболеваний (бонусный фонд).
8. Фонд экономических компенсаций (компенсационный фонд).
9. Фонд содержания объектов здравоохранения (обеспечительный фонд).
10. Фонд финансирования необоротной медицинской помощи (необоротный фонд), включая донорство крови, трансплантацию органов и тканей человека.
11. Фонд финансирования изысканий новых медицинских технологий (медико-инновационный фонд).

Кроме фондирования по направлениям финансирования здравоохранения (т.е. распределения средств казны на цели освоения, размещения между хозяйствующими субъектами) необходимо создать механизм воспроизводства депонированных в едином медико-социальном фонде средств на период их невостребованности.

Поскольку единый медико-социальный фонд в ведении Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию должен быть размещен в кредитно-финансовом учреждении, постольку возникает вопрос, должен ли он находиться в ведении казначейства. Очевидно, нет, поскольку представляет собой неотработанный вал тех средств, которые предназначены для освоения в соответствии с законом о бюджете на очередной год и распределены под эти цели (потенциально использованы). На период нахождения в

состоянии неотработанного вала (на период их невостребованности) эти средства могут участвовать в самовоспроизводстве для нужд здравоохранения, для чего должны находиться на банковских счетах под контролем операций с ними со стороны Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

Размещение этих целевых средств на банковских счетах предъявляет особые требования к банку.

Это может быть сеть существующих банков, вклады Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию в которые должны быть застрахованы на условиях полной их сохранности. Однако и это не уберегает средства единого медико-социального фонда от рисков.

В связи с этим возможно создание под особые гарантии государства на условиях золотой акции (с участием в качестве учредителя единственного государства) специально для этого предназначенного акционерного коммерческого банка медико-социального развития.

Поскольку экономику социальной сферы от экономики промышленности, строительства, торговли и т.д. отличает социальная проявляемость экономической деятельности, постольку ее характеристикой является интенсивность экономического оборота: чем он выше, тем выше прямой социальный эффект деятельности хозяйствующих субъектов в социальной сфере (107). В здравоохранении объем потребления составляет сотни и тысячи миллиардов рублей, а объем воспроизводства (платных медицинских услуг) исчисляется лишь десятками миллиардов рублей, притом что именно оборот платных услуг является выражением экономики (товарообмена) в здравоохранении (9). Задача, которая встает перед организацией здравоохранения в современных условиях, это – достижение необходимой развитости оборота в области охраны здоровья в той мере, в какой от этого зависит достижение необходимого социального результата. Пока оборот в области охраны здоровья не развит, нельзя ожидать, что имущественные результаты деятельности хозяйствующих субъектов принесут социально-полезные плоды. Показателем развития оборота является концентрация производства. Концентрация производства в области охраны здоровья в стабильных условиях обуславливает концентрацию воспроизводимого в ней капитала. Создание условий для воспроизводства капитала влечет развитие обеспечительной (вспомогательной, вторичной) инфраструктуры рынка товаров, работ и услуг медицинского назначения. Если развивается такая инфраструктура, то расширяется воспроизводство сопутствующей продукции и дополнительного капитала, концентрирующегося в области охраны здоровья. Все это приводит к такой интенсивности конкуренции, которая обеспечивает снижение цен до стабильного уровня, расширение ассортимента предложений и нахождение в обороте только добросовестных хозяйствующих субъектов и высококачественной продукции (104).

Создание акционерного коммерческого банка медико-социального развития позволяет привлечь к обслуживанию в нем хозяйствующих субъектов, осуществляющих деятельность в практическом здравоохранении. Привлекательность такого обслуживания обеспечат банковские ставки ниже, чем в других банках.

Тем самым достигается концентрация финансовых средств, обращающихся в сфере здравоохранения и социального развития, в едином финансово-кредитном учреждении, созданном государством.

В целом, создание единого медико-социального фонда в ведении Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию и специализированного акционерного коммерческого банка медико-социального развития делает возможным концентрацию ка-

питалов в здравоохранении и стимулирование экономического оборота в отрасли, а разделение единого медико-социального фонда по направлениям финансирования позволяет охватить весь спектр потребностей практического здравоохранения и граждан.

### **Подраздел 6.2.2. Переход к персонализированному фондодержанию средств государственного финансирования здравоохранения<sup>45</sup>.**

Понятие фондодержания в российское здравоохранение пришло из Великобритании (67). Звено первичной медицинской помощи в Великобритании представлено общими врачебными практиками (ОВП) — групповыми или индивидуальными. ОВП являются независимыми некоммерческими структурами. В большинстве случаев врач (или группа врачей) владеют своей практикой (помещением, оборудованием) на праве собственности. Они нанимают остальной персонал. ОВП оказывает помощь и взрослому населению (в том числе гинекологическую), и детям. Лишь в редких случаях ОВП арендуют помещение для своей работы. Обычно ОВП почти не имеет никакого специализированного оборудования. Все исследования, обследования, консультации специалистов производятся в госпиталях, где существуют значительные (до нескольких недель) очереди. Врачи общей практики строят свою деятельность на основе индивидуального контракта с органами управления здравоохранением. Форма контракта является единой для всей страны.

Различаются практики двух типов — обыкновенные ОВП и ОВП-фондодержатели. Практики первого типа получают средства только на оказание первичной помощи собственными силами, тогда как практики второго типа получают от государства финансовые фонды и для закупки части вторичной помощи (вторичная медицинская помощь, в том числе, значительная часть услуг наших поликлиник, оказывается в госпиталях). ОВП тесно взаимодействуют с сестринской службой ухода за пациентами, весьма развитой в Великобритании.

В ходе реформы несколько расширены права большинства государственных учреждений здравоохранения (госпиталей, служб по уходу), называемых трастами. Трасты организационно независимы от местных органов управления здравоохранением и напрямую подчинены Минздраву, который назначает руководство. В то же время трасты поставлены в жесткую финансовую зависимость от муниципальных управлений здравоохранением, покупающих (оплачивающих) большую часть их услуг.

Опыт Великобритании значим, но мало применим к российской действительности.

Прежде всего в Великобритании нет учреждений здравоохранения. Вместо них существуют врачебные практики, имеющие форму некоммерческих корпораций (юридических лиц) и основанные на праве собственности (вне зависимости от того, имеют они в собственности помещения и оборудование или арендуют их), либо хозяйствующими субъектами — с которыми возможны договорные отношения — выступают сами врачи (по аналогии с отечественной действительностью — в качестве предпринимателей без образования юридического лица).

Кроме того, в Великобритании существует понятие траста (фондодержание — это тоже траст в отношении денежных средств). Траст (доверительная собственность) — институт англо-американского права; особая форма собственности, переданная ее учредителем (сеттлором, попечителем) доверительному собственнику, который управляет ею в поль-

---

<sup>45</sup> Тихомиров А.В. Переход к персонализированному фондодержанию средств государственного финансирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. — 2006. - № 5. — С.18-23.

зу некоторого другого лица (бенефициара). При этом попечитель является юридическим владельцем собственности, а бенефициар имеет справедливую долю в доходах от этой собственности. Траст может возникнуть либо на основании добровольного соглашения лиц, либо устанавливается по закону. Доверительный собственник управляет:

- переданной ему собственностью только в соответствии с целями, указанными учредителем;
- в пользу выгодоприобретателей (бенефициариев).

Траст – это своего рода расщепление права собственности, невозможное в континентальной (в том числе в российской) системе права. По крайней мере, в Германии понятие фондодержания получило не связанное с трастом значение договорного выгодоприобретения.

Попытка ввести в российскую правовую систему несвойственный ей институт траста имела место (115) и завершилась возникновением института доверительного управления имуществом (119, гл.53). Иными словами, в российской правовой действительности траст невозможен, но есть доверительное управление имуществом, принципиально отличное от траста. И любого рода построениям отношений по образцу траста противостоят правила о доверительном управлении имуществом. Не могут быть самостоятельным объектом доверительного управления деньги, за исключением случаев, предусмотренных законом (119, п.2 ст.1013).

Кроме того, поскольку речь идет о государственных средствах финансирования здравоохранения, их движение подчиняется правилам бюджетного процесса. Бюджетный процесс - регламентируемая нормами права деятельность органов государственной власти, органов местного самоуправления и участников бюджетного процесса по составлению и рассмотрению проектов бюджетов, проектов бюджетов государственных внебюджетных фондов, утверждению и исполнению бюджетов и бюджетов государственных внебюджетных фондов, а также по контролю за их исполнением (122, ст.6). В бюджетном процессе осуществляется право публичного собственника (государства, муниципального образования) в части правомочия распоряжения собственностью, в том числе денежными средствами. Фондодержание по смыслу бюджетного законодательства – это распоряжение денежными средствами государственного финансирования здравоохранения. И этот смысл не меняется от того, что речь идет о средствах внебюджетного государственного фонда обязательного медицинского страхования.

Полномочия собственника в части распоряжения средствами казны осуществляют государственные и муниципальные органы. Но если полномочия главного распорядителя (122, ст.158) и распорядителя (122, ст.159) бюджетных средств осуществляют соответственно органы государственной власти Российской Федерации, имеющие право распределять средства федерального бюджета по подведомственным распорядителям и получателям бюджетных средств, определенный ведомственной классификацией расходов федерального бюджета, и органы государственной власти или органы местного самоуправления, имеющие право распределять бюджетные средства по подведомственным получателям бюджетных средств, то полномочия распорядителей средств внебюджетных фондов осуществляют финансово-кредитные учреждения (такие как Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования), не имеющие статуса государственных органов.

Фондодержание — способ оплаты и механизм финансирования медицинской помощи, разработанный в ходе эксперимента по внедрению нового хозяйственного механизма

(НХМ) здравоохранения. Суть его заключается в том, что амбулаторно-поликлиническое звено (звено первичной медицинской помощи, ОВП) получает в свое распоряжение финансовые средства (финансовые фонды) не только на собственное содержание, но и на оплату услуг, оказанных прикрепившимся к нему пациентам в других медицинских учреждений. Учреждение или подразделение, получившее эти средства, называется фондодержателем. Фондодержатель заинтересован в рациональном расходовании финансовых средств, поскольку часть экономии этих средств может использовать на экономическое и социальное развитие и материальное стимулирование. Различают частичное или полное фондодержание. При полном фондодержании фондодержатель имеет в своем распоряжении средства на оплату всего объема медицинских услуг, оказываемых за пределами учреждения. Такая схема применялась в НХМ. При частичном фондодержании фондодержатель имеет средства на оплату лишь части помощи (например, только специализированной амбулаторной помощи) (40) и является распорядителем закрепленных за ним финансовых средств (131, С.27). Служба врача общей практики (семейного врача), работающая на основе полного фондодержания, оплачивает стационарную помощь, скорую помощь, услуги врачей-специалистов, работающих в поликлиниках, и собственную работу (131, С.27).

Иными словами, фондодержание в бюджетно-правовом значении связано с передачей функций распорядителя государственных средств финансирования практического здравоохранения учреждению здравоохранения или даже его подразделению; в гражданско-правовом значении фондодержание – это доверительное управление денежными средствами, что в отсутствие разрешения закона прямо им запрещено. При этом не приводится, во-первых, деления этих средств на бюджетные и из внебюджетных фондов; во-вторых, оснований (по принадлежности или по договору) передачи этих средств в ведение ОВП в положении учреждений здравоохранения или его подразделения.

Если фондодержание распространяется на средства государственных внебюджетных фондов, то наделение функциями распорядителя этих средств ОВП не находит правовых оснований. Если же фондодержание распространяется на бюджетные средства, то ОВП, выступая в качестве распорядителя этих средств, т.е. на правах государственного или муниципального органа, осуществляет при этом функции хозяйствующего субъекта, притом что запрещается совмещение функций федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления с функциями хозяйствующих субъектов, а также наделение хозяйствующих субъектов функциями и правами указанных органов, в том числе функциями и правами органов государственного надзора, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации (16, п.2 ст.7).

Если фондодержание возникает в силу передачи соответствующих средств собственником созданному им учреждению (в том числе и целевым назначением для его подразделения), то на него распространяются правила о задании собственника (119, п.1 ст.298), если же – в силу договора, то на него распространяются правила о свободе договора (119, ст.421) и о подчинении правоотношения, оформляемого договором, императивным требованиям закона (119, ст.422), т.е. о виде договора. Будучи основано на договоре, фондодержание является вариантом агентирования (119, гл.52).

Без решения этих вопросов в пилотном проекте структурных изменений в сфере здравоохранения уже расставлены приоритеты: полный тариф при одноканальном финансировании, частичное фондодержание и смещение финансово-организационного акцента на амбулаторно-поликлиническое звено, когда денежные средства на прикрепленное на-

селение перечисляются врачу общей практики, на которого ложится обязанность через страховую компанию из специально созданного фонда рассчитываться с привлекаемыми узкими специалистами.

Очередной раз возникает вопрос, что возобладает в здравоохранении: право или привычная целесообразность текущего момента.

Одноканальность финансирования здравоохранения означает, что средства поступают из одного источника с единым правовым режимом распоряжения. Поскольку именно возникновение внебюджетных фондов раскололо единый в прошлом бюджетный режим распоряжения государственными средствами, для центростремительной одноканальности финансирования здравоохранения необходимо упразднение внебюджетных фондов. Альтернативой этому является центробежный вывод правового режима внебюджетных фондов из-под действия бюджетного законодательства, т.е. партикуляризация внебюджетных фондов, а с этим – утрата государством возможности управления этими фондами.

Фондодержание в предлагаемом виде означает, что если в настоящее время механизм оплаты медицинских услуг устроен так, что через сеть посредников (страховщиков) государство платит гражданам оказанием медицинских услуг принадлежащими ему учреждениями здравоохранения (26), то при переходе к фондодержанию государство станет расплачиваться с гражданами деятельностью (услугами) специально уполномоченного агента-диспетчера (ОВП), занимающегося медицинской сортировкой и расчетами через страховые медицинские организации со специалистами за предоставляемые ими медицинские услуги, не чуждого попутно по мелочи и самому обозначить свое участие в лечебно-диагностическом процессе, по оплате притязая на ведущую в нем роль. Если в настоящее время учреждения здравоохранения находятся в режиме ожидания финансирования и его увеличения, то при переходе к фондодержанию этот режим унаследуют общеврачебные практики.

Между тем, государство, оплачивая медицинские услуги в пользу граждан, выступает не на стороне исполнителя, а на стороне заказчика (119, ст.430) – на той же стороне, на которой позиционируются и граждане как получатели этих услуг: договором в пользу третьего лица признается договор, в котором стороны установили, что должник (медицинская организация) обязан произвести исполнение не кредитору (государству), а указанному или не указанному в договоре третьему лицу (гражданину), имеющему право требовать от должника исполнения обязательства в свою пользу. Отсюда, поскольку носителем прав требований к медицинской организации по платежам государства является гражданин (26) как получатель медицинских услуг, постольку именно ему надлежит быть распорядителем предназначенных для него средств финансирования практического здравоохранения, т.е. фондодержателем.

Иными словами, фондодержание от исполнителя медицинских услуг должно перейти к их получателю. В той мере, в какой функция распоряжения бюджетными средствами (средствами казны) распадается на (110) распределение в бюджетном процессе и распределение за пределами бюджетного процесса, первое остается функцией государственных и муниципальных органов, а второе (размещение между хозяйствующими субъектами) становится полномочием фондодержателя, гражданина.

Вопрос лишь в том, в каком механизме это полномочие гражданина может эффективно осуществляться.

В числе Интернет-обращений к Президенту России (2006 г.) были предложения граждан (25) ввести систему личного счета, чтобы гражданин отчислял не в общий фонд, а на



личный счет, и при этом во время получения медицинской помощи мог воспользоваться этим счетом:

- создать счет на каждого человека, подобно полису пенсионного страхования, на который помимо текущих выплат по медицинским услугам предприятия-работодатели будут пересылать какую-то сумму, например, 5% от зарплаты, в накопительный фонд. Понадобились деньги на, скажем, операцию – человек воспользовался своим счетом. Не хватило – добавил какую-то сумму.

- создать каждому гражданину России счет, куда перечисляются деньги с заработной платы плюс деньги из ФОМС;

- налоговые отчисления, идущие в сферу здравоохранения, не складывать в “общий котел”, а каждому перечислять на свой лицевой счет, с которого их можно будет расходовать только на лечение и сопутствующие услуги, и люди смогут самостоятельно выбирать, где им лучше лечиться;

- почему не сделать медицинский фонд накопительным, когда понадобятся, этими средствами можно будет воспользоваться в медицинских целях; деньги, которые платятся в медицинский фонд, пускай накапливаются на личных счетах, откуда можно будет тратить их на лечение себя и близких;

- чтобы часть денег, перечисляемых работодателем в фонды медицинского страхования, зачислялась на персональный счет человека, и человек сам мог решать, где и на что ему лечиться – чтобы получить полис один раз (как номер ПФР), а уже разные работодатели перечисляли бы на него деньги;

- применить практику родовых сертификатов, когда граждане могут сами выбирать учреждение здравоохранения, а зарплата врачей зависит от численности обратившихся граждан; создание же конкуренции будет способствовать улучшению качества медицинского обслуживания;

- раздавать накопительные сертификаты и человек по мере необходимости будет сам выбирать поликлинику или больницу;

- переводить те деньги, которые организация отчисляет (ЕЧН в фонды соцстрах и пенсионный, ФФОМС, ТФОМС и т.д.), работнику на его личную медицинскую пластиковую карту, по которой он мог бы оплатить своё лечение;

- притом что есть деление пациентов медицинских учреждений на имеющих и на не имеющих полис, нет разницы, кому оказывать услуги, и есть возможность отслеживать работоспособность учреждения хотя бы по данным паспорта пациента, а не по иному документу, которого может и не быть;

- каждому российскому гражданину причитающиеся ему деньги на здравоохранение заносить на персональный счет этого гражданина с возможностью использовать эти деньги в случае необходимости на серьезные операции;

- принять накопительную систему, когда после оплаты 2000 руб. в год остальное оплачивает государство.

Рациональным содержанием этих предложений является то, что, во-первых, каждый гражданин в качестве фондодержателя должен иметь персональный дебетовый медико-социальный счет; во-вторых, на этом счете гражданина должны находиться средства, предназначенные персонально для него; в-третьих, возможность распоряжения этим счетом должна быть воплощена в специальном медико-социальном платежном документе (далее МСПД – сертификате, полисе, пластиковой дебетовой карте и т.д.), позволяющем совершать конклюдентные действия по целевым расчетам с хозяйствующими субъектами.

МСПД – это документ, ассоциированный с гражданством Российской Федерации. Гражданин приобретает право на фондодержание на основании МСПД с момента рождения, и оно сохраняется до момента смерти, т.е. сопутствует правоспособности гражданина. Следовательно, как элемент правоспособности право гражданина на фондодержание на основании МСПД не может быть ограничено, кроме как федеральным законом и только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства (119, п.2 ст.1).

Относительно нерациональным в этих предложениях является создание накопительной системы персонализированного фондодержания. Если речь идет о том, чтобы все денежные средства, поступающие от плательщиков соответствующих взносов, депонировать на персональных счетах того, в расчете на кого они поступили, то нарушается принцип социального перераспределения, когда здоровые платят за больных, имущие – за неимущих, работоспособные – за неработоспособных. Если же речь идет о том, что сам гражданин или третьи лица в его пользу на основании гражданско-правовых сделок пополняют его персональный дебетовый медико-социальный счет, то такая возможность, несомненно, должна быть предусмотрена.

Равным образом, любые доплаты со стороны государства должны носить характер социальных льгот (компенсаций) и выплачиваться в том случае, если гражданин имеет на них право.

МСПД является средством совершения гражданином односторонней сделки, по которой права и обязанности возникают для государства в качестве плательщика и для хозяйствующего субъекта в качестве исполнителя соответствующих услуг. Это означает, что между государством и хозяйствующим субъектом устанавливаются отношения по договору в пользу граждан, обращающихся за получением услуг. Для заключения подобного договора не нужна особая процедура – достаточно присоединения организации к условиям, выдвигаемым государством, сколько и за что оно платит. Тем самым договор в пользу третьего лица (119, ст.430) заключается в форме договора присоединения (119, ст.428). Если условия государства в таком договоре не устраивают хозяйствующих субъектов, они к нему не присоединятся. Задачей государства в качестве плательщика является сделать условия договора выгодными и привлекательными для хозяйствующих субъектов – и по ценам (тарифам), и по встречным требованиям, и по способам оплаты. Задачей хозяйствующих субъектов, присоединившихся к договору с государством, является создать условия для удержания у себя граждан в качестве фондодержателей.

Отношения между государством и хозяйствующими субъектами по оплате медико-социальных предоставлений гражданам (т.е. сколько государство платит хозяйствующим субъектам) складываются за пределами отношений персонализированного фондодержания (между государством и гражданами), для которых имеет значение, за что государство платит хозяйствующим субъектам в пользу граждан, т.е. на что они вправе рассчитывать бесплатно для себя. Иными словами, для целей фондодержания необходимо структурное категорирование выплат по МСПД.

В соответствии со структурой единого медико-социального фонда в ведении Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (110) структурное категорирование выплат по МСПД становится технической задачей.

Наиболее востребованным является оплата медицинских услуг массового спроса. Каждый гражданин должен быть гарантирован, что по его МСПД будет оплачена хозяйству-

ющим субъектам амбулаторная и стационарная медицинская помощь, в которой он может нуждаться. Для выплат такого рода предназначен фонд оплаты медицинских услуг массового спроса.

Граждане, перенесшие те или иные заболевания и нуждающиеся в реабилитации, а также поддерживающие и поправляющие здоровье и активно стремящиеся не заболеть, заинтересованы в получении реабилитационно-оздоровительных услуг (в т.ч. услуг в области курортного дела). Для выплат такого рода по их МСПД предназначен фонд оплаты реабилитационно-оздоровительных услуг.

Нередко граждане заинтересованы в оценке состояния своего здоровья, а перенесшие те или иные заболевания – в оценке его утраты (для установления инвалидности и т.п.). Для оплаты услуг медико-социальной экспертизы и диспансеризации по их МСПД предназначен фонд оплаты мониторинга здравоохранения (фонд оплаты медико-социальной экспертизы).

Установленные законом для соответствующих групп граждан льготы и компенсации, выраженные в покупательной стоимости, должны оплачиваться по МСПД из фонда оплаты социальных льгот, пенсий и компенсаций.

Граждане, находящиеся в стационарах после оперативных вмешательств и по состоянию здоровья не способные к самообслуживанию в домашних условиях, нуждаются в выхаживании и уходе, а инвалиды – в реабилитации и оказании протезно-ортопедической помощи. Такие услуги и работы по их МСПД оплачиваются из фонда оплаты социальных услуг.

Немногие граждане нуждаются в медицинских услугах особого спроса, оплата которых по их МСПД должна производиться из фонда оплаты медицинских услуг особого спроса.

Наконец, отдельные граждане годами не обращаются за медицинской помощью, не используют больничный лист и т.д., ведя здоровый образ жизни и (или) занимаясь оздоровлением, в связи с чем они заслуживают того, чтобы часть сэкономленных за счет этого средств по их МСПД перечислялась из фонда поощрения профилактики заболеваний по их выбору в фонд оплаты социальных льгот, пенсий и компенсаций или в фонд оплаты реабилитационно-оздоровительных услуг на персональный счет.

Таким образом, персонализированное фондодержание предполагает такую структуризацию выплат из единого государственного медико-социального фонда, которая обеспечивает удовлетворение всех базовых потребностей гражданина медико-социального характера по семи основным направлениям финансирования:

- медицинских услуг массового спроса из фонда оплаты медицинских услуг массового спроса;
- реабилитационно-оздоровительных услуг из фонда оплаты реабилитационно-оздоровительных услуг;
- медико-социальную экспертизу из фонда оплаты мониторинга здравоохранения (фонда оплаты медико-социальной экспертизы);
- льгот, пенсий и компенсаций из фонда оплаты социальных льгот, пенсий и компенсаций;
- социальных услуг из фонда оплаты социальных услуг;
- медицинских услуг особого спроса из фонда оплаты медицинских услуг особого спроса;
- поощрений поддержания здоровья из фонда поощрения профилактики заболеваний.

В соответствии с этим каждый гражданин в качестве держателя МСПД волен обращаться в любую медицинскую организацию, с которой могут быть установлены отноше-

ния государства в качестве плательщика, и получать услуги, оплачиваемые в пределах его персонального счета в соответствующем фонде.

По общему правилу, МСПД каждого гражданина должен гарантировать оплату базового набора медико-социальных потребностей в диспансеризации, медицинских услугах массового спроса и социальных услугах в части выхаживания на случай оперативного вмешательства, а также поощрений поддержания здоровья.

Для оплаты реабилитационно-оздоровительных услуг, услуг медико-социальной экспертизы, льгот и компенсаций, услуг социального ухода, медицинских услуг особого спроса нужны соответствующие основания. Такие основания по медицинским показаниям приобретаются по результатам медико-социальной экспертизы, по социальным – в силу имущественного положения.

Статусные права (детей, пенсионеров, инвалидов, страдающих хроническими и малоизлечимыми заболеваниями и т.д.) позволяют отделить особо нуждающихся от работоспособной части общества и дифференцировать оплату базового набора медико-социальных потребностей для разных групп граждан.

Оплата базового набора медико-социальных потребностей должна быть уменьшена лицам, ведущим маргинализированный образ жизни с заболеванием алкоголизмом и другими наркоманиями, ВИЧ-инфекцией, гепатитами и венерическими заболеваниями (его оплата таким лицам – дело благотворительных фондов). Напротив, оплата базового набора медико-социальных потребностей лицам, приобретшим такие заболевания в результате получения медицинской помощи или при исполнении профессиональных обязанностей, должна быть увеличена.

Персонализированное фондодержание позволяет гражданам также пользоваться услугами тех хозяйствующих субъектов, цены на которые выше, чем оплачиваются по тарифам государства. В этом случае желающие самостоятельно доплачивают разницу между ценами хозяйствующих субъектов и тарифами государства.

Кроме того, доплата граждан к тарифам государства по оплате базового набора медико-социальных потребностей может быть введена в том случае, если обращение граждан за получением соответствующих услуг носит характер субъективного пренебрежения объективной необходимостью (например, хождения пенсионеров в поликлинику для утоления недостатка общения).

В результате обращения граждан за медицинской и (или) социальной помощью каждый из них формирует *персональную историю фондодержания*. По ней становится возможным прогнозировать затраты будущих периодов при создании очередного бюджета здравоохранения и социального развития.

Персонализированное фондодержание связано с необходимостью создания *единого государственного медико-социального реестра*:

Мужчины/женщины	Работоспособного возраста	Дети	Пенсионеры
редко обращающиеся за медицинской и (или) социальной помощью			
страдающие хроническими и малоизлечимыми заболеваниями			

маргинального образа жизни			
инвалиды и имеющие право на социальные льготы и компенсации			
нуждающиеся в реабилитационно-оздоровительных услугах			
нуждающиеся в услугах социального ухода			
нуждающиеся в получении медицинских услуг особого спроса			

Отнесение граждан к соответствующей категории в едином государственном медико-социальном реестре означает соответствующие изменения в оплате базового набора медико-социальных потребностей и оплате медицинских услуг особого спроса. Подобное категорирование граждан в едином государственном медико-социальном реестре позволяет также дифференцировать оплату базового набора медико-социальных потребностей и оплату медицинских услуг особого спроса в зависимости от персональной истории фондодержания.

В целом, персонализированное фондодержание решает многие задачи современного финансирования практического здравоохранения. Прежде всего, персонализированное фондодержание – это способ перехода от платы государством через сеть посредников (страховщиков) гражданам оказанием медицинских услуг принадлежащими ему учреждениями здравоохранения к плате государством реальными денежными средствами в пользу граждан выбранным ими хозяйствующим субъектам. Персонализированное фондодержание позволяет осуществлять платежи по медико-социальному платежному документу с персонального счета в едином государственном медико-социальном фонде в ведении Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, начисления на который могут производиться дифференцированно в зависимости от целого ряда влияющих факторов, обуславливающих соответствующие правовые основания. При этом персонализированное фондодержание не ограничивает свободы граждан обращаться в медицинские организации с ценами выше, чем государственные тарифы, с возможностью самостоятельной доплаты. Персональные истории фондодержания граждан дают возможность в совокупности планировать бюджет здравоохранения в целом. Категорирование граждан в едином государственном медико-социальном реестре позволяет дифференцировать оплату базового набора медико-социальных потребностей и оплату медицинских услуг особого спроса в зависимости от персональной истории фондодержания. Персонализированное фондодержание – это путь от уравнительного безразличия государства к нуждам общества к потребитель-ориентированному финансированию практического здравоохранения.

### Подраздел 6.2.3. Диверсификация способов оплаты медицинских услуг<sup>46</sup>.

В настоящее время сложилось два пути финансирования здравоохранения: нетоварный – через отношения принадлежности имущества учреждений здравоохранения государству или муниципальным образованиям и товарный – через оплату оказываемых ими гражданам медицинских услуг. *Источниками* финансирования здравоохранения выступают бюджет (государства или муниципальных образований) и государственные внебюджетные фонды.

<sup>46</sup> Тихомиров А.В. Диверсификация способов государственного финансирования здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.33-37.

Различия этих источников – в основаниях предоставления соответствующих средств.

Из *бюджета* финансироваться могут только учреждения здравоохранения (т.е. созданные не на собственном имуществе организации) и только собственником (т.е. созданные на основе имущества государственной принадлежности – государством, на основе имущества муниципальной принадлежности – муниципальными образованиями). Основанием предоставления учреждениям здравоохранения соответствующих средств является принадлежность их имущества, т.е. титул вещной зависимости учреждения от создавшего его собственника. Для учреждения имеет значение то, что принадлежность ему имущества происходит от принадлежности этого имущества собственнику. Правовые последствия для учреждения вытекают *из отношений с собственником*.

Из *внебюджетных фондов* финансирование происходит на основании договора. Независимо, какой имущественной принадлежности та организация, с которой заключается договор – правовые последствия для нее вытекают *из отношений с другой стороной договора*, а не из бездоговорных отношений принадлежности имущества.

Из первого источника средства государственного бюджета могут поступать только в государственные учреждения здравоохранения (из федерального бюджета – в федеральные, из региональных бюджетов – в республиканские, краевые, областные и городские федерального значения учреждения здравоохранения), средства муниципальных бюджетов – в муниципальные учреждения здравоохранения.

Из второго источника государственные средства финансирования здравоохранения могут поступать равно в федеральные, региональные и муниципальные учреждения здравоохранения, а также в частные медицинские организации.

Это не означает, что в частные медицинские организации средства финансирования здравоохранения не могут поступать из бюджета – такого запрета действующее законодательство не содержит. Более того, размещение государственного заказа на условиях договоров поставки для государственных нужд происходит из средств бюджета, а не внебюджетных фондов.

Это означает лишь то, что в настоящее время не сформированы иные, кроме существующих, *способы* распределения средств финансирования здравоохранения, позволяющие их размещать среди хозяйствующих субъектов вне зависимости от их имущественной принадлежности.

Это означает также, что общим является порядок финансирования из государственных средств на основе договора, позволяющее государству требовать от контрагента встречных представлений (нетоварные отношения принадлежности имущества этого не допускают). Договорный путь – единственно приемлемый для получения взамен вложений государственных средств адекватной отдачи.

А поскольку существует множество видов договоров, оформляющих самые различные отношения, в рамках договорных отношений возможны многочисленные и многообразные варианты финансирования здравоохранения.

Источники и способы финансирования здравоохранения – не одно и то же. Источник определяет происхождение средств такого финансирования (ОТКУДА), способ – пути их распределения (КАК).

Источник государственных средств финансирования здравоохранения один – это государственная казна. Разделение этих средств на происходящие из бюджета и из внебюджетных фондов, произошедшее в угоду целесообразности момента в 90-е годы, не приводит к тому, что они расщепляют казну. Общее между государственным бюджетом и

государственными внебюджетными фондами – то, что они составляют государственную казну.

В настоящее время единственным товарным (договорным) способом (вариантом) финансирования практического здравоохранения является медицинское страхование (в остальном финансирование здравоохранения осуществляется нетоварным способом – через финансирование учреждений здравоохранения по принадлежности имущества государствену или муниципальному образованию).

Страхование - это снижение степени риска посредством его передачи другому лицу. Таким лицом является страховая организация (страховщик), имеющая страхование чужих рисков предметом своей деятельности. Передача ей рисков клиентом осуществляется в расчете на то, что событие, с которым связано отлагательное условие страхового отношения, обладает признаками *случайности* и *вероятности* наступления. Иными словами, такое событие (страховой случай) за период действия страховки может наступить, а может и не наступить. Из факта ненаступления этого события извлекает выгоду страховщик как плату за держание риска. Из факта наступления этого события пользу извлекает клиент (застрахованный и страхователь) как плату за предусмотрительность. В первом случае убытки в размере страхового взноса несет клиент, во втором - в размере страхового покрытия - страховщик. Сумма страхового взноса меньше – обычно неизмеримо – суммы страхового покрытия (возмещения).

Таким образом, страхование - это экономическое отношение, в котором интересы сторон при наступлении страхового случая разнонаправленны, а в отношении его ненаступления совпадают. И, действительно, будет странно, если клиент стремится к наступлению страхового случая или если страховщик стремится к возмещению страхового покрытия.

Страховым случаем по соглашению сторон может быть признано любое событие, с которым без законных ограничений связан *наличный* и *действительный* риск. Применительно к медицинским услугам таким риском может являться заболевание или получение травмы, потеря или утрата функции части тела или органа, определенное состояние, смерть, т.е. возможное обратимое или необратимое расстройство здоровья.

Страхование на случай, если такое произойдет, называется личным страхованием. И страховка в этом случае выступает как имущественное возмещение понесенного ущерба, которое может быть направлено на фактическое его покрытие - на медицинскую помощь и реабилитацию. Однако клиент волен не использовать сумму страхового возмещения на эти нужды: он может ее обратить на другие цели или не обращать ни на какие по своему усмотрению.

Тот же страховой случай (расстройство здоровья), страховое покрытие при наступлении которого имеет целевое назначение, относится к другому виду страхования - медицинскому. Медицинское страхование является имущественным обеспечением (денежным покрытием затрат) процесса лечения на случай заболевания или получения травмы клиентом. Иными словами, медицинская страховка позволяет не думать о том, что у клиента не хватит денежных средств на лечение, если случится непредвиденная в том потребность. Получает соответствующее финансовое обеспечение на покрытие своих затрат медицинская организация. Клиент не получает ничего, однако никаких средств и не тратит, если недостаточно страхового покрытия (97, С.168-169).

Опыт медицинского страхования в России оказался неудачным.

Во-первых, в отечественном варианте медицинское страхование изначально лишено страхового содержания.

Объект обязательного медицинского страхования законом не установлен, а объектом добровольного медицинского страхования признан «страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая» (17, ст.3). Объектом страхования является не риск наступления страхового случая, а риск последующих затрат на оказание медицинской помощи. В соответствии с такой формулировкой страховой случай и страховой риск – разные вещи, когда страховой случай обуславливает страховой риск, не являясь таковым. Между тем именно риск наступления страхового случая служит основанием страхового покрытия, а не некий вторичный риск, следующий за наступлением страхового случая. Если же затраты обуславливает именно вторичный риск, то исключительно он и должен определять страховой случай. Существующая формулировка закона противопоставляет риск заболевания, отравления или травмы (страховой случай) происходящему из него риску затрат на оказание медицинской помощи (страховому риску) притом, что какой риск покрывается страховой, не ясно.

Страхование основано на случайности и вероятности события, относительно которого не известно, наступит оно или не наступит, и страхователь производит малую оплату страховщику за держание риска того, что при ненаступлении страхового случая страхователь поступится этой суммой, а при его наступлении поступится страховщик, но значительно большей суммой, которая чрезмерна для застрахованного, если бы ее пришлось выплачивать ему. Если страхователь оплачивает страховщику держание риска в той сумме, в которой страховщик обязан выплатить при наступлении страхового случая и (или) которая вполне по силам застрахованному без страхования, то оно представляет собой не более чем финансовое посредничество при товарообмене. Именно таким и является медицинское страхование (равно обязательное и добровольное) в отечественном варианте: страховщик не поступается ничем, не держа никаких рисков, а страхователь выплачивает ему стоимость медицинских услуг, которая – за вычетом интереса страховщика – поступает их исполнителю.

Без ясности, какие и чьи правомерные интересы страхуются от каких рисков, которые держит страховщик и которые передает ему страхователь в пользу застрахованного, страхование невозможно.

Во-вторых, в отечественном варианте медицинское страхование изначально лишено структуры отношений страхования.

Страхователями при обязательном медицинском страховании признаются: для неработающего населения - Советы Министров республик в составе Российской Федерации, органы государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация; для работающего населения - предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, и лица свободных профессий; при добровольном медицинском страховании страхователями выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или (и) предприятия, представляющие интересы граждан (17, ст.2). Выступая страхователями при обязательном медицинском страховании, перечисленные субъекты производят обязательные<sup>47</sup> налоговые платежи в государственную казну (фонды ОМС), из которой эти платежи поступают в страховые медицинские организации, а впоследствии – в медицинские организации, т.е. учреждения здравоохранения (в некоторых регионах – непосредственно из фондов и их филиалов). Тем самым за субъектами, обязанными производить налоговые платежи по закону, признается договорный

---

<sup>47</sup> но при этом на договорной основе – 17, ст.4, т.е. добровольно-принудительно



статус страхователей, притом что перед кем в качестве страховщиков и в качестве застрахованных этот статус действителен, неизвестно. По существу, страхователями признаются налогоплательщики.

Статус страховщика определен следующим образом: страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием (17, ст.2).

Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования создаются Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения. Фонды обязательного медицинского страхования предназначены для аккумулирования финансовых средств на обязательное медицинское страхование, обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение (17, ст.12). С одной стороны, законом фондам ОМС не придается статус страховщика (17, ст.2), и финансирование ими в некоторых регионах медицинских организаций непосредственно или через филиалы является незаконным, формируя практику обращения прокуратуры в суд по этому поводу. С другой стороны, фонды ОМС по существу выполняют функции страхователя от имени государства, будучи созданы «для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования» (17, ст.12).

Тем самым структура отношений страхования, соответствующая законодательству о медицинском страховании складывается иначе, чем предусмотрено действующей правовой доктриной.

Без исчерпывающей формальной определенности, кто позиционируется на какой стороне договора страхования, невозможны отношения по этому договору.

В-третьих, в отечественном варианте медицинское страхование изначально лишено баланса экономических интересов.

Страховой механизм оплаты медицинских услуг позволяет финансировать деятельность медицинских организаций. Вместе с тем медицинское страхование предназначено для минимизации риска неподъемных для гражданина затрат на случай заболевания и возникновения потребности в медицинской помощи. Вопрос в том, какие приоритеты законодательно устанавливаются в государстве, в том числе перед системой медицинского страхования: удовлетворения потребностей гражданина по состоянию его здоровья или исключение вероятности неоплаты медицинской помощи по финансовой несостоятельности пациента? В первом случае центральной фигурой страхового механизма является гражданин, во втором - медицинская организация. Повсеместно принято исходить из законных интересов гражданина. Так сложилась страховая медицина. В противном случае медицинское страхование существует ради самого себя. Ибо ни благо пациента, ни запросы медицинской организации, предоставляющей пациенту соответствующие услуги, не будут учитываться, если финансовые интересы страховой организации заключаются в том, чтобы по максимуму взять и по минимуму отдать. В этом случае основной задачей страхования становится депонирование денежных средств, а отсюда - препятствование их движению. В цивилизованном мире давно понято, что для страховых организаций привлекательность соблюдения законных интересов пациентов тем меньше, чем больше довлеющая сила сберечь так или иначе от них полученное (97, С.18-19).

Кроме того, смещение интересов от плательщика и исполнителя медицинских услуг к страховщику означает, что эти интересы удовлетворяются средствами государственной казны. Действительно, на пути движения денежных средств от государственной казны, через государственные внебюджетные фонды, к государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения функции финансового посредничества в форме медицинского страхования осуществляют частные коммерческие организации.

Без сопоставления интересов, без выяснения, какие из них являются противоположными, без видения, какие интересы являются ведущими и как они сказываются на остальных в соответствующих отношениях, нельзя создать работоспособную модель их правового регулирования.

В отечественном варианте сочетание здравоохранения и медицинского страхования несовместимо. Медицинское страхование как промежуточное звено между плательщиком и получателем денежных средств действует не в интересах того и другого, а исключительно в своих интересах. Неденежные интересы других участников (застрахованных пациентов) им вообще не учитываются и, если используются, то – как инструмент денежных бенефиций – для начисления штрафных пени в свою пользу. Более того, медицинское страхование разобщает встречные интересы медицинских организаций и граждан, пациентов: медицинские организации ограничиваются обязанностями перед страховщиками, а граждане лишаются прав требований, кроме как из причинения вреда. По-существу, медицинское страхование способствует формированию безответственного здравоохранения и калечащей медицины. Оно не в состоянии обеспечить ни реформирования, ни развития здравоохранения.

Лишь исключение финансового посредничества обусловит развитие страхования в здравоохранении. Это – личное страхование.

По договору личного страхования одна сторона (страховщик) обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (страхователем), выплатить единовременно или выплачивать периодически обусловленную договором сумму (страховую сумму) в случае причинения вреда жизни или здоровью самого страхователя или другого названного в договоре гражданина (застрахованного лица), достижения им определенного возраста или наступления в его жизни иного предусмотренного договором события (страхового случая). Право на получение страховой суммы принадлежит лицу, в пользу которого заключен договор (119, п.1 ст.934).

Применительно к финансированию здравоохранения страховым случаем по договору личного страхования является заболевание, отравление или травма, риск возникновения которых обладает признаками случайности и вероятности. Страховую премию вносит страхователь – сам застрахованный или третье лицо в его пользу, в том числе и государство. При наступлении страхового случая страховую сумму получает лицо, названное в договоре страхования.

Возможны два варианта:

1. Право на получение страховой суммы принадлежит застрахованному лицу.

По общему правилу (119, ст.934) договор личного страхования считается заключенным в пользу застрахованного лица.

2. Право на получение страховой суммы принадлежит выгодоприобретателю, отличному от застрахованного лица (119, п.2 ст.934).

Договор личного страхования считается заключенным в пользу застрахованного лица, если в договоре не названо в качестве выгодоприобретателя другое лицо, в том числе не

являющийся застрахованным лицом страхователь. Если страхователем выступает государство, то оно может быть таким выгодоприобретателем по договору, и от его имени может выступать соответствующий государственный орган (применительно к здравоохранению – Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию).

Подобная необходимость возникает постольку, поскольку в случае смерти лица, застрахованного по договору, в котором не назван иной выгодоприобретатель, выгодоприобретателями признаются наследники застрахованного лица (119, п.2 ст.934). Если государство выступает страхователем в пользу гражданина в части оплаты необходимой именно для него медицинской помощи, то оно не заинтересовано, чтобы выделяемыми ему денежными средствами целевого назначения могли воспользоваться по праву родства лица, непричастные к его заболеванию и лечению. Право на получение таких средств неразрывно связано с личностью застрахованного, и в случае смерти застрахованного выгодоприобретателем по договору вполне может быть государство.

Договор личного страхования в пользу лица, не являющегося застрахованным лицом, в том числе в пользу не являющегося застрахованным лицом страхователя, может быть заключен лишь с письменного согласия застрахованного лица. При отсутствии такого согласия договор может быть признан недействительным по иску застрахованного лица, а в случае смерти этого лица по иску его наследников (119, п.2 ст.934). Чтобы было соблюдено условие о том, что в случае смерти застрахованного выгодоприобретателем выступает государство, а наследники лишаются соответствующих прав притязаний, оно должно быть отражено в договоре и скреплено подписью застрахованного лица.

В целом, личное страхование является адекватной альтернативой медицинскому страхованию, имеющей страховой смысл и порождающей страховую медицину. Это не означает, что личное страхование является альтернативой медицинскому страхованию как единственному способу финансирования практического здравоохранения. Страхование применимо, во-первых, действительно, только в практическом здравоохранении; во-вторых, наряду с другими способами его финансирования. В практическом здравоохранении страхование является одним из вариантов финансирования (110, 111), а помимо него – применения не находит.

Отсюда возникают следующие вопросы:

1. в каких сферах практического здравоохранения применимо страхование;
2. какие возможны другие варианты финансирования практического здравоохранения, помимо страхования;
3. какие существуют варианты финансирования здравоохранения вне рамок практического здравоохранения.

Страхование (личное страхование пациентов) как способ финансирования практического здравоохранения имеет смысл в тех случаях, когда наступление страхового случая (заболевания, отравления, травмы) может прогнозироваться с малой статистической вероятностью в популяции застрахованных. Тогда страховая сумма при его наступлении у немногих может быть большой при малой страховой премии, оплаченной за всех. Личное страхование применимо при оплате медицинских услуг не массового, а особого спроса.

Государство в качестве страхователя в пользу граждан оплачивает небольшую страховую премию за каждого в популяции, а при наступлении страхового случая у немногих получает в качестве выгодоприобретателя от страховщика в расчете на каждого из них соответствующую крупную страховую сумму. Интерес страховщика – даже если страховые выплаты сравнимы с суммой страховых взносов – состоит в возможности оборота

крупных сумм на протяжении страхового периода. Интерес страхователя (государства) заключается в том, что – несмотря на возможность экономии страховщика при ненаступлении страхового случая со статистической вероятностью – на страховщика ложатся риски превышения страховых выплат над суммой страховых взносов. Интерес застрахованных (граждан) – в том, что, не поступаясь ничем, они получают в случае необходимости возможность адекватной оплаты особо дорогостоящей медицинской помощи.

Возможны дотации из государственной казны на покрытие убытков страховщика либо на доплату исполнителю медицинских услуг при возникновении страховых случаев, требующих особо крупных затрат.

Оплата медицинских услуг массового спроса не может быть основана на страховании, поскольку вероятность возникновения массовых заболеваний, отравлений и травм высока настолько, что признаками случайности обладает их избежание, либо поскольку на фоне обычно незначительной вероятности их возникновения ее существенно повышает сочетание факторов случайности в особых условиях (эпидемия, гололед и т.д.).

Медицинские услуги массового спроса могут оплачиваться по факту обращения. В принципе, те медицинские услуги, которые имеют устойчивую стоимость (например, диагностические или лечебно-реабилитационные) и оказываются в порядке акцессорного дополнения к штатному режиму оказания медицинской помощи, могут оплачиваться также в порядке социального заказа.

Услуги по уходу и выхаживанию пациентов при оказании медицинских услуг равно массового и особого спроса в силу различий характера должны оплачиваться отдельно и могут оплачиваться другим способом. Это, во-первых, повременная оплата; во-вторых, вне связи с использованием многообразной аппаратуры и дорогостоящего оборудования; в-третьих, с учетом трудозатрат и (или) квалификации их исполнителей. Оплата таких услуг может быть унифицирована по соответствующим категориям или другим номинациям, а потому – в силу заведомо известной и устойчивой стоимости этих услуг – может быть вынесена на конкурс в порядке социального заказа.

В особом порядке должна финансироваться реабилитация инвалидов и оказание им протезно-ортопедической помощи. Такого рода услуги и работы, требующие повышенной индивидуальности применительно к инвалидизирующей патологии, должны оплачиваться с повышающим коэффициентом. В их обслуживании вне границ инвалидизирующей патологии разницы с другими гражданами быть не должно.

В отличие от услуг объективной востребованности услуги субъективной востребованности должны оплачиваться иным способом: реабилитационно-оздоровительные услуги нуждаются в доплате государством к их оплате, производимой самими гражданами. Равно посещения тренажерного зала, групп здоровья, выезд на курорт и т.д. должны оплачиваться самими гражданами при возможном финансовом участии государства.

Таким образом, помимо страхования возможны другие варианты финансирования практического здравоохранения.

Кроме практического здравоохранения, т.е. деятельности по продаже товаров, выполнению работ, оказанию услуг медицинского назначения, в финансировании нуждается то, что его обеспечивает или ему сопутствует. Вопрос лишь в том, ЧТО финансируется, что оплачивается из государственной казны и на каких основаниях.

Если практическое здравоохранение осуществляется в отношениях оказания медицинской помощи гражданам, то чтобы они могли получить эту помощь бесплатно, чтобы медицинская помощь была всеобщей и доступной, чтобы ее оплата была менее обремен-

нительна для государства в качестве плательщика, чтобы здоровый образ жизни, не требующий медицинской помощи, получал все более широкое распространение, необходимо финансирование, соответствующее его предмету.

Одинаковый характер доплат к основной оплате носят компенсаторные выплаты:

- поощрения в виде оплаты гражданам дополнительных услуг, прямых персональных выплат за профилактику заболеваний, ведение здорового образа жизни;
- экономические компенсации медицинским организациям налогов и арендной платы для снижения себестоимости медицинских услуг.

Отдельный предмет оплаты имеет мониторинг в здравоохранении и поиск новых медицинских технологий и т.п. Это – исследовательские работы, научно-практические изыскания. Их оплата подчиняется правилам договора на выполнение научно-исследовательских работ (119, гл.38). По этому договору исполнитель обязуется провести обусловленные техническим заданием заказчика научные исследования, а по договору на выполнение опытно-конструкторских и технологических работ – разработать образец нового изделия, конструкторскую документацию на него или новую технологию, а заказчик обязуется принять работу и оплатить ее. Договор с исполнителем может охватывать как весь цикл проведения исследования, разработки и изготовления образцов, так и отдельные его этапы (элементы) (119, п.п.1-2 ст.769).

Оплачиваемый государством социально-медицинский мониторинг включает проведение исследовательских работ по созданию информационных баз для ведения медицинской статистики и исследовательских работ по оценке индивидуального состояния здоровья граждан (медико-социальной экспертизы).

Оплачиваемый государством экономический мониторинг включает проведение исследовательских работ по созданию информационных баз для ведения статистики экономического оборота в здравоохранении.

Финансируемые государством изыскания новых медицинских технологий состоят в проведении исследовательских работ под соответствующие государственные гранты. Во многом – это венчурные, рискованные проекты. Соответственно, они нуждаются в обязательном страховании рисков (гражданской ответственности, предпринимательских) на всем пути от разработки до внедрения. Будучи застрахованы от рисков, научные исследования – даже в качестве венчурных проектов – становятся привлекательными для внешних инвестиций, обеспечивающих их софинансирование частным капиталом наряду с государственной казной.

В особом порядке должна финансироваться необоротная медицинская помощь, такая как донорство крови, трансплантация органов и тканей человека. Финансирование такой деятельности может происходить на тех же договорных условиях государственных грантов, но в рамках нормативного бюджетирования, т.е. без требований эквивалентной отдачи от вложенных средств и со значительным обеспечительным допуском, т.е. с превышением себестоимости на сравнимую величину для компенсации возможных расходов на выбраковывание материала или на повторение попыток в случае клинических неудач. Обеспечительный допуск может иметь страховое покрытие на условиях сострахования и перестрахования в силу высоких рисков.

Наконец, соответствующим финансированием должно охватываться содержание объектов здравоохранения на новых, договорных условиях. Деятельность муниципальных казенных предприятий здравоохранения на основе таких объектов, состоящая в функциях арендодателя, а также исполнителя немедицинских услуг для арендаторов (субъ-

ектов медицинской деятельности) и пациентов (получателей медицинских услуг у этих субъектов медицинской деятельности), в части, не обеспечиваемой платой за аренду и за такие услуги, должна дотироваться из государственной казны на соответствующих договорных условиях<sup>48</sup>. Это достигается бюджетированием с нормированием прибыли таких предприятий (последнее необходимо для исключения у них соблазна повышать арендную плату и тарифы на услуги). Одновременно для исключения рисков недостачи финансирования по договору необходимо обязательное страхование этого имущества (119, ст.ст.930, 932).

Таким образом, возможности финансирования здравоохранения в целом и практического здравоохранения в частности не сводятся к содержанию по смете за счет бюджета и к оплате медицинских услуг в порядке медицинского страхования и не ограничиваются кругом учреждений здравоохранения и органов управления здравоохранением. В здравоохранении многообразен предмет финансирования, но до настоящего времени его различия не находят применения в организации здравоохранения. Суженный круг субъектов финансирования и отсутствие дифференциации деятельности, необходимой для современного здравоохранения, создают основу для непродуктивного использования средств государственной казны.

## **Раздел 6.3. Реформирование практического здравоохранения.**

### **Подраздел 6.3.1. Субъектно-объектная дихотомия учреждений здравоохранения<sup>49</sup>.**

Хозяйственное положение учреждения здравоохранения – это его положение в отношениях товарообмена и распределения доходов и расходов.

Юридическое положение учреждения здравоохранения как участника товарообмена складывается в договорных (119, п.1 ст.779) отношениях с третьими лицами, выступающими заказчиком производимых и реализуемых учреждением здравоохранения медицинских услуг и производящими их оплату.

Юридическое положение учреждения здравоохранения в части распределения доходов и расходов определяется установлениями закона: доходы, полученные от реализации услуг, и приобретенное за счет этих доходов имущество поступают в самостоятельное распоряжение учреждения здравоохранения (119, п.2 ст.298).

Фактическое положение учреждения здравоохранения в отношениях товарообмена и распределения доходов и расходов нормативными актами и действиями государственных и муниципальных органов, в том числе органов управления здравоохранением, сводится к нормативам распределения и потребления полученных доходов – без различия с поступлениями от собственника по смете.

---

<sup>48</sup> под объектами здравоохранения разумея не имущество в принадлежности учреждений здравоохранения, как сейчас, а составляющие материально-техническую базу здравоохранения объекты недвижимости и высокоценное оборудование на их базе, предоставляемые в аренду неопределенному кругу субъектов медицинской деятельности (Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Способы совершенствования хозяйственного положения учреждений здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право, 2004, № 5, С.28-30; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Пореформенные перспективы муниципальных органов управления здравоохранением. //Главный врач: хозяйство и право, 2006, № 2, С.19-25).

<sup>49</sup> Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Способы совершенствования хозяйственного положения учреждений здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 5. - С.28-30.

Наряду с накладными расходами, сопровождающими оказание медицинских услуг, учреждение здравоохранения несет накладные расходы, сопровождающие оказание сопутствующих (размещения, общественного питания, доставки и т.д.) услуг – без различения медицинских и немедицинских услуг.

Наряду с накладными расходами, сопровождающими оказание услуг, учреждение здравоохранения несет расходы по содержанию имущества, переданного собственником – в соответствии с нормативами, без различения доходов и поступлений от собственника по смете.

Переданное учреждению здравоохранения собственником недвижимое (здания и сооружения) и движимое (оборудование, аппаратура) имущество, а также приобретенное за счет доходов другое имущество, не участвующее непосредственно в лечебно-диагностическом процессе, не дифференцируется от имущества, необходимого в этом процессе, составляя в целом единый медико-технический комплекс учреждения здравоохранения.

В результате медико-хозяйственная деятельность (хозяйственная деятельность по оказанию медицинских услуг) учреждения здравоохранения подчинена нуждам медико-технического комплекса в его принадлежности.

Медико-хозяйственная деятельность учреждения здравоохранения охватывает весь находящийся в его принадлежности медико-технический комплекс, а не распространяется только на имущество, обеспечивающее потребности лечебно-диагностического процесса, составляющего существо его уставной деятельности.

В составе имущества учреждения здравоохранения выделяется имущество, поступившее от собственника, и имущество, приобретенное за счет доходов; имущество, обеспечивающее потребности лечебно-диагностического процесса; и имущество другого назначения – как обеспечивающее потребности оказания сопутствующих немедицинских услуг, так и иное, находящееся на содержании учреждения здравоохранения; движимое и недвижимое имущество.

Расходная часть сметы доходов и расходов учреждения здравоохранения складывается как из накладных расходов на содержание имущества, участвующего в обороте медицинских и сопутствующих немедицинских услуг, так и из расходов за счет поступивших от собственника средств на содержание имущества, переданного им учреждению здравоохранения.

А приходная часть сметы доходов и расходов в части доходов лимитирована тарифами и иными нормативами, не обеспечивающими рентабельность учреждения здравоохранения, а в части поступлений от собственника – целевым назначением потребления без права распоряжения ими.

Таким образом, доходы учреждения здравоохранения не покрывают расходов, а перераспределение поступлений от собственника на их покрытие в качестве акта распоряжения имуществом запрещено законом (учреждение не вправе отчуждать и иным способом распоряжаться закрепленным за ним имуществом и имуществом, приобретенным за счет средств, выделенных ему по смете – 119, п.1 ст.298) и является нецелевым использованием этих средств.

В накладных расходах на оказание медицинских услуг доля накладных расходов на оказание сопутствующих немедицинских услуг является определяющей, не будучи определенной (фиксированной и постоянной, находясь к тому же – в отличие от стоимости медицинских услуг – под реальным воздействием конъюнктуры рынка).

Тем самым медико-хозяйственная деятельность учреждений здравоохранения подчинена многофакторным и непрогнозируемым влияниям стоимости немедицинских услуг в

рамках тарифов, не обеспечивающих потребностей воспроизводства медицинских услуг и рентабельности учреждений здравоохранения, будучи ограничена нормативами распределения и запретами перераспределения по статьям расходов.

Допускаемые учреждениями здравоохранения хозяйственные нарушения во многом ведут свое происхождение из сложившейся таким образом организационной конструкции их хозяйственной деятельности: с одной стороны, запрет на распоряжение поступлениями от собственника, с другой – зависимость от финансирования собственником, поскольку нормируемые доходы не оправдывают необходимых расходов.

Если допускаемые учреждениями здравоохранения хозяйственные нарушения в этой части нарушениями не считать, то их хозяйственная деятельность укладывается в рамки распоряжения имуществом казенного предприятия, которое вправе распоряжаться закрепленным за ним имуществом с согласия собственника этого имущества, самостоятельно реализует производимую им продукцию, если иное не установлено законом или иными правовыми актами, а порядок распределения доходов определяется собственником его имущества (119, ст.297).

Однако казенное предприятие является коммерческой, а учреждение – некоммерческой организацией: отсюда способ распределения прибыли различен между ними – если в соответствии с законом казенное предприятие распределяет доходы по усмотрению собственника, то учреждение обращает их на цели reinvestирования осуществляемой деятельности безотносительно усмотрения собственника.

Кроме того, если продукция казенного предприятия не является обремененной целевым назначением, то продукция учреждения здравоохранения (медицинские услуги) имеет такое назначение, которое предусмотрено п.1 ст.41 Конституции Российской Федерации: медицинская помощь оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений в *государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения*.

Тем самым простое преобразование учреждений здравоохранения в казенные предприятия невозможно.

Однако и осуществлять хозяйственную деятельность в рамках формы учреждения как казенные предприятия учреждения здравоохранения без нарушений также не могут, как это показывает практика контрольно-ревизионных проверок их деятельности.

Кроме того, если в отношениях с органами по управлению государственным или муниципальным имуществом деятельность казенных предприятий как государственных и муниципальных коммерческих организаций и ориентирована на извлечение прибыли, и оценивается в качестве предпринимательской, то в отношениях с органами управления здравоохранением деятельность учреждений здравоохранения ориентируется на достижение социального (а не имущественного) результата и признается в здравоохранении, судя по представлениям руководителей учреждений здравоохранения, непредпринимательской, объективно будучи предпринимательской.

Таким образом, проблема хозяйствования учреждений здравоохранения в здравоохранении видится заключенной между:

1. коммерческим и некоммерческим типом организации;
2. предпринимательским и непредпринимательским характером деятельности;
3. социальным и имущественным результатом деятельности.

Между тем объективно эта проблема состоит в:

1. вовлечении в хозяйственный оборот учреждения здравоохранения всего или только



создаваемого за счет доходов имущества;

2. осуществлении хозяйствования в отношении всего медико-технического комплекса или в отношении только имущества, необходимого для осуществления уставной деятельности и обеспечивающего потребности лечебно-диагностического процесса;

3. распоряжении всем медико-техническим комплексом (включая недвижимость) или только необходимым для осуществления уставной деятельности и обеспечивающим потребности лечебно-диагностического процесса движимым имуществом.

Иными словами, в составе единого медико-технического комплекса учреждения здравоохранения часть имущества является непосредственно обеспечивающим потребности лечебно-диагностического процесса. Остальное имущество либо обслуживает потребности получателей медицинских услуг, либо не является вовлеченным в оборот.

Равным образом, в доходах учреждения здравоохранения одна часть происходит от реализации медицинских услуг, а другая часть – от реализации сопутствующих немедицинских услуг.

Тем самым как в составе медико-технического комплекса учреждения здравоохранения, так и в составе доходов выделяются две части: оправдывающая потребности исполнителя медицинских услуг для осуществления лечебно-диагностического процесса и оправдывающая иные потребности:

Медико-технический комплекс	Доходы	
	Медицинские услуги	Немедицинские услуги

Граница между ними является вполне определенной в зависимости от того, обслуживает соответствующее имущество потребности процесса оказания медицинских услуг или оно предназначено для других целей.

Единый имущественный объект состоит из частей, на основе каждой из которых осуществляется не единая и не одинаковая деятельность.

Эту не единую и не одинаковую деятельность осуществляет один субъект (учреждение здравоохранения), которому принадлежит этот единый имущественный объект.

В фокусе единства субъекта и объекта при различиях осуществляемой этим субъектом на основе разных частей этого объекта неодинаковой деятельности сходятся все хозяйственные проблемы учреждений здравоохранения.

Следовательно, целям совершенствования хозяйственного положения учреждений здравоохранения служит разделение либо субъекта, либо объекта, либо того и другого на части, приводящие к единству осуществляемой деятельности.

Эти цели достигаются, если на основе медико-технического комплекса за изъятием имущества, необходимого для оказания медицинских услуг, создается казенное предприятие, призванное осуществлять содержание поступившего от собственника имущества и оказание сопутствующих медицинским услуг, а на основе движимого имущества, необходимого для оказания медицинских услуг, продолжает действовать учреждение здравоохранения.

Тем самым государственное и муниципальное имущество, прежде принадлежавшее учреждению здравоохранения, разделяется на две разновеликие части: медико-технический

комплекс, включающий недвижимое и движимое имущество и служащий целям предоставления сопутствующих медицинским услуг, равно их получателям и исполнителю (учреждению здравоохранения), поступающий в принадлежность казенного предприятия, и движимое имущество, необходимое для оказания медицинских услуг и остающееся в принадлежности учреждения здравоохранения.

Медико-технический комплекс в принадлежности казенного предприятия, обладающего большей свободой хозяйствования, прежде всего распоряжения имуществом, становится средством удовлетворения потребностей учреждения здравоохранения (в медикаментах, медицинских газах, расходных материалах и т.д.) и их пациентов, получающих сопутствующие немедицинские услуги (размещения, общественного питания, доставки и т.д.).

В отношении учреждения здравоохранения в части приобретения товаров медицинского и немедицинского назначения казенное предприятие выполняет функции агента, в части предоставления помещений – функции арендодателя; в части обслуживания имущества учреждения здравоохранения (аппаратуры, оборудования, инструментария, необходимых для оказания медицинских услуг) – функции исполнителя соответствующих услуг.

В отношении пациентов как получателей медицинских услуг казенное предприятие осуществляет функции исполнителя сопутствующих услуг (размещения, питания и т.п.).

Учреждение здравоохранения лишается бремени:

- содержания имущества собственника и связанных с этим коммунально-эксплуатационных расходов, накопления кредиторской задолженности из-за недофинансирования собственником по смете, а потому – опасности для собственника наступления субсидиарной (восполнительной) ответственности по долгам учреждения;
- закупок товаров медицинского и немедицинского назначения, в том числе конкурсных – через государственный или муниципальный заказ;
- предоставления пациентам услуг, сопутствующих оказанию услуг медицинских.

Учреждение здравоохранения приобретает возможности:

- сосредоточиться только на деятельности по оказанию медицинских услуг и получать оплату исключительно медицинских услуг;
- получать централизованные поставки медикаментов, инструментария, расходных материалов через казенное предприятие, закупая иные необходимые товары у иных поставщиков в объеме удовлетворения не основных, а дополнительных нужд;
- сократить зависимость от собственника, вступая в договорные отношения, в том числе по поводу пользования объектом недвижимости.

Собственник, не поступаясь ничем, приобретает:

- коммерческий и более эффективный оборот принадлежащего ему имущества, ранее сдерживаемый запретом учреждения им распоряжаться;
- упорядоченное разделение объектов оплаты (медицинских и немедицинских услуг);
- снижение рисков субсидиарной ответственности по долгам и бесхозяйственного содержания имущества учреждением здравоохранения.

### **Подраздел 6.3.2. Возможности отделения субъекта от объекта при реорганизации учреждений здравоохранения.<sup>50</sup>**

Известно, что к вопросам местного значения относится организация оказания на муниципальной территории скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов (127, п.12 ст.; 41, п.14 ст.16).

Для этого в муниципальной собственности может находиться имущество, предназначенное для оказания на муниципальной территории скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов (127, пп.1 п.1, пп.8 п.3, п.4 ст.50).

Если такое имущество в муниципальной собственности может находиться, то – может и не находиться.

Но как будет осуществляться организация такой помощи, если имущество, предназначенное для ее оказания, не находится в собственности муниципальных образований?

Как она будет осуществляться, если имущество амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждений не находится в собственности муниципальных образований?

Как она будет осуществляться, если имущество, предназначенное для ее оказания, находится в собственности муниципальных образований, а имущество амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждений – нет?

Такие вопросы не могли возникнуть в период сохранения прежнего устройства бюджетной и социальной сферы.

Но в стране начались изменения.

Административная реформа, разделив государственные функции надзора и оплаты медицинских услуг, федерализовала вертикаль управления здравоохранением (116). Под вопросом оказались функции не только муниципальных, но и региональных органов управления здравоохранением – всевозможных министерств, комитетов, департаментов здравоохранения республик, краев, областей.

В настоящее время учреждения здравоохранения, оставаясь в муниципальной собственности, получают финансирование своей деятельности из государственной казны. При этом муниципальная принадлежность обязывает к содержанию их имущества из муниципальной казны.

Государство взяло курс на модернизацию (реформу) здравоохранения, провозгласив, в том числе, многообразие организационно-правовых форм. Вместо учреждений здравоохранения предполагается появление медицинских организаций в других формах. И в отличие от учреждений здравоохранения, основанных на несобственном (муниципальном) имуществе, эти организации будут собственниками своего имущества – такими же, как остальные частные организации.

Менее всего подобные изменения в здравоохранении затрагивают федеральный и региональный уровень. Средоточием перемен является муниципальный уровень здравоохранения.

---

50 Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Пореформенные перспективы муниципальных органов управления здравоохранением. //Главный врач: хозяйство и право, 2006, № 2, С.19-25.

Муниципальные органы управления здравоохранением имеют довольно скудный арсенал средств, чтобы обеспечивать организацию оказания на муниципальной территории соответствующей медицинской помощи. Финансовые и разрешительные рычаги управления федерализованы. Содержания имущества муниципальных учреждений здравоохранения муниципальная казна не выдерживает. Делегирование региональным уровнем соответствующих полномочий означает всего лишь исполнение в рамках этих полномочий функций распределения соответствующих средств. Смена муниципальными учреждениями здравоохранения имущественной принадлежности лишает муниципальные органы управления здравоохранением возможности в отношении с ними выступать от имени собственника и пользоваться административными полномочиями. С изменением муниципальными учреждениями здравоохранения организационно-правовой формы влияние на них муниципальные органы управления здравоохранением будут иметь не больше, чем на остальные частные медицинские организации.

Тем самым муниципальные органы управления здравоохранением не имеют другого пути организации оказания на муниципальной территории медицинской помощи, кроме как стать нужными тем, кто ее оказывает.

Вне зависимости от организационно-правовой формы каждая организация, оказывающая медицинские услуги, заинтересована в обеспечении собственной рентабельности.

Изменение организационно-правовой формы муниципальными учреждениями здравоохранения без изменения внутренней структуры и сокращения до пределов рентабельности означает их верную и скорую ликвидацию. Обратное, т.е. содержание их на финансировании в пренебрежении к рентабельности, делает их неотличимыми от учреждений здравоохранения и лишает смысла саму реформу.

Сокращение до пределов рентабельности, напротив, стирает различия между ними и остальными частными медицинскими организациями. Это означает, что реорганизация одного учреждения здравоохранения неизбежно повлечет образование нескольких организаций, ориентированных на рентабельность.

Исходя из соображений рентабельности организации, образовавшиеся в порядке реорганизации муниципального учреждения здравоохранения, неизбежно смогут занимать меньшие площади, чем прежде – все учреждение здравоохранения.

Отсюда с очевидностью вытекает, что судьба субъекта (муниципального учреждения здравоохранения) и объекта (принадлежащего ему имущества) – разная (36, 12).

И если судьба субъекта (муниципального учреждения здравоохранения) после реорганизации для муниципальных органов управления здравоохранением представляет интерес не больший, чем судьба других частных медицинских организаций, то имущество реорганизуемого учреждения здравоохранения является тем объектом, который порождает интерес медицинских организаций и создает для органов управления здравоохранением возможность организации оказания на муниципальной территории медицинской помощи.

Это муниципальное имущество – объект здравоохранения – предназначено для оказания соответствующей медицинской помощи.

Поскольку реорганизация учреждений здравоохранения связана со сменой собственности на принадлежащее им имущество, вместо имущества инфраструктуры обеспечения оказания медицинской помощи (здания, сооружения, аппаратура и т.д.) в порядке приватизации им может быть передано имущество не в натуральной, а в денежной форме. Более того, учреждение здравоохранения вместо реорганизации может быть просто лик-

видировано, и тогда вопрос о наделении имуществом правопреемников за отсутствием правопреемства не возникнет.

А объект здравоохранения со всей инфраструктурой не выбывает из муниципальной собственности и сохраняет свое назначение. Такой объект, используемый по назначению, не может быть приватизирован (125, п.1 ст.30). Закон связывает судьбу объекта здравоохранения с его использованием по назначению вне зависимости от того, какой субъект (или субъекты) его использует по этому назначению. К субъекту предъявляется только одно требование: использовать объект по назначению. Закон не устанавливает, что объект здравоохранения должен находиться в вещной принадлежности учреждению здравоохранения, и не содержит запрета предоставлять его для использования по назначению на условиях договора заинтересованным медицинским организациям:

		Сегодня:	Завтра:			
Субъект	Муниципальное учреждение здравоохранения		000	НП	НП	ЗАО
			000	АНО	000	ПрК
			НП	000	НП	ПрК
			АНО	000	НП	000
Объект	Имущество муниципального учреждения здравоохранения – муниципальная собственность					
		Муниципальная собственность				

Тем самым муниципальным органам управления здравоохранением, чтобы найти свое место в системе здравоохранения, от позиционирования на стороне учреждений здравоохранения предстоит перейти к позиционированию на стороне медицинских организаций вообще, вне зависимости от организационно-правовых форм и форм собственности. Для этого необходимо понимание нужд этих организаций.

Организация оказания на муниципальной территории медицинской помощи напрямую зависит от того, смогут ли муниципальные органы управления здравоохранением достигнуть баланса имущественных интересов медицинских организаций и социальных интересов граждан. Ведь чем больше для медицинских организаций себестоимость производства медицинских услуг, тем по более высокой цене они реализуются гражданам, и наоборот. Если же плательщик в пользу граждан за оказываемые им медицинские услуги устанавливает цену, не обеспечивающую рентабельность из-за высокой себестоимости производства медицинских услуг, медицинские организации оказываются не в состоянии выживать. Поэтому организация оказания на муниципальной территории медицинской помощи напрямую зависит от создания муниципальными органами управления здравоохранением условий для поддержания рентабельности медицинских организаций.

Пожалуй, единственным регионом в России, где понимание этих обстоятельств возведено в ранг региональной политики, является Ростовская область. Именно здесь про-

ведено исследование нужд частных медицинских организаций и индивидуальных предпринимателей. Выяснено, что для них характерны две основные беды: высокие налоги и высокая арендная плата.

Распределение ответов респондентов на вопрос «С какими проблемами в своей деятельности Вы сталкиваетесь?» (в процентах от числа ответивших) [2, таблица 5, С.18]

Сущность проблемы	Интенсивность показателя
Высокие налоги	44
Высокая арендная плата	37
Недостаток правовых актов	34
Высокая конкуренция на рынке здравоохранения	27
Низкий потребительский спрос	19
Недостаток квалифицированных кадров	11
Частые проверки контролирурующих организаций	10

При исследовании проблем малого предпринимательства (правда, без учета предпринимательства в медицине), проведенном организациями ОПОРА России и ВЦИОМ, получены аналогичные данные.

В среднем по России доля арендных платежей в общих расходах предприятия составляет 37%. Больше других платят предприниматели Сибирского и Дальневосточного федеральных округов (по 39%). Меньше всего в Приволжском ФО (30%). В остальных федеральных округах доля арендных платежей примерно соответствует общероссийскому показателю (42, раздел 5.2, С.67).

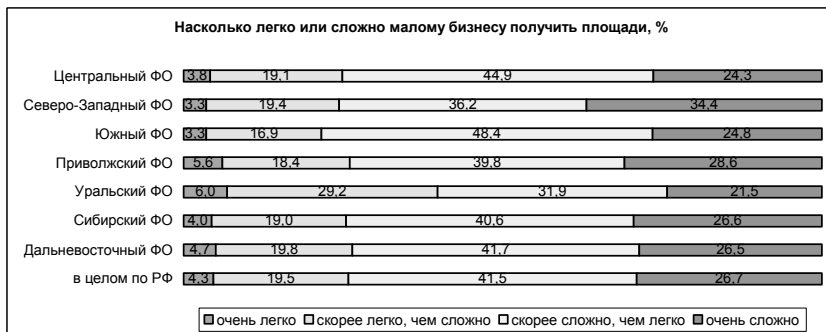
Доля арендных платежей в расходах предприятий только у 38% субъектов малого бизнеса не превышает 30%. Причем примерно половина из них не тратит на аренду ничего, так как недвижимость у них находится в собственности. До половины расходов приходится тратить на аренду 31% предприятий, еще у 12% предпринимателей на аренду уходит до 70% расходной части бюджета. А для 4% эта доля вообще запредельна – свыше 70%.

Очень плохо дела обстоят с арендными платежами в Амурской и Белгородской областях. В Белгородской области ситуация просто катастрофическая. Почти 40% (!) предприятий тратят более 50% своих расходов на аренду, причем, половина из них – более 70%.

Абсолютно естественной в этой ситуации выглядит реакция предпринимателей на вопрос: «Что предпочтительней для Вас, если говорить об условиях аренды?». 46% предпочитают снижение арендных платежей. Еще 41% согласились бы на то, чтобы зафиксировать плату за аренду на одном уровне. Причем, в Ингушетии и Новгородской области не требуют снижения платежей и готовы к компромиссному фиксированию арендной ставки. А в таких регионах, как Приморский край, Республика Алтай,

Московская, Кировская, Владимирская области и некоторых других, предприниматели предпочитают снижение арендных платежей (42, раздел 6.2, С.119).

Производственные площади проще всего получить в Тульской и Омской областях, а также в Ханты-Мансийском автономном округе. Около половины респондентов в этих регионах считают, что это будет сделать легко или скорее легко. Не так сложно получить производственные площади в Свердловской, Орловской, Рязанской, Курганской, Пензенской областях и в Приморском крае. В других регионах положительные ответы в целом набирают не более 30%.



[42, рис. 5.2.2, С.67]

Хуже всего с получением производственных площадей дела обстоят в Северной Осетии и Нижегородской области. В этих регионах лишь по 4% респондентов считают, что получить производственные площади не большая проблема. Среди других регионов, в которых неважно с производственными площадями, – Тамбовская, Кемеровская, Липецкая, Калужская, Самарская области, Красноярский край, Республика Ингушетия. Здесь же в ряду неблагополучных по этому критерию регионов находится и Московская область. И если для Ингушетии отсутствие площадей связано просто с отсутствием соответствующей материальной инфраструктуры, то в случае Москвы подобный дефицит обусловлен избыточным спросом на подобные площади со стороны бизнеса, что уже сейчас с неизбежностью приводит к необходимости для предпринимателей размещать собственное производство и даже офисы за пределами МКАД. Скорее всего ситуация с производственными площадями для малого бизнеса в Москве в ближайшее время будет только ухудшаться, что неизбежно негативно скажется на его развитии (42, раздел 6.2, С.116).

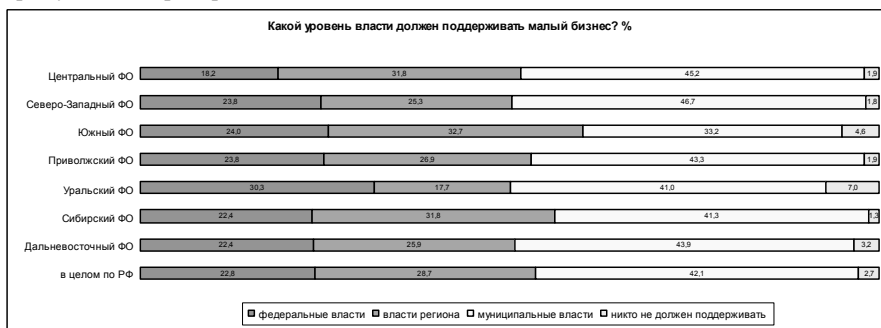
Респонденты в разных регионах в разных федеральных округах по-разному оценивают фактическую и ожидаемую роль муниципалитетов по отношению к малому предпринимательству.

В целом в России, по мнению респондентов чаще всего муниципалитеты создают приемлемые условия для малого предпринимательства (42,9%) и реже всего – благоприятные (5,8%):

### Отношение местных властей к малому предпринимательству [48, таб. 5.7.3, С.86]

	создают благоприятные условия	создают приемлемые условия	скорее мешают	очень мешают
Уральский ФО	11,6	42,5	28,4	7,5
Приволжский ФО	5,9	46,8	30,0	6,8
Южный ФО	7,6	44,4	30,9	6,8
Северо-Западный ФО	6,0	40,8	33,1	5,1
Сибирский ФО	4,0	42,9	32,3	7,1
Центральный ФО	4,2	44,5	36,8	6,3
Дальневосточный ФО	4,4	31,1	33,7	12,8
в целом по РФ	5,8	42,9	32,6	7,1

При этом 42,1% респондентов именно на муниципалитеты возлагают надежды на поддержку малого предпринимательства:



[42, рис. 5.7.1, С.87]

В отличие от малого предпринимательства в других сферах экономики предпринимательство в медицине сказывается единственно прямым социальным эффектом: воздействие на состояние здоровья граждан не порождает никаких других последствий, кроме социальных.

И если в других сферах экономики предпринимательство способно к конверсии, т.е. к перепрофилированию деятельности, то ресурсы предпринимательства в медицине к этому не пригодны: с помощью медицинской аппаратуры невозможно осуществлять иную деятельность, кроме медицинской, как и медицинские кадры не приспособлены ни к чему, кроме оказания медицинской помощи.

Тем самым, если малое предпринимательство в других сферах экономики нуждается в поддержке муниципалитетов, то предпринимательство в медицине нуждается в этом вдвойне. Вдвойне потому, что:

- предпринимательство в медицине несет бремя оказания косвенного (опосредованного через налогообложение) социального эффекта наравне с предпринимательством в других сферах экономики, оказывая прямой социальный эффект на *муниципальной* территории;
- предпринимательство в медицине несет бремя аренды недвижимости наравне с предпринимательством в других сферах экономики, оказывая жителям муниципального обра-



зования медицинские услуги, социальная значимость которых требует *минимизации* их себестоимости.

До настоящего времени структура отношений участников организации, финансирования, оказания и получения медицинской помощи выглядит так:



Но уже с момента введения действующей Конституции РФ граждане перестали быть «населением», включенным в вертикальную иерархию этой структуры – обладая гарантированными ею правами на медицинскую помощь, но не обязанностями перед учреждениями здравоохранения, органами управления здравоохранением и т.д.

Уже в настоящее время в части финансирования медицинской помощи муниципалитеты участвуют в качестве исполнителей – территориальными подразделениями Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию им делегируются соответствующие полномочия и на них возлагаются обязанности доведения соответствующих средств до медицинских организаций.

По мере реорганизации (или ликвидации) учреждений здравоохранения муниципалитеты теряют в отношении них полномочия собственника (муниципальных образований).

Складывается совершенно иная картина:



Медицинские организации, как ранее – граждане, вышли из иерархической вертикали структуры организации медицинской помощи. Медицинские организации муниципалитет может привлечь имущественно-выгодными договорными предложениями.

А граждане, напротив, вместо конечного звена этой структуры приобрели качества пресса, средства давления на органы управления здравоохранением – вместе с вышестоящими органами – в части соблюдения социальной политики государства.

Глава администрации муниципального образования избирается. В предвыборных обещаниях основное место занимает социальный блок вопросов. И глава администрации муниципального образования, и государственные органы исполнительной власти (региональные и федеральные), ответственные за социальную политику, от местных органов управления здравоохранением требуют обеспечения организации медицинской помощи на муниципальной территории.

Если муниципалитет не справляется с исполнением социальных обещаний, глава администрации переизбирается, а аппарат его администрации (включая орган управления здравоохранением) подвергается кадровым изменениям. А чтобы исполнить свои социальные обещания, он вынужден найти и поддерживать баланс между социальными запросами граждан (избирателей) и имущественными интересами медицинских организаций.

Если в муниципальном образовании не обеспечивается рентабельность медицинских организаций, они либо ликвидируются, либо перепрофилируют свою деятельность, либо перемещаются на территорию другого муниципального образования. Это вызывает соответствующую реакцию вышестоящих органов, а равно – граждан, проживающих и работающих на муниципальной территории, т.е. электората.

Социальная эффективность предпринимательства в медицине придает удовлетворению его нужд социально-политическую ценность. Государство и муниципалитеты как институты государственных и муниципальных органов для того и существуют, чтобы удовлетворять нужды общества. Свои функции без государственных и муниципальных учреждений здравоохранения они способны осуществлять, а без удовлетворения социальных нужд граждан – нет.

Создание муниципальных объектов здравоохранения, с развитой медицинской инфраструктурой, т.е. специально приспособленных для оказания медицинских услуг, площади которых предоставляются организациям, осуществляющим эту деятельность – в интересах граждан, проживающих на муниципальной территории. Граждане заинтересованы, чтобы организации, предоставляющие им медицинские услуги, могли существовать по месту их жительства и/или работы в муниципальном образовании.

Тем самым, муниципалитеты не удовлетворяют социальные нужды граждан, проживающих и/или работающих в муниципальном образовании, если не обеспечивают возможности для медицинских организаций:

- сокращать себестоимость производства медицинских услуг;
- расширять производство медицинских услуг;
- повышать свою рентабельность, реинвестируя доходы в развитие производства медицинских услуг.

Это возможно тогда, когда муниципалитеты предпринимают меры снижения бремени медицинских организаций по оплате:

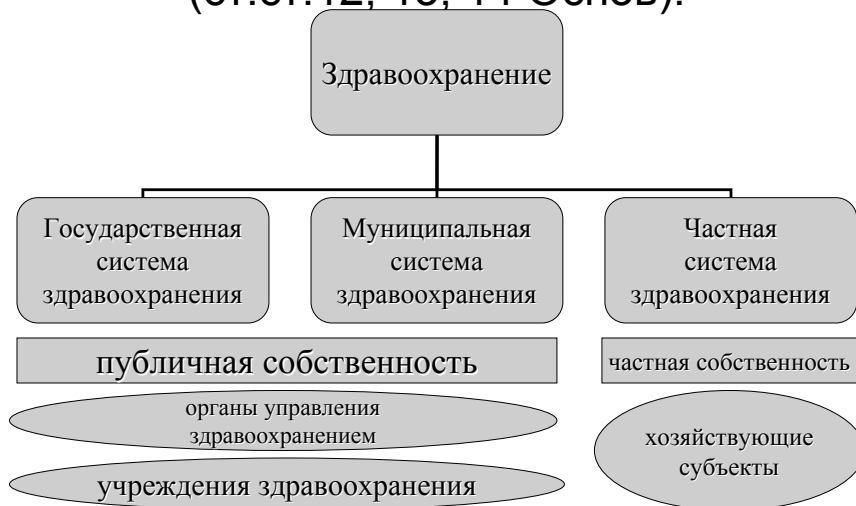
- налогов;
- аренды.

Таким образом, перспективы законодательных новаций сводят функции муниципальных органов управления здравоохранением лишь к тем, которые им делегируют территориальные подразделения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, поскольку неизбежная реорганизация (ликвидация) учреждений здравоохранения иного не оставляет. Вместе с тем организация медицинской помощи на муниципальной территории – насущная и непреходящая необходимость. Задача муниципальных органов управления здравоохранением – в нахождении баланса социальных интересов граждан, проживающих и работающих на муниципальной территории, с имущественными интересами медицинских организаций. Это достижимо при одновременном с реорганизацией (ликвидацией) учреждений здравоохранения создании муниципальной системы объектов здравоохранения, предоставляемых в аренду медицинским организациям независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, с созданием для них режима наибольшего благоприятствования со снижением бремени оплаты налогов и аренды.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Существующее устройство здравоохранения основано на освоении средств налогоплательщиков (использовании ВВП) органами управления здравоохранением и учреждениями здравоохранения в государственной и муниципальной системах здравоохранения, социальный эффект от деятельности которых проявляется все меньше и меньше на фоне увеличивающегося финансирования. Государство вменяет здравоохранению ответственность за состояние социальной среды, лишь в малой части зависящее от здравоохранения. К частной системе здравоохранения, в которой нет органов управления здравоохранением, отнесены основанные на частной собственности хозяйствующие субъекты, осуществляющие воспроизводство капитала (создание ВВП), следствием чего проявляется социальный эффект.

### Системообразование здравоохранения (ст.ст.12, 13, 14 Основ):



Механизм оплаты медицинских услуг из казны устроен так, что через сеть посредников (страховщиков) государство платит гражданам оказанием медицинских услуг принадлежащими ему учреждениями здравоохранения.

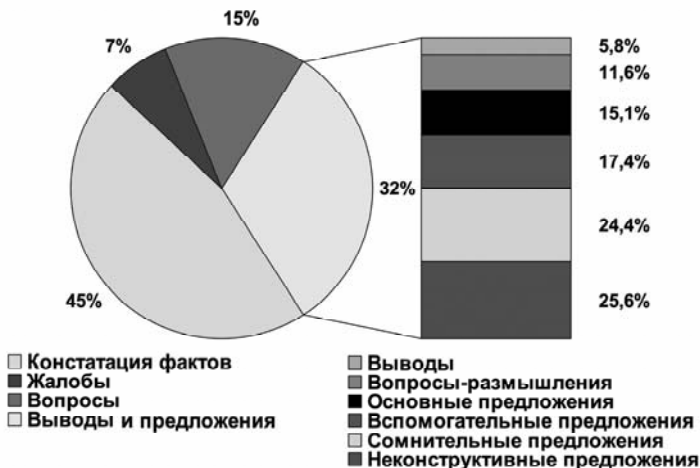
## Финансирование здравоохранения:



На протяжении долгих лет попытки реформировать здравоохранение оканчивались ничем. За это время здравоохранение не выработало отправных начал адаптации к новым политическим, экономическим и юридическим реалиям. В существующем виде экономика отечественного здравоохранения не имеет товарного характера, притом что в сложившихся условиях практическое здравоохранение приобрело товарную форму и договорную основу.

От формально бесплатного здравоохранения общество не получает того, на что вправе рассчитывать за счет средств налогоплательщиков. Общество содержит здравоохранение, по существу, вторым бюджетом.

В Интернет-обращениях граждан к Президенту России (2006 г.) почти треть респондентов предлагает меры изменения устройства отечественного здравоохранения:



Это в четыре раза больше доли подобных предложений в Интернет-обращениях к Президенту России (2006 г.) медицинских работников, которые в остальном озабочены своей заработной платой.

Руководители медицинских организаций практически не принимали участия в Интернет-общении с главой государства.

Это не означает, что руководители медицинских организаций не испытывают управленческих проблем, обусловленных существующим устройством здравоохранения. Исследование подобных проблем по поисковым Интернет-запросам в русскоязычном Интернете продемонстрировало, что преобладающим и компромиссным для руководителей учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций стало понятие «медицинский бизнес». О содержании управления руководители медицинских организаций имеют смутное представление, что показали результаты исследования баннерной Интернет-статистики: доходами и рисками хозяйственной деятельности респонденты интересуются вне связи с запросами о расходах, ликвидности производимой продукции и т.д. Как показали предшествующие исследования, руководители частных медицинских организаций склонны, а руководители учреждений здравоохранения вообще не склонны пользоваться экономическими ориентирами управления. Притом что государство не может, а общество не хочет сохранять прежнюю организацию финансирования здравоохранения, управление хозяйствующими субъектами в области охраны здоровья лишено всеобщих внятных, обоснованных и работоспособных ориентиров хозяйствования.

Без перевода всей области охраны здоровья – равно частной медицины и здравоохранения – на единый путь формирования экономики, общепринятой в других отраслях народного хозяйства, реформирование здравоохранения невозможно.

Это достигается следующими мерами прагматизации здравоохранения:

- переход от медицинского видения экономики к экономическому видению здравоохранения;
- переход от здравоохранения имущественной принадлежности к здравоохранению договорного финансирования медицинской деятельности;
- переход от экономики потребления к экономике воспроизводства в здравоохранении;
- перевод экономики здравоохранения из-под административного руководства во главу регулятивного механизма.

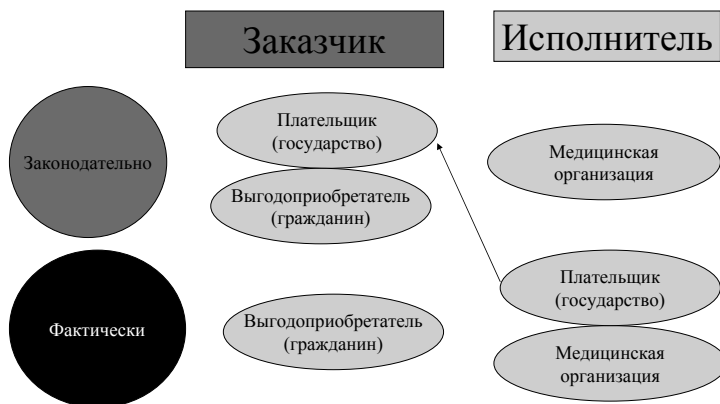
Однако реформа здравоохранения не заключается только лишь в прагматизации здравоохранения. Реформирование здравоохранения должно преследовать цель поставить экономику здравоохранения в зависимость от интересов потребителя, общества. Пациента – в центр механизма распоряжения средствами казны, отпущенными на его социальные нужды. Прагматизация здравоохранения должна носить социально-ориентированный характер.

Это достигается всего лишь приведением фактического позиционирования государства к законодательно установленному положению плательщика по договору в пользу третьего лица.

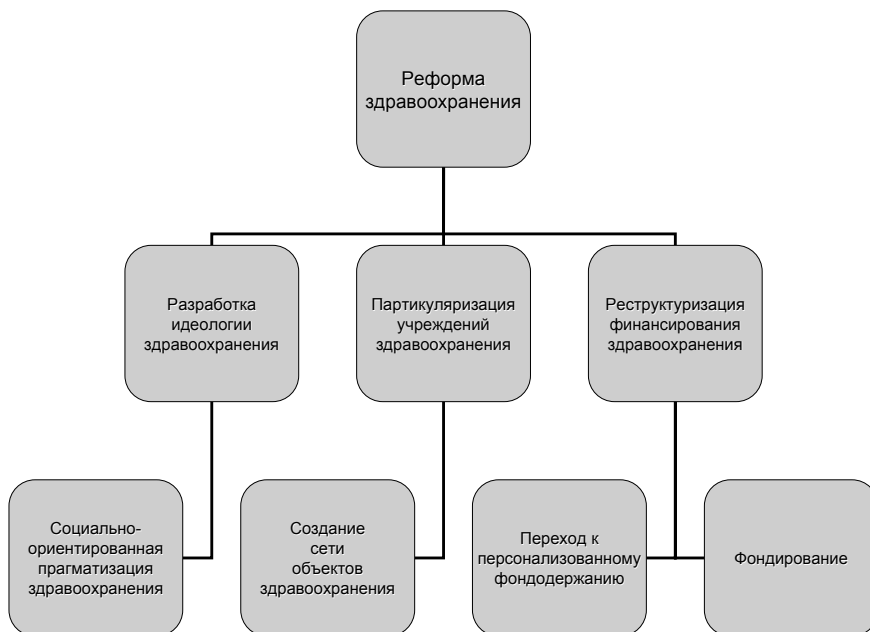
Предлагаемый путь реформирования и заключается в социально-ориентированной прагматизации здравоохранения как основы идеологии здравоохранения.

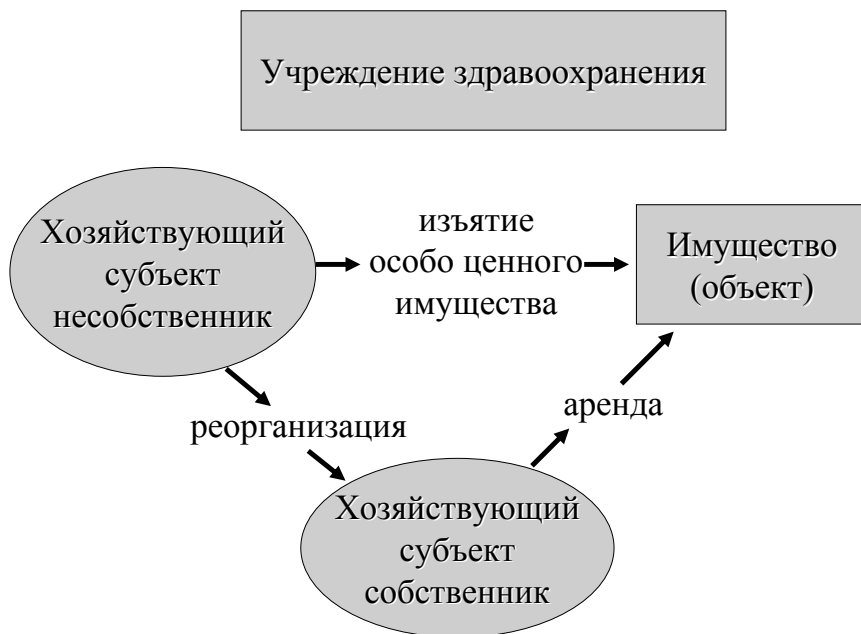
Партикуляризация учреждений здравоохранения заключается в их бесприватизационной реорганизации. У учреждения здравоохранения собственником изымается особо ценное имущество (объекты недвижимости, оборудование), а взамен выделяются денежные средства, необходимые для формирования уставного (складочного, паевого) капитала в новой организационно-правовой форме частной организации.

## Договор в пользу третьего лица (ст.430 ГК РФ):



Реорганизация (партикуляризация) учреждений здравоохранения должна преследовать цель создания рентабельных организаций, поэтому вместо одного учреждения здравоохранения в результате партикуляризации должно возникнуть несколько корпоративных (юридических лиц) или некорпоративных (ПБЮЮЛ) хозяйствующих субъектов.





Судьба изъятого у учреждений здравоохранения имущества другая – оно остается в собственности государства или муниципального образования, закрепляется за специально для этого создаваемым казенным предприятием для передачи в аренду любым хозяйствующим субъектам, производящим и реализующим товары, работы, услуги медицинского назначения.

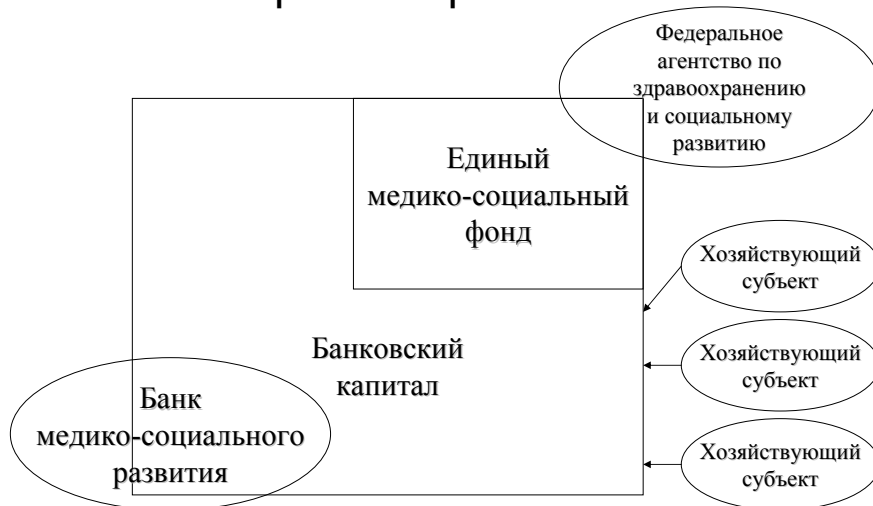
В результате достигается единообразный полиморфизм хозяйствующих субъектов на медицинском рынке и сеть объектов здравоохранения в государственной (муниципальной) принадлежности.

Реструктуризация финансирования здравоохранения состоит в объединении всех средств финансирования здравоохранения и социальной помощи в ведении Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. Внутри единого медико-социального фонда происходит распределение по направлениям деятельности (фондирование) в зависимости от предмета договорных отношений с хозяйствующими субъектами. Предлагается 11 направлений фондирования: фонд выплат социальных льгот, пенсий и компенсаций (пенсионно-льготный фонд); фонд оплаты социальных услуг (социальный фонд), включая оплату услуг ухода и выхаживания; фонд оплаты мониторинга здравоохранения (мониторинговый фонд), включающий фонд оплаты медико-социального мониторинга (для финансирования медицинской статистики и медико-социальной экспертизы) и фонд оплаты экономического мониторинга (для финансирования статистики экономического оборота в здравоохранении); фонд оплаты медицинских услуг массового спроса (медицинский фонд массового спроса); фонд оплаты медицинских услуг особого спроса



(медицинский фонд особого спроса); фонд оплаты реабилитационно-оздоровительных услуг (рекреационный фонд), включая оплату услуг в области курортного дела, реабилитации, в т.ч. инвалидов и оказания им протезно-ортопедической помощи; фонд поощрения профилактики заболеваний (бонусный фонд); фонд экономических компенсаций (компенсационный фонд); фонд содержания объектов здравоохранения (обеспечительный фонд); фонд финансирования необоротной медицинской помощи (необоротный фонд), включая донорство крови, трансплантацию органов и тканей человека; фонд финансирования изысканий новых медицинских технологий (медико-инновационный фонд).

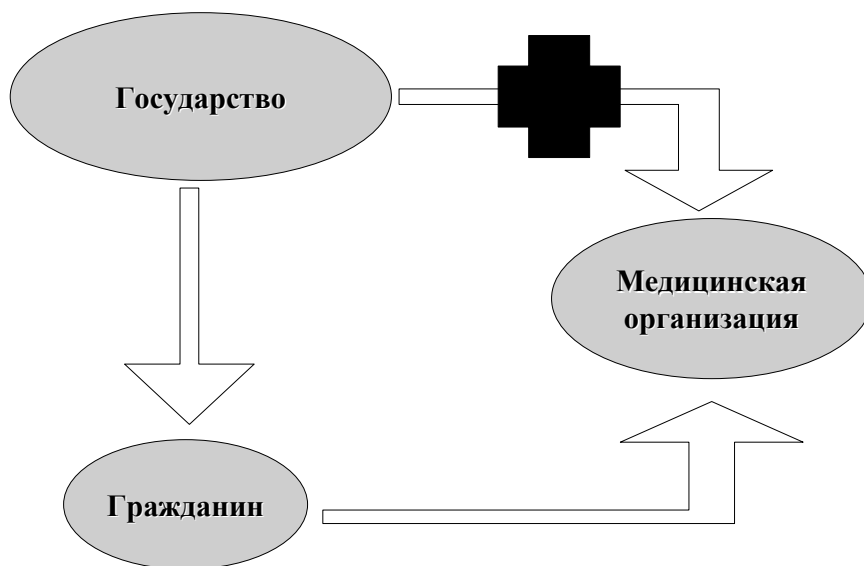
## Размещение государственных средств медико-социального финансирования:



Эти фонды размещаются в специально для этого создаваемом банке медико-социального развития, обслуживание которым предлагается также хозяйствующим субъектам, действующим в области охраны здоровья.

Одновременно необходим переход к персонализированному фондодержанию на основе единого медико-социального платежного документа (МСПД) с ведением персональной истории фондодержания и единого государственного медико-социального реестра.

Позиционирование государства в платежном механизме на стороне граждан в качестве распорядителей государственных средств оплаты оказываемых им медицинских услуг выражается в том, что гражданин как держатель МСПД голосует государственным рублем за устраивающее его обслуживание в медицинской организации.



Медицинские организации в результате таких преобразований в здравоохранении подчиняются правилам создания системы экономических компенсаций и налоговых льгот для субъектов экономической деятельности в социальной сфере для снижения себестоимости услуг; допуска к получению средств государственной казны только при условии сертификации систем менеджмента качества ISO 9000; создания банка экономических историй медицинских организаций и системы запретов возврата в медицинский бизнес недобросовестных его участников (экономический disbar).

Медицинские работники приобретают возможность не зависеть от бюджетных нормативов (тарифной сетки) заработной платы и зарабатывать мерой вложенного труда, в том числе от участия в бизнесе.

Государственность здравоохранения в результате таких преобразований выражается в централизации средств его финансирования в едином медико-социальном фонде и в сосредоточении на развитии сохраненной без приватизации сети объектов здравоохранения.

Вместо затрат на потребление нетоварного здравоохранения государство получает систему договорного финансирования воспроизводственной деятельности хозяйствующих субъектов, экономичность которой за счет эквивалентности товарообмена обеспечит если не их снижение, то по меньшей мере стабилизацию прежних объемов.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Акопян А.С. Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 1998.
2. Аналитическая записка «О состоянии, проблемах и перспективах развития малого бизнеса в здравоохранении Ростовской области», 2004, подготовлено по заказу и при содействии министерства экономики, торговли, международных и внешнеэкономических связей Администрации Ростовской области на основе информационного бюллетеня, разработанного творческим коллективом Ростовского международного института экономики и управления под общей редакцией доктора социологических наук Э.М. Лисе, в рамках реализации Программы «Развитие малого предпринимательства в Ростовской области на 2003-2005 годы», по результатам анкетного опроса руководителей предприятий и предпринимателей без образования юридического лица.
3. Антикризисное управление: Учебник. /Попов Р.А. – М.: Высш.шк., 2004. – 429 с.
4. Арсениевич Б. Мелкий и средний бизнес как панацея от всех бед. //Земское обозрение (Саратов), 2002, № 17 (385).
5. Баткибеков С., Гребешкова Л., Дежина И., Золотарева А., Китова Г., Костина Е., Кузнецова Т., Рождественская И., Синельников-Мурылев С., Шишкин С. Повышение эффективности бюджетного финансирования государственных учреждений и управления государственными унитарными предприятиями. В 2-х т. Т.1. – М., 2003. – 539 с.
6. Брагинский М.И., Витрянский В.В. Договорное право: Общие положения. – М.: Статут, 1998. – 682 с.
7. Брагинский М.И., Витрянский В.В. Договорное право. Книга третья: Договоры о выполнении работ и оказании услуг. Изд. доп. и исправ. – М.: Статут, 2003. – 1055 с.
8. Временный порядок финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования граждан (письмо Минздрава России 6 апреля 2001 г. N 2510/3586-01-34 и Минфина России 27 апреля 2001 г. N 12-03-14).
9. Габуева Л.А., Иванов А.В., Тихомиров А.В. Современная структура экономики здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 3. – С.14-20.
10. Гаджинский А.М. Основы логистики. М., ИВЦ “Маркетинг”, 1996. – 168 с.
11. Гончарова О. Леонид Рощаль - против “реформаторов” из “Центра стратегических разработок” //”Новая газета” 18.04.2004; Зиновьева А. //Московский Комсомолец 11.02.2005.
12. Госович О.М., А.В.Иванов, О.В.Родин, С.А.Смирнов, А.В.Тихомиров. Пути адаптации учреждений здравоохранения к новым реалиям. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 1. – С.20-32.
13. Динамика развития малого предпринимательства в регионах России в 2003 году. Ежеквартальный информационно-аналитический доклад. Апрель 2004 года. Подготовлен О.М.Шестоперовым и А.М.Шестоперовым. – М.: Рабочий центр экономических реформ при Правительстве Российской Федерации; Национальный институт системных исследований проблем предпринимательства, 2004. – 34 с.
14. Елисеева И.И., Юзбашев М.М. Общая теория статистики. Учебник. /Под ред. И.И.Елисеевой. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Финансы и статистика, 2002.
15. Зайцева Т. В дефиците – состоятельные пациенты. //Известия, № 106, 07.06.1997.
16. Закон Российской Федерации «О конкуренции и ограничении монополистической деятельности на товарных рынках» от 22 марта 1991 года № 948-1 (в ред. Законов РФ от 24.06.92 № 3119-1, от 15.07.92 № 3310-1; Федеральных законов от 25.05.95 № 83-ФЗ, от

06.05.98 № 70-ФЗ). Утратил силу в связи с вступлением в действие Федерального закона Российской Федерации от 26 июля 2006 г. N 135-ФЗ «О защите конкуренции».

17. Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (в ред. Закона РФ от 02.04.1993 N 4741-1, Федерального закона от 29.05.2002 N 57-ФЗ, с изм., внесенными Указом Президента РФ от 24.12.1993 N 2288, Федеральным законом от 01.07.1994 N 9-ФЗ).

18. Закон Российской Федерации от 10 июля 1992 года № 3266-1 «Об образовании» (в ред. Федеральных законов от 13.01.1996 N 12-ФЗ, от 16.11.1997 N 144-ФЗ, от 20.07.2000 N 102-ФЗ, от 07.08.2000 N 122-ФЗ, от 13.02.2002 N 20-ФЗ, от 21.03.2002 N 31-ФЗ, от 25.06.2002 N 71-ФЗ, от 25.07.2002 N 112-ФЗ, от 10.01.2003 N 11-ФЗ; с изм., внесенными Постановлением Конституционного Суда РФ от 24.10.2000 N 13-П, Федеральными законами от 27.12.2000 N 150-ФЗ, от 30.12.2001 N 194-ФЗ).

19. Закон Российской Федерации от 23 сентября 1992 года № 3517-1 «Патентный закон» (в ред. Федерального закона от 07.02.2003 N 22-ФЗ, с изм., внесенными Федеральным законом от 24.12.2002 N 176-ФЗ).

20. Закон Российской Федерации от 7 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей» (в ред. Федеральных законов от 09.01.1996 N 2-ФЗ, от 17.12.1999 N 212-ФЗ, от 30.12.2001 N 196-ФЗ).

21. Закон Российской Федерации «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 года № 5487-1 (в ред. Федеральных законов от 02.03.1998 N 30-ФЗ, от 20.12.1999 N 214-ФЗ, от 02.12.2000 N 139-ФЗ, от 10.01.2003 N 15-ФЗ, от 27.02.2003 N 29-ФЗ, с изм., внесенными Указом Президента РФ от 24.12.1993 N 2288).

22. Иванов А.В., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Юридическое значение договора о возмездном оказании медицинских услуг. //Главный врач: хозяйство и право. 2005. - № 3. - С.20-28.

23. Иванов А.В. Качественный анализ конкурентной среды рынка обслуживания медицинского бизнеса. //Главный врач: хозяйство и право. - 2006. - № 3. - С.44-51.

24. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Структура потребностей руководителей медицинских организаций по специализированным Интернет-баннерам. //Главный врач: хозяйство и право. - 2006. - № 4. - С.33-36.

25. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Анализ Интернет-обращений к Президенту России по теме здоровья нации. //Главный врач: хозяйство и право. - 2006. - № 5. - С.31-47.

26. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Пути нормализации нанозаконономики здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право. - 2006. - № 5. - С.4-10.

27. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Перспективы нанозаконономики в развитии макро-, мезо- и микроэкономики здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. - 2006. - № 6. - С.10-16.

28. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Современное состояние организации отечественного здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. - 2006. - № 6. - С.23-29.

29. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Диверсификация рынка медицинских услуг. //Главный врач: хозяйство и право. - 2007. - № 1. - С.??-??

30. Иванников Н.Ю., Иванов А.В., Тихомиров А.В. Состояние управления медицинскими организациями. //Главный врач: хозяйство и право. - 2007. - № 1. - С.??-??

31. Клейнер Г. Нанозаконономика //Вопросы экономики, 2004 г., № 12. - С.80-84.

32. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12 дека-

бря 1993 года.

33. Котлер Ф. Основы маркетинга. СПб., “Коруна” - “Литера-Плюс”, 1994, с. 598.

34. Ленин В.И. Полное собрание сочинений. – М., 1974, т.34. - С. 315

35. Лисицын Ю.П., Акопян А.С. Панорама охраны здоровья. Реструктуризация медицинской помощи и нерешенные вопросы приватизации в здравоохранении. – М., ЦРЧ МЗ РФ, 1998. – 287 с.

36. Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Способы совершенствования хозяйственного положения учреждений здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право, 2004, № 5, С.28-30.

37. Малый бизнес. Организация, экономика, управление: Учеб. пособие для вузов. /Под ред. Горфинкеля В.Я., Швандара В.А. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003, 430 с.

38. Макконнелл К.Р., Брю С.Л. Экономикс: принципы, проблемы и политика. Пер. с 14-го англ. изд. – М.: ИНФРА-М, 2005. – XXXVI, 972 с.

39. Маркова В.Д. Маркетинг услуг. – М.: Финансы и статистика, 1996. – 128 с.

40. Методические указания о порядке разработки стратегических и текущих планов здравоохранения Российской Федерации. Фонд медицинских технологий, www.fond.su, 2006.

41. Мясин Е. Россияне встревожены увеличением платных услуг в медицине. // Экспертиза\*Известия, 14.02.96.

42. ОПОРА России, Всероссийский центр изучения общественного мнения. Условия и факторы развития малого предпринимательства в регионах РФ (отчет по результатам общероссийского исследования). Москва, 2005.

43. Панов О.В. Правовые критерии определения качества медицинской услуги. //Главный врач: хозяйство и право, 2005, № 1, С.22-25.

44. Пермяков В. По материалам отчета «Анализ московского рынка медицинских услуг», www.bfs.ru.

45. Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 августа 1993 г. № 03-01 «Об организации работы территориального фонда» (в ред. письма ФФОМС от 23.06.94 N 1-1312, дополнений, утв. ФФОМС 20.07.94 N 1-1472, 24.07.96, 21.10.96 N 3147/11).

46. Положение об исполнительной дирекции Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Утверждено Постановлением Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 22 сентября 1993 г. N 930 (утратило силу – Постановление Правительства РФ от 29.07.1998 N 857).

47. Положение о лицензировании медицинской деятельности (в ред. Постановления Правительства РФ от 03.10.2002 № 731, от 01.02.2005 № 49).

48. Положение об Общественном совете по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Утверждено Приказом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 18.09.2006 № 2070-Пр/06.

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

50. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 321 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Рос-

сийской Федерации (в ред. Постановлений Правительства РФ от 31.12.2004 N 904, от 28.04.2006 N 254)

51. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития».

52. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 325 «Об утверждении Положения о Федеральном агентстве по здравоохранению и социальному развитию».

53. Постановление правительства Московской области от 29 января 2004 г. N 40/2 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Московской области» (в ред. Постановлений Правительства МО, от 16.04.2004 N 216/15, от 26.11.2004 N 715/47, от 31.10.2005 N 785/43).

54. Постановление Правительства МО от 14.10.2004 № 616/41 “О создании государственного учреждения Московской Области “Московский областной консультативно-аналитический центр в сфере медицинской и фармацевтической деятельности”.

55. Постановление Правительства Астраханской области от 27 февраля 2006 г. N 47-П “О преискуранте на платные услуги, оказываемые областным государственным учреждением “Медицинский информационно-аналитический центр”.

56. Правила предоставления платных медицинских услуг Департамента здравоохранения Правительства Москвы и комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 5. – С.52-54.

57. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14.04.94 № 16 «О расчетах тарифов на медицинские и иные услуги в системе обязательного медицинского страхования граждан».

58. Приказ МЗ РФ от 18.08.97 № 246 «О передаче Центральной аптеки ЛДО МЗ РФ в оперативное управление ГУП «Национальное медицинское агентство» //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 3. – С.57

59. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 августа 1999 г. N 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» (в ред. Приказов Минздрава РФ от 06.02.2001 N 31, от 02.04.2001 N 98, от 21.06.2002 N 201, от 25.06.2002 N 209, от 14.08.2002 N 261, от 16.08.2002 N 267, от 21.03.2003 N 115, от 26.05.2003 N 219, от 09.06.2003 N 241, от 20.08.2003 N 416, от 05.02.2004 N 36, от 16.02.2004 N 63, Приказа Минздравсоцразвития РФ от 31.01.2006 N 52).

60. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.09.2003 № 435 «О едином реестре лицензий на осуществление медицинской деятельности».

61. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 октября 2005 г. N 627 «Об утверждении единой Номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения».

62. Приказ комитета здравоохранения Москвы от 26.02.97 № 107 «Об утверждении цен за прием статистических отчетов от негосударственных медицинских учреждений (предприятий, организаций)» //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 4. – С.53.

63. Пиддэ А.Л. Реформы здравоохранения в оценках медицинского персонала. //Главврач, 2003, № 4.

64. Пригожин А.И. Методы развития организаций. – М.: МЦФЭР, 2003. – 864 с.

65. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 января 2005 г. N 32-р

(в ред. Распоряжений Правительства РФ от 27.04.2005 N 492-р, от 19.08.2005 N 1256-р) с Перечнем подведомственных Росздраву федеральных государственных учреждений (в ред. Распоряжений Правительства РФ от 27.04.2005 N 492-р, от 19.08.2005 N 1256-р).

66. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран. /ред. Солтман Р.Б., Буссе Р., Моссиалос Э. /Пер. с англ. – М.: Весь Мир, 2002. – 272 с.

67. Реформа здравоохранения в Великобритании. [www.health.gov.ua](http://www.health.gov.ua).

68. Рецепт всеобщего благосостояния. Интервью О.Власовой с С.Гринером. //Менеджер здравоохранения. - № 3. – 2005. – С.53-60. Перепечатано из: Эксперт. - № 48. – 2004. – С.96-104.

69. Родин О.В. Органы управления здравоохранением в имущественных отношениях. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2004.

70. Родин О.В. Лицензионный контроль медицинской деятельности. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 3. – С.21-27.

71. Российский статистический ежегодник. 2002: Ст. сб. – М.: Госкомстат России, 2002.

72. Российский статистический ежегодник. 2004: Стат. сб. /Росстат. – М., 2004. – 725 с.

73. Россия в цифрах. 2005: Крат. стат. сб. /Росстат. – М., 2005. – 477 с.

74. Сатаров Г. и соавт. «Коррупция в России: понять, значит победить». – М.: Фонд ИНДЕМ, 2001, [www.indem.ru](http://www.indem.ru).

75. Сатаров Г.А., Левин М.И., Головошинский К.И., Римский В.Л. Заработная плата и коррупция: как платить российским чиновникам (Аналитический доклад). – М., Фонд ИНДЕМ, 2002 ([www.indem.ru](http://www.indem.ru)).

76. Сделки: понятия, виды и формы (комментарий к новому ГК РФ). – М.: АО «Центр деловой информации» еженедельника «Экономика и жизнь», 1995, С.43.

77. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Социальные последствия сложившейся организации хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 1. – С. 28-35.

78. Стародубов В.И., Ковалевская О.Г., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Позиционирование в хозяйственном обороте учреждений здравоохранения их руководителями. //Главный врач: хозяйство и право, 2004, № 2, С.34-41.

79. Стародубов В.И., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Предмет оплаты в здравоохранении. //Главный врач: хозяйство и право, 2004, № 3, С.13-17.

80. Стародубов В.И., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Место учреждений здравоохранения в хозяйственном обороте в представлениях юристов. //Главный врач: хозяйство и право, 2004, № 4, С.4-10.

81. Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Значение договора об оказании медицинских услуг в представлениях юристов. //Главный врач: хозяйство и право, 2005, № 2, С.32-37.

82. Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Экономическое значение договора о возмездном оказании медицинских услуг. //Главный врач: хозяйство и право. 2005. - № 4. – С.22-30.

83. Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Организующая роль договора о возмездном оказании медицинских услуг в совершенствовании управления здравоохранением. //Главный врач: хозяйство и право. 2005. - № 5. – С.17-27.

84. Стародубов В.И., Иванников Н.Ю., Тихомиров А.В. Социальная сфера и сфера об-

служивания: проблемы управления. //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. – № 6. – С.7-15.

85. Стародубов В.И., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Позиционирование в хозяйственном обороте частных медицинских организаций их руководителями. //Главный врач: хозяйство и право, 2006, № 1, С.33-38.

86. Стародубов В.И., Иванников Н.Ю., Иванов А.В., Тихомиров А.В. Управление медицинскими организациями в поисковых Интернет-запросах. //Главный врач: хозяйство и право, 2006, № 1, С.39-50.

87. Стародубов В.И., Габуева Л.А., Тихомиров А.В. Экономико-юридическая типология хозяйствующих субъектов в здравоохранении. //Главный врач: хозяйство и право. - 2006. - № 2. – С.4-9.

88. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Пореформенные перспективы муниципальных органов управления здравоохранением. //Главный врач: хозяйство и право, 2006, № 2, С.19-25.

89. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Организационно-юридические проблемы экономики здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 3. – С.2-6.

90. Стародубов В.И., Иванников Н.Ю., Иванов А.В., Тихомиров А.В. Ориентиры управления в представлениях руководителей учреждений здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право, 2006, № 3, С.35-43.

91. Стародубов В.И., Иванников Н.Ю., Иванов А.В., Тихомиров А.В. Ориентиры управления в представлениях руководителей частных медицинских организаций. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 4. – С.37-45.

92. Стародубов В.И., Иванников Н.Ю., Тихомиров А.В. Сравнительный анализ приоритетов управления в представлениях руководителей медицинских организаций //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.27-30.

93. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Позиционирование органов размещения средств финансирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.5-9.

94. Стародубов В.И., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Состояние представлений руководителей о деятельности возглавляемых медицинских организаций //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.30-39.

95. Степанов Д. Услуги как объект прав. //Российская юстиция, 2000, № 2, С.17.

96. Тихомиров А.В. Медицинская услуга: Правовые аспекты. – М.: ФилинЪ, 1996, 352 с.

97. Тихомиров А.В. Медицинское право. Практическое пособие. – М.: Статут, 1998. – 418 с.

98. Тихомиров А.В. Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг. – М.: Статут, 2001. – 256 с.

99. Тихомиров А.В. Управление учреждениями здравоохранения в отношениях собственности. Автореф. дис. канд. мед. наук – М., 2003.

100. Тихомиров А.В. Ятрогенный деликт в правоприменении. //Главный врач: хозяйство и право, 2004, № 1, С.44-48.

101. Тихомиров А.В. Комментарий к Указу Президента РФ от 9 марта 2004 г. N 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти». //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. – № 2. – С.2-5.

102. Тихомиров А.В. Проблемы развития здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право, 2004, № 5, С.2-6.

103. Тихомиров А.В. Отправные начала идеологии реформирования здравоохранения.



// Главный врач: хозяйство и право, 2005, № 1, С.3-8.

104. Тихомиров А.В. Отечественная организация здравоохранения: реформа идеологии. // Главный врач: хозяйство и право, 2005, № 2, С.2-8.

105. Тихомиров А.В. Предпринимательство в здравоохранении. //Главный врач: хозяйство и право, 2005, № 2, С.44-49.

106. Тихомиров А.В. Договор о направлении работника на обучение. //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 4. – С.2-7.

107. Тихомиров А.В. Здравоохранение сегодня. //Главный врач: хозяйство и право.- 2006. - № 2. – С.2-3.

108. Тихомиров А.В. Прогнозная модель развития процессов в здравоохранении. // Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 4. С.2.

109. Тихомиров А.В. Правовые аспекты государственного надзора в здравоохранении. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 4. – С.3-12.

110. Тихомиров А.В. Фондирование государственных средств финансирования практического здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.11-17.

111. Тихомиров А.В. Переход к персонализированному фондодержанию средств государственного финансирования здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.18-23.

112. Тихомиров А.В. Современное состояние идеологии здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.2-4.

113. Тихомиров А.В. Диверсификация способов государственного финансирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.17-22.

114. Тихомиров Ю.А. Договоры в экономике. М.: Экономика, 1993, С.13.

115. Указ Президента Российской Федерации от 24 декабря 1993 г. N 2296 «О доверительной собственности (трасте)».

116. Указ Президента Российской Федерации от 9 марта 2004 г. N 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти»

117. Указ Президента РФ от 4 августа 2006 г. N 842 «О порядке образования общественных советов при федеральных министерствах, федеральных службах и федеральных агентствах, руководство деятельностью которых осуществляет Президент Российской Федерации, при федеральных службах и федеральных агентствах, подведомственных этим федеральным министерствам».

118. Устав федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. N 857 (в ред. Постановления Правительства РФ от 16.12.2004 N 795).

119. Федеральный закон «Гражданский Кодекс Российской Федерации. Часть первая» от 30 ноября 1994 года № 51-ФЗ. Часть первая (в ред. Федеральных законов от 20.02.96 N 18-ФЗ, от 12.08.96 N 111-ФЗ, от 08.07.99 N 138-ФЗ). Федеральный закон «Гражданский Кодекс Российской Федерации. Часть вторая» от 26 января 1996 года № 14-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 12.08.1996 N 110-ФЗ, от 24.10.1997 N 133-ФЗ, от 17.12.1999 N 213-ФЗ).

120. Федеральный закон от 13 июня 1996 года № 63-ФЗ «Уголовный кодекс Российской Федерации» (в ред. Федеральных законов от 27.05.1998 N 77-ФЗ, от 25.06.1998 N 92-ФЗ, от 09.02.1999 N 24-ФЗ, от 09.02.1999 N 26-ФЗ, от 15.03.1999 N 48-ФЗ, от 18.03.1999 N 50-ФЗ, от 09.07.1999 N 156-ФЗ, от 09.07.1999 N 157-ФЗ, от 09.07.1999 N 158-ФЗ, от 09.03.2001 N 25-ФЗ, от 20.03.2001 N 26-ФЗ, от 19.06.2001 N 83-ФЗ, от 19.06.2001

N 84-ФЗ, от 07.08.2001 N 121-ФЗ, от 17.11.2001 N 144-ФЗ, от 17.11.2001 N 145-ФЗ, от 29.12.2001 N 192-ФЗ, от 04.03.2002 N 23-ФЗ, от 14.03.2002 N 29-ФЗ, от 07.05.2002 N 48-ФЗ, от 07.05.2002 N 50-ФЗ, от 25.06.2002 N 72-ФЗ, от 24.07.2002 N 103-ФЗ, от 25.07.2002 N 112-ФЗ, от 31.10.2002 N 133-ФЗ).

121. Федеральный закон от 29 июля 1998 года № 135-ФЗ «Об оценочной деятельности в Российской Федерации».

122. Федеральный закон «Бюджетный кодекс Российской Федерации» от 31 июля 1998 года № 145-ФЗ (в ред. Федерального закона от 05.08.2000 N 116-ФЗ).

123. Федеральный закон «Налоговый Кодекс Российской Федерации. Часть первая» от 31 июля 1998 года № 146-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 09.07.1999 N 154-ФЗ, от 02.01.2000 N 13-ФЗ, от 05.08.2000 N 118-ФЗ (ред. 24.03.2001). Федеральный закон «Налоговый Кодекс Российской Федерации. Часть вторая» от 5 августа 2000 года № 117-ФЗ (в ред. Федерального закона от 29.12.2000 N 166-ФЗ).

124. Федеральный закон от 8 августа 2001 года № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (в ред. Федеральных законов от 13.03.2002 N 28-ФЗ, от 21.03.2002 N 31-ФЗ, от 09.12.2002 N 164-ФЗ, от 10.01.2003 N 17-ФЗ, от 27.02.2003 N 29-ФЗ).

125. Федеральный закон от 21 декабря 2001 года № 178-ФЗ «О приватизации государственного и муниципального имущества».

126. Федеральный закон от 27 декабря 2002 г. N 184-ФЗ «О техническом регулировании».

127. Федеральный закон Российской Федерации от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

128. Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» (в ред. Федеральных законов от 29 июля 2000 года N 106-ФЗ; от 7 мая 2002 года N 47-ФЗ; от 24 июля 2002 года N 107-ФЗ; от 11 декабря 2002 года N 169-ФЗ; от 4 июля 2003 года N 95-ФЗ; от 19 июня 2004 года N 53-ФЗ; от 11 декабря 2004 года N 159-ФЗ; от 29 декабря 2004 года N 191-ФЗ; от 29 декабря 2004 года N 199-ФЗ; от 21 июля 2005 года N 93-ФЗ; от 31 декабря 2005 года N 199-ФЗ; от 31 декабря 2005 года N 202-ФЗ; от 31 декабря 2005 года N 203-ФЗ; от 3 июня 2006 года N 73-ФЗ; от 12 июля 2006 года N 106-ФЗ; от 18 июля 2006 года N 111-ФЗ; от 25 июля 2006 года N 128-ФЗ; от 27 июля 2006 года N 153-ФЗ; Пост. Конст. Суда РФ от 4 апреля 2002 года N 8-П; от 12 апреля 2002 года N 9-П; от 9 июля 2002 года N 12-П).

129. Федеральный закон от 28 августа 2004 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон “Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации” и “Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»».

130. Федеральный закон Российской Федерации от 4 апреля 2005 г. N 32-ФЗ «Об Общественной палате Российской Федерации».

131. Финансирование общих врачебных (семейных) практик в условиях обязательного медицинского страхования. Методические рекомендации. М., МЗ РФ, 2003. – 44 с.

132. Цены и ценообразование. Под ред. В.Е.Есипова: Учебник для вузов. 3-е изд. – СПб.: ИНТЕР, 1999.

133. Шабров А.В., Парцерняк С.А., Юнацкевич П.И., [www.medem.ru/science/integrativnaya\\_medicina](http://www.medem.ru/science/integrativnaya_medicina), 2006
134. Шипова В.М., Лебедева Н.Н. Стоимостные оценки медицинских услуг (методика расчета). /Под ред. О.П.Щепина. – М.: ГРАНТЬ, 2000. – 200 с.
135. Экономика и право: Учебное пособие для вузов. /Никитин А.М., Цыпкин Ю.А., Эриашвили Н.Д. и др. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, Закон и право, 1999. – 815 с.
136. Юфантопулос Я. О системах оплаты медицинских услуг. //Главврач, 2003. - № 11. – С.49-52; - № 12. – С.50-53.
137. Davis K., Cooper B.S. Американское здравоохранение: почему столь дорогостоящее? Пер. с англ. Панова А.В. //Главный врач: хозяйство и право, 2004, № 1, С.36-43.
138. Harris J. The Social Work Bussiness. UK, 2002. – 240 p.
139. [www.allnice.info/exhibition/nice2006](http://www.allnice.info/exhibition/nice2006)
140. [www.kremlin.ru/priorities/31007.shtml](http://www.kremlin.ru/priorities/31007.shtml).
141. [www.kurgan-med.ru](http://www.kurgan-med.ru)
142. [www.mcramn.ru](http://www.mcramn.ru)
143. [www.medlicenz.ru](http://www.medlicenz.ru)
144. [www.mednet.com/medeks/home.htm](http://www.mednet.com/medeks/home.htm)
145. [www.miac.zdrav.spb.ru](http://www.miac.zdrav.spb.ru)
146. [www.rost.ru/projects/health/health\\_main.shtml](http://www.rost.ru/projects/health/health_main.shtml).
147. [www.strana.ru/doc/barriers.html](http://www.strana.ru/doc/barriers.html)
148. [www.ysia.ru](http://www.ysia.ru), ЯСИА, 28.06.2006

Алексей Владимирович Тихомиров

# Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения

Редактор А.В.Тихомиров

Компьютерная верстка А.В.Иванов

Подписано в печать 01.12.2006. Формат 60х84<sup>1/16</sup>

Печать офсетная. Бумага 80 гр/м<sup>2</sup>.

Тираж 1500 экз.

НП ИЦ “ЮрИнфоЗдрав”:

127018, г.Москва, ул. 1-ая Ямская, д.3/7 - 13.

Тел./факс (495) 602-64-81

E-mail: [jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru](mailto:jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru)

Отпечатано в ООО “Домино ПК”

117292, г.Москва, ул.Вавилова, д.65