

ОБЩЕСТВО И РЕФОРМЫ

*А.С. АКОПЯН***Здравоохранение в рыночной России**

Здравоохранение занимает исключительное место в социально ориентированной рыночной экономике. Вопрос оказания платных услуг в государственных учреждениях здравоохранения или невозможность получения в них бесплатной квалифицированной медицинской помощи становится наиболее болезненным для людей, постоянным источником недовольства, напряженности, политических спекуляций.

В планах правительства на среднесрочный период в качестве первоочередной определена задача оптимизации сети лечебно-профилактических учреждений и уточнения обязательств государства по предоставлению медицинской помощи населению. В первую очередь требуют уточнения такие вопросы, как: оценка стоимости медицинской помощи населению ("стоимость системы здравоохранения"); переход на преимущественно страховой принцип расчета; расширение прав учреждений здравоохранения в финансово-хозяйственной деятельности.

Предполагавшиеся Минэкономразвития РФ в 2001–2004 гг. подходы к возможному пути реформирования системы обязательного медицинского страхования (ОМС), новый законопроект об ОМС поддержки не нашли. Принято решение о разработке нового проекта Министерством здравоохранения и социального развития (Минсоцдравом) РФ. Но поскольку в сферу действия нового объединенного министерства вошло не только здравоохранение, но и социальное развитие, трудовые отношения, споры и конфликты, выплата зарплат, пособий, пенсий, предоставление льгот, физическая культура и спорт, туризм, защита прав потребителей, занятость, безработица, трудовая миграция, альтернативная гражданская служба и демографическая политика, весьма вероятно, что его руководство будет вынуждено заниматься решением срочных и сиюминутных задач, постоянно "разруливая" ситуацию (вспомним деятельность вице-премьеров О. Сысуева, В. Матвиенко, Г. Кареловой), снимая наиболее болезненные в тот или иной период проблемы, вызывающие раздражение населения, средства массовой информации или верховной власти. Вновь на второй план отойдут стратегические проблемы отрасли – более инерционные, структурные, однако без их решения вновь и вновь будут воспроизводиться те самые кризисные ситуации, выход из которых отнимает у руководства все силы.

Основной *идеей* заявленных ныне министерством структурных преобразований является создание новой формы некоммерческой организации, сегодня не предусмотренной ни Гражданским кодексом (ГК) РФ, ни Федеральным законом "О некоммерческих организациях". Возможность появления новых форм некоммерческих органи-

заций определяется ст. 50 ГК РФ, предусматривающей таковые, если они легитимизируются на уровне федерального закона. Например, исходно ГК РФ не называет ныне существующие формы некоммерческого партнерства, государственной корпорации, автономной некоммерческой организации. Последние введены в хозяйственно-правовой оборот законом "О некоммерческих организациях", куда по логике и планируется поместить новую организационно-правовую форму¹. Необходимость подобных перемен авторы предложения объясняют неспособностью государства (вернее, его аппарата) выполнять социальные обязательства перед населением по оказанию бесплатной медицинской помощи, невозможностью и нежеланием содержать уже основательно коммерциализированные медицинские учреждения в прежнем статусе. Целесообразность введения новой организационно-правовой формы в системе здравоохранения определяется через изменение сущности существующих учреждений, основной уставной функцией которых до настоящего времени (в большинстве случаев пусть уже весьма формально) является оказание бесплатной для населения медицинской помощи в рамках государственных гарантий.

Введение новой формы предполагает решение трех основных вопросов: как зарабатывать средства; кто является собственником основных средств; как этот собственник отвечает по взятым на себя обязательствам. В качестве вариантов новых некоммерческих организаций предлагаются: автономное учреждение; специализированная государственная (муниципальная) некоммерческая организация (СГМНО); государственная (муниципальная) автономная некоммерческая организация (ГМАНО). Такая реорганизация, на мой взгляд, узаконивает неопределенность сложившихся *de facto* в кризисные 1990-е гг. хозяйственных отношений между государством и его учреждениями, предоставляющими возмездные услуги в области здравоохранения, имущество которых находится в государственной собственности. Взамен собственник имущества не несет субсидиарной ответственности за эти учреждения и не финансирует их по смете.

Не обсуждая основополагающие принципы вещного и обязательственного права в рыночной экономике, соответствия такой организационно-правовой формы праву хозяйственному, можно лишь констатировать, что, во-первых, это означает выход государственных учреждений, созданных для оказания бесплатной помощи, из-под действия ст. 41 Конституции РФ, так как некоммерческие организации могут законно осуществлять предпринимательскую деятельность. Во-вторых, такая система лишает сметного финансирования медицинские учреждения "бедных" территорий с низким уровнем собираемости единого социального налога, результатом чего станет несоблюдение минимальных санитарных норм и невыполнение стандартов лечения, не говоря уже об окончательном разорении этих учреждений.

Одновременно успешные государственные автономные некоммерческие организации оказываются в положении, когда не только бюджет (государство) не осуществляет их сметного финансирования, но и сами они финансируют государство, полностью взяв на себя бремя содержания находящегося в их распоряжении имущества без закрепления вещных прав этих организаций по законам, действующим в других отраслях экономики. Специфика работы данных организаций также будет определяться характером деятельности сектора (здравоохранение, образование или культура), в котором она будет реализовываться, но ситуация представляется все более запутанной. В любых законодательных рамках возможно возникновение разных, иногда непредвиденных законодательством институтов или норм поведения, в том числе неэффективных, получивших название "институциональных ловушек" [Полтерович, 2003]. В связи с этим стоит обсудить альтернативные подходы к повышению **структурной эф-**

¹ Об этом говорилось, в частности, на международном семинаре "Опыт реформирования здравоохранения Франции и перспективы реструктуризации медицинских учреждений (комментарии к законопроекту об изменении организационно-правовых форм российских медицинских учреждений)", прошедшем в Париже 24–28 мая 2004 г.

фективности системы здравоохранения Российской Федерации на основе уже принятой законодательной базы.

Право на получение бесплатной и платной медицинской помощи

Платная медицинская помощь и частная система здравоохранения – не синоним. Большая часть платных услуг сегодня оказывается не в частном секторе, а в государственном. Последнее обстоятельство дает основания заявлять о тотальной и повсеместной платности медицинской помощи. Роль частной медицины в стране при этом не очень значительна. Доля частных амбулаторных учреждений – 11,1%, больничных – 0,9%; численность врачей, работающих в негосударственных структурах, составляет 2,4%, среднего медицинского персонала – 1,7% [Стародубцев, 2004, с. 506]. Разница лишь в том, официально вносится плата за лечение или осуществляются некие теневые платежи. Кроме того, возможность получения даже бесплатных медицинских услуг и квалифицированной помощи тем выше, чем влиятельнее человек и выше его материальное или социальное положение. Об этом, в частности, говорил В. Путин в 2001 г. в своем послании Федеральному собранию Российской Федерации: "... нарастающие платности порождает скрытую коммерциализацию государственных и муниципальных больниц и лечебниц. При этом система медицинского страхования, которая призвана компенсировать больным людям расходы на лечение, действует неэффективно. По факту – на основе сети бюджетных медучреждений – у нас сформировалась скрытая, но почти узаконенная система платной медицинской помощи, в которой подчас царит произвол и нет вообще никакой социальной справедливости" [Путин, 2001].

Подобная легитимация сегодня в основном рассматривается в контексте ст. 7 Конституции РФ, где охрана здоровья перечислена в ряду задач социального государства. Признается и защита (обеспечение) государством двух основных прав – права на достойную жизнь и права на свободное развитие. *Достойная жизнь* прежде всего характеризуется наличием минимального набора бесплатных для человека благ (объемы медицинской помощи, предусмотренные Программой государственных гарантий), а *свободное развитие* – возможностью беспрепятственного доступа к дополнительным, хотя и не бесплатным для человека благам [Шиляев, Найговзина, Ковалевский, 2001]. В России в качестве гарантии права на свободное развитие в сфере охраны здоровья предусмотрен такой конституционный институт, как **частная система здравоохранения**, ниша которого во многом оказалась занята за счет коммерциализации государственных лечебных учреждений, прежде всего специализированных и высокотехнологичных центров. Важной институциональной предпосылкой здесь являются "государственнические" социокультурные установки россиян. Например, подавляющее число москвичей (67%), пользующихся платными услугами, предпочитают не частные заведения, а хозрасчетные подразделения и центры крупных бюджетных больниц.

В соответствии со ст. 2, 17-19 Конституции РФ государство и муниципальные образования на деле должны принимать меры, способствующие становлению и укреплению частной медицины. Правда, следует признать, что созданием льготных условий, которые необходимы для стимулирования частной инициативы в сфере предоставления медицинских услуг, никто не занимается, скорее – наоборот. Обосновывается это тем, что коль скоро такой институт по разным причинам не складывается, то государство и муниципальные образования не только вправе, но и обязаны для обеспечения реализации гражданами этого конституционного права предоставить своим учреждениям здравоохранения возможность оказывать услуги (платные) сверх тех (бесплатных), которые гарантируют право на достойную жизнь. Это, по сути, и предусмотрено в ст. 219 ч. 2 Налогового кодекса РФ (2001): право вычета сумм оплаты лечения (налоговая льгота, социальный налоговый вычет) из налогооблагаемой базы предоставляется налогоплательщику, если лечение производится в медицинских учреждениях. В результате государственные медицинские учреждения на ниве платной медицины получили существенные преимущества по сравнению с частными и, конкурируя с ними, все

дальше вытесняют их с рынка при помощи административного ресурса и бюджетных ассигнований.

Для закрепления такого положения вещей исполнительной властью предлагается в качестве частной системы здравоохранения рассматривать не **систему субъектов** – организаций, основанных на частной форме собственности, а **систему отношений** по оказанию платных услуг, возникающих с целью реализации конституционного права граждан на свободное развитие в сфере охраны здоровья. Субъектами таких отношений могут быть как частные организации здравоохранения, так и те из государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, которым предоставлено право оказывать платные медицинские услуги [Азаров... 2002]. Такая трактовка законодательства представляется небесспорной, так как ряд его пунктов вступает в логическое противоречие с нормами гражданского законодательства, Бюджетного кодекса РФ, принципами ценообразования, ролью и функциями государственного аппарата, не говоря уже о механизмах реализации путем *"четкого нормативного разграничения оснований, объемов и условий оказания бесплатной и платной медицинской помощи, исключаящего возможность ограничения прав на получение бесплатной медицинской помощи"* [Шиляев, Найговзина, Ковалевский, 2001].

Признавая низкую экономическую целесообразность приватизации объектов здравоохранения, нельзя игнорировать и то, что родовой особенностью частной системы, в отличие от государственной – бюджетной, является правомочие преимущества, которое сводится к тому, что при конкуренции вещного и обязательственного прав в первую очередь должно осуществляться вещное право как экономическая и правовая категория защиты производителя медицинских услуг от административного произвола и предпринимательского интереса чиновника. Последний распространяет административные правомочия на плоды предпринимательской деятельности медицинской организации. Данное обстоятельство становится основой оппортунистического поведения руководителей коммерциализированных структурных подразделений, усугубления конфликта интересов государственных служащих и должностных лиц, ведущих предпринимательскую деятельность.

Следует отметить, что "Порядок предоставления платных медицинских услуг в государственных учреждениях", утвержденный постановлением Правительства РФ от 13 января 1996 г., вводился подзаконным актом как временная, вынужденная мера. Эта мера представлялась необходимой для физического выживания медицинских учреждений в период инфляции и хронического недофинансирования 1991–1997 гг. Однако в результате произошла "феодализация" этих учреждений. В то же время **изменений организационно-правовых форм**, предполагающих их превращение в коммерческие организации – государственные и муниципальные унитарные предприятия², хозяйственные товарищества и общества, предусмотренные ГК РФ (1995 г.), – не происходило, так как подразумевало уменьшение зоны компетенции в хозяйственно-властных и кадровых полномочиях отраслевых управленцев. Произошла легализация продажи услуг, уже формально оплаченных из бюджета по заниженным (доступным) ценам. Но такая схема не обеспечивала выработки механизма устойчивого развития и функционирования медицинских учреждений, их реальной самостоятельности, не давала возможностей для содержания производственной базы в надлежащем состоянии.

Группы влияния и проблемы управления

Если раньше отечественная система собственности контролировалась не по экономической, а прежде всего по идеолого-политической линии через четко выстроенную систему партийных структур, то с их разрушением непосредственные управленцы во всех отраслях фактически узурпировали полномочия собственников. Такая ситуация

² Указом Президента РФ от 23 мая 1994 г. № 1003 "О реформе государственных предприятий" прекращено создание новых федеральных государственных предприятий с закреплением за ними государственного имущества на праве полного хозяйственного ведения.

"конфликта собственности" характерна и для здравоохранения, где право на хозяйственную самостоятельность главных врачей фактически предоставляет им власть собственников, хотя формально они – лишь управляющие вверенными им руководству учреждениями. Неопределенность этих отношений, поддерживаемая во многом искусственно, – основная среда, которая сформировала такую мощную группу влияния, как менеджерско-собственнический суррогат [Плискевич, 1999]. Идеологические установки последнего можно условно разделить на две группы: "врачевателей" и "финансистов". При этом первые заявляют о том, что здоровье – главная ценность и экономить на нем кощунственно, "финансисты" же делают акцент на всевозможных источниках финансирования и льготах для "своих" учреждений.

Во власти главных врачей (директоров) оказались сегодня все материальные и людские ресурсы возглавляемых ими больниц, медсанчастей и поликлиник. Получилось так, что позиции главного врача, директора тем прочнее, чем надежнее он охраняет свои "владения" как от постороннего влияния, так и от новаторских инициатив "снизу", а также от пассивного собственника в виде государства. Получив право на хозяйственную самостоятельность и распоряжаясь вверенными им ресурсами как собственники, главные врачи если не нарушают должностных инструкций, то и не несут никакой ответственности за нерациональное использование этих ресурсов. При этом они постоянно находятся под угрозой несоответствия занимаемой должности или злоупотребления служебным положением, причем независимо от реального результата деятельности. Например, **учреждение**, оказывающее платные услуги населению, фактически работает как **предприятие**, а его руководитель невольно и постоянно находится в противоречии между Бюджетным кодексом РФ и гражданским законодательством. В любой момент он может быть обвинен в нарушениях финансовой дисциплины и в "нецелевом использовании средств". В такой ситуации любая реструктуризация и рационализация имеющегося коечного фонда просто невыгодна главным врачам, тем более если это может уменьшить сметное финансирование. Предложения о развитии новых, юридически самостоятельных форм, предусмотренных законодательством, рассматриваются как покушение на отчуждение своей "собственности", содержание и жизнеобеспечение которой так или иначе оплачивается государством. Гуманность миссии, чистота "белого халата", обретенные связи зачастую являются единственным доводом для существования многих лечебных учреждений в прежнем статусе.

От такого консервирования отрасли, помимо прочего, страдает и медицинская наука. Известные кафедры и научные коллективы, возглавляемые учеными-клиницистами, утратили свои идеологические и руководящие функции в пользу главных врачей, которые ранее в крупных медицинских центрах осуществляли в основном организационно-снабженческие функции. К тому же главный врач в любой момент имеет право попросить их освободить помещения клиник, где они исторически практиковали, например, с целью реорганизации, ремонта или под другим предлогом. В случае столкновения интересов никакие научные заслуги не помогут – юридических прав на исконно занимаемые помещения у кафедр чаще всего нет.

Но даже там, где главные врачи и органы управления идут на нововведения и согласны, например, на законную сдачу в аренду части больничных или поликлинических площадей для создания медицинских хозяйственных структур, предусмотренных ГК РФ, их организаторы попадают теперь в полную зависимость от чиновников, регулирующих имущественные отношения (ГКИ). Арендные отношения для коммерческих организаций в основном регулируются и подтверждаются *ежегодно* продлеваемыми договорами. Эти договоры на деле держат коллективы в "подвешенном" состоянии, формируют психологию временщиков, зависимости от колебаний конъюнктуры. В реальной практике эта форма выбирается арендодателем как не требующая по закону государственной регистрации. Такая ситуация, даже если договор продолжает действовать в течение ряда лет автоматически, в итоге приводит к неизбежному, хотя и незаконному ограничению хозяйственно-правовой дееспособности юридического

лица со стороны других ведомств, позволяет разрушить или захватить предприятие путем расторжения аренды. Рычаги судебной защиты договора аренды без государственной регистрации практически не действуют. Такая ситуация способна парализовать текущую лечебную работу (приобретение лекарств, хранение наркотических средств, очередное лицензирование и т.д.). К тому же никто не знает, какая площадь нежилых помещений принадлежит Минздравсоцразвитию, каков норматив общей и полезной площади на одну клиническую койку и как он выполняется, как эти помещения эксплуатируются, что сдается в аренду и по каким ставкам и т.д. Открытого, цивилизованного предложения (рынка) аренды производственных площадей здравоохранения также не существует.

При этом выявляется стратегия – в обход законодательства и любыми способами нарушать императивные (правовые) нормы определения ставки арендной платы, произвольно их повышая. Такая же ситуация происходит с теплоснабжением, другими эксплуатационными и коммунальными расходами. Подобная практика снижает устойчивость и конкурентоспособность негосударственных медицинских организаций. При этом государственные учреждения, оказывая аналогичные платные услуги, подобных обременений не несут, а их сотрудники дополнительно оплачиваются из бюджета и государственных фондов как работники бюджетной сферы.

На сегодняшний день в отрасли сложился баланс *пяти групп интересов* (органы управления, фонды и страховые компании, главные врачи, трудовые коллективы и сами пациенты), поддерживающий *status quo* на разной степени конфликта этих интересов. В основном ситуация регулируется "мягким" административным управлением и профессиональным соответствием врача, его профессиональной культурой в части само- и взаимоконтроля. На этот баланс, по сути, работает и вся социальная политика в области здравоохранения, ориентированная, как и в других сферах, на поддержание социальной стабильности, а не на помощь наиболее слабым [Государственная... 2003].

Для платного здравоохранения необходимо создать четкую **правовую** (статусную) и **экономическую** (производственную) базу – о чем, как уже было отмечено, однозначно заявил еще в 2001 г. Путин. Эти нормативы должны быть определены для всех территорий, и за их выполнение обязаны отвечать конкретные должностные лица. При этом не менее важно и простое соблюдение уже существующего законодательства, и создание четких механизмов его реализации.

Структура системы государственного здравоохранения

В качестве исторической справки отмечу, что государственная медицина в России существует уже более 400 лет. Ее основополагающим принципом еще в XVI в. была признана "необходимость государственной заботы о больных и немощных". В отличие от стран Западной Европы с сильными общественными институтами и традициями, становление отечественного здравоохранения в основном проходило в недрах российской государственности: от первых государственных учреждений – Аптекарского приказа (1581 г.), Медицинской канцелярии (1721–1762 гг.), Медицинской коллегии (1763–1803 гг.) до создания приказной медицины, уездных врачей, позднее – врачебных управ с определенным уровнем децентрализации и элементами хозяйственной самостоятельности. Во второй половине XIX в. в стране появилась земская медицина, затем фабрично-заводская и городская (муниципальная), сформировались ведомственные службы (путей сообщения, пограничной охраны). В 1918 г. было создано *единое государственное здравоохранение*, объединившее все ранее существовавшие системы и формы российской медицины и основывающееся на таких *принципах*, как *бесплатность и доступность, профилактика, единство науки и практики, участие населения в мероприятиях по охране здоровья*. Именно эти принципы в свое время сделали отечественную государственную медицину ценнейшим достоянием нашего здравоохранения [Мирский, 2003].

Существующая сегодня в России система управления здравоохранением часто характеризуется как сложная и громоздкая [Комаров, 2002]. Она страдает всеми прису-

щими отечественной управленческой культуре организационными патологиями и прежде всего господством структуры над функцией [Пригожин, 1998]. Долгие годы у руководителей отрасли действовал стереотип: возникла проблема – надо создать новую структуру для ее решения. В результате сегодня, согласно последнему варианту номенклатуры учреждений здравоохранения, утвержденному в июне 2001 г., в стране насчитывается 135 типов учреждений здравоохранения, в том числе 47 больничных, 35 амбулаторно-поликлинических, 24 – специализированных больниц и больничных центров, 10 – санаторно-курортных учреждений. Многие из них дублируют друг друга в своих функциях; кроме того, для каждого требуются ведомственные инструкции и специальные документы, особые формы отчетности, учета и т.п. Кроме того, при целом ряде министерств и ведомств (около 20) существуют свои медицинские подразделения – "мини-минздравы", действующие автономно.

Таким образом, систем создано много, но они **не ориентированы на гражданина** и не способны оперативно реагировать на возникающие проблемы. Каждая из этих систем ориентируется на свою "вертикаль" в ущерб жизненно необходимым горизонтальным связям. При такой структуре трудно наладить плановое, рациональное управление здравоохранением.

При этом нельзя не признать, что созданная за десятилетия материальная база отрасли функционально вполне современна и рациональна. Диктуемые ею технологические цепочки, взаимосвязи между подразделениями открывают широкие возможности для повышения эффективности оказания медицинской помощи населению. Можно даже сказать, что западная медицина в какой-то степени начинает перенимать наш опыт. В частности, в США формируются *групповые практики по типу поликлиник*, когда ряд врачей объединяются для совместного использования современного оборудования, работы с теми или иными узкопрофильными специалистами, наконец, для удобства и самого врача, и пациента. При этом в рамках одного поликлинического объекта и у нас вполне могли бы сосуществовать юридически и финансово независимые друг от друга специалисты в качестве "семейных" врачей общей практики, включая педиатрическую службу, службу патронажа и женских консультаций.

Экономически оправданным методом реструктуризации управления здравоохранения является **юридическое разукрупнение** части существующих юридических лиц и их структурных подразделений. При этом такое разукрупнение вполне естественно накладывается на технологическое разделение функций, реально существующее между различными подразделениями одного и того же крупного комплекса (например, отделения больницы, разнообразные функциональные и диагностические службы и лаборатории, призванные предоставить услуги пациентам разных отделений). Тогда и руководители, и работники этих подразделений, *de facto* обладающие определенными производственными ресурсами, обретут всю полноту **прав** по их рациональному использованию и будут нести всю полноту **ответственности** за эффективность своей работы в рамках ГК РФ и договорного права.

Между тем предлагаемая схема пугает многих руководителей как отрасли, так и медицинских учреждений. Они опасаются того, что такое разукрупнение может привести к потере управляемости. Однако, на мой взгляд, место административной подчиненности должна занять находящаяся сейчас в тени, но на самом деле первостепенно важная хозяйственная и профессиональная технологическая **взаимозависимость** подразделений. Последняя предопределена местом работы, традициями, займами, маркетингом, отношениями, связями, сопровождающими деятельность каждого врача. При этом нельзя забывать, что врачи – ответственная, здравомыслящая и мотивированная часть общества, вполне способная нести бремя содержания своего "производственного цикла", создания рынка труда, гражданско-правовой и этической ответственности как внутри, так и вне медико-производственного комплекса. Такая схема предполагает передачу прав самофинансируемым производственным единицам, а следовательно, и сокращение функций аппарата и его штатного состава.

Сегодня важно, что дискуссии о **моделях** здравоохранения в разных странах, по существу, сведены к одному – выделению **преимущественного** способа финансирования (из бюджета, из фондов социального страхования, на основе частного страхования, из личных средств граждан). Отечественному здравоохранению денег не хватало всегда. Об этом свидетельствовали и скудное оснащение большинства медицинских учреждений (за исключением ряда ведомственных и специализированных, а также элитных, забиравших в советское время немалую – 10–15% – часть бюджета всей отрасли), и традиционно низкая оплата труда медицинских работников. С началом экономических реформ эти проблемы резко обострились. В результате, как уже было отмечено, государственные медицинские учреждения стали оказывать платные услуги населению. Однако такой способ решения тактических задач финансирования, который действительно помог выжить в трудные 1990-е гг., в совокупности с нежеланием заниматься структурными преобразованиями отрасли, имел и свою оборотную сторону.

Не желающая улучшать свою структуру (в частности, освободиться от избыточной производственной базы) государственная система здравоохранения не передала свои излишки частной системе. Как следствие этого, с одной стороны, частное здравоохранение в основном заняло помещения, плохо приспособленные для медицинской деятельности, что не могло не сказаться на качестве предоставляемых услуг, специфике методик, уровне безопасности для пациентов, а с другой – бюджет продолжает нести все бремя расходов по содержанию избыточной производственной базы.

В результате за десятилетие частная система медицинской помощи как институт так и не сложилась, точнее – государственный сектор не дал ей развиваться, а сам перехватил ее функции. При этом *доля частных расходов* в финансировании здравоохранения в России сегодня составляет 24%, как в Ирландии (24%) или во Франции (22%). Для сравнения приведу показатели и других стран: в Швеции – 17%, Турции – 42%, США – 56% [Innovations... 1997].

Фактически сейчас можно выделить *три типа государственных медицинских учреждений*. В первом из них официально не оказывают платной помощи, но существует теневой рынок медицинских услуг. Во втором бесплатно выполняют свою основную уставную функцию, но имеют также право на оказание платных услуг, включенных в прейскурант. Наконец, есть организации, в которых удельный вес платной помощи практически сравнялся с бесплатной или значительно превышает ее.

Уже многие больницы и медицинские учреждения фактически уклоняются от выполнения своей основной миссии – оказания бесплатных услуг населению – и стремятся работать на платной основе, как предприятия (что подтвердили данные исследования фонда ИНДЕМ) [Диагностика... 2002]. По этим же данным, объем личных средств, затрачиваемый населением России на медицинские нужды, составляет около 600 млн долл. в год, что равно почти половине всех средств федерального бюджета, выделяемых на здравоохранение. Естественно, что медицинские учреждения, оказывающие платные услуги, не хотят терять и бюджетное финансирование. Немаловажно и то, что все виды материальной ответственности за любую их деятельность несет бюджет. Кроме того, тарифы на коммунальные услуги избыточной базы государственного здравоохранения существенно ограничивают эффективность использования выделяемых отрасли ресурсов, а их рост способен опустошить бюджеты лечебных учреждений.

Для многих специалистов, работающих в системе здравоохранения, становится очевидным, что реализация предложений по расширению платности медицинских услуг без структурных перемен вызовет неизбежный распад системы медицинского обслуживания на две практически не связанные между собой части: "использующую современные медицинские технологии, платную элитарную медицинскую помощь для очень незначительной части населения и безусловно и навсегда отстающую медицину для остальных граждан, которым станут недоступны многие современные виды медицинской помощи, в том числе необходимые по жизненным показаниям. Процесс коммерциали-

зации российского здравоохранения в последние годы идет именно в этом направлении" [Болдов... 2002, с. 60].

Лечащие врачи и пациенты

В части прав пациента сегодня, казалось бы, законодательно сделано все возможное. В Конституции РФ, Основах охраны здоровья, Законе о медицинском страховании, в Гражданском и Уголовном кодексах РФ, Законе о защите прав потребителя обобщено лучшее из мирового опыта. Тем не менее главное, *основное право человека на бесплатную помощь в государственных учреждениях* сегодня окончательно теряет нормы реализации. Видимо, выход из сложившейся ситуации имеет смысл искать не в консервации отношений, получивших развитие в кризисных условиях середины прошлого десятилетия, а на пути четкого разграничения сферы платных и бесплатных медицинских услуг.

Чего хочет врач? Безусловно, достойной оплаты своего труда, причем хороший врач согласен с тем, что она должна зависеть от количества и качества предоставляемых им услуг. По сути, на своем рабочем месте наши врачи давно уже выступают как *предприниматели*, обслуживающие своих пациентов. При этом им безразличен источник оплаты – бюджет, фонд ОМС либо плата самого пациента.

Чего хочет больной? Ему важно четко знать свои права: если он лечится в *государственном* секторе, то какие услуги ему обязаны *бесплатно* предоставить; если необходимы доплаты и соплатежи – то за что доплачивать и какую часть доплата составляет от реальной стоимости его лечения. Существенно для пациента и то, что его деньги пойдут в основном именно тем людям, которые ему эту услугу оказывают, и их не надо будет еще раз "благодарить".

На мой взгляд, в значительной степени удовлетворить запросы врачей и пациентов можно на основе той юридической реструктуризации лечебных учреждений, о которой речь шла выше. Это позволит не разделять богатых и бедных, а в одних и тех же учреждениях оказывать помощь разным группам населения, что, помимо прочего, психологически важно для людей. *Если части структурных подразделений предоставить права юридических лиц*, четко оговорить их функции и ответственность, то можно будет *разграничить и источники их финансирования*. Именно на такой основе, по-моему, целесообразно проводить разграничение платных и бесплатных услуг.

В рамках государственных и муниципальных медицинских учреждений это позволит, с одной стороны, выделить сегменты, призванные оказывать бесплатную медицинскую помощь. Они, и только они, получают право на бюджетное финансирование. С другой стороны, от них будут отделены в юридическом и экономическом плане службы, за работу которых пациент должен будет заплатить. Причем это может быть плата как по линии ОМС, так и из иных страховых фондов, либо плата самого пациента. Данные подразделения могут работать и на государственных площадях и оборудовании, но тогда они должны в полном соответствии с существующей хозяйственной практикой зафиксировать арендные отношения, отношения владения и пользования имуществом и оборудованием с государством и, соответственно, осуществлять арендные и налоговые платежи, реально участвовать в текущем содержании и эксплуатационных расходах больниц, то есть из налогоплательщиков перейти в разряд налогоплательщиков. Причем законом может быть оговорено, что все эти платежи поступают именно медицинским учреждениям, оказывающим бесплатные услуги населению.

Кроме того, такая реструктуризация должна побудить к передаче избыточного коечного фонда и медицинского оборудования частному сектору здравоохранения, который сможет, наконец, обрести нормальную базу для своего развития и создать новые рабочие места. Тогда и частная медицина из сферы межличностных отношений, в которой она ныне фактически пребывает, выйдет наконец в сферу отношений собственности.

При этом совершенно не обязательно, что различными формами помощи (платной и бесплатной) пользуются различные люди. Например, человек может лежать в бес-

платном отделении, но ряд видов обследований или процедур ему легально сделают на платной основе. Это и есть нормальная система "соплатежей". Технологическое и программное обеспечение такой платежной системы сегодня вполне доступно.

В таких условиях впервые открывается возможность для **реального просчета себестоимости** медицинских услуг именно в нашей конкретной ситуации, не прибегая к чуждым для нас западным расценкам. А цены на услуги, как мне кажется, не будут сверхвысокими: уже сейчас предложение медицинских услуг столь велико, что не позволит их взвинтить.

Производственный характер деятельности субъектов здравоохранения в рыночных условиях требует соответствующего набора экономических прав, свобод и защищенности для руководителей и предполагает необходимое разделение юридических лиц по организационно-правовым формам и форме собственности. В условиях, когда внутри здравоохранения на отношения "типа рыночных" средств будет не хватать еще долго, право собственности и имущественного найма (аренды), другие вещные обременения трудовых коллективов должны стать такой же основополагающей экономической категорией, как и в других отраслях.

Чтобы система медицинского страхования реально заработала, необходимо множество юридически и экономически независимых производителей, имеющих реальные стимулы к предпринимательской активности. Только после этого страховые платежи имеют шанс стать удобными и надежными, смогут защищать семейный бюджет от непредвиденных обстоятельств. Предлагаемая реструктуризация как раз и создает соответствующего этой задаче **производителя**. А потребитель – пациент сможет, наконец, получить четкий ответ, за что и из каких источников он должен заплатить, а какие услуги ему обязаны предоставить бесплатно. Потребности населения и внедрение высокотехнологичных видов помощи повлияют на соотношение амбулаторной и стационарной помощи, а стандартизация методов лечения обеспечит надлежащий уровень безопасности для пациента.

Реструктуризация сети учреждений здравоохранения

Вопрос оказания платных услуг в государственных учреждениях здравоохранения или невозможность получения в них бесплатной квалифицированной медицинской помощи остается наиболее болезненным для населения, постоянным источником недовольства, напряженности, политических спекуляций. Задачу реструктуризации сети учреждений здравоохранения логично рассматривать, помня о существенном доминировании государственной системы. На Коллегии Минздрава РФ 18 марта 2003 г. выдвинута задача экономически обоснованной реструктуризации сети учреждений здравоохранения (в плане – утверждение документа к концу 2003 г.), которая пока не представлена. Реализация заявленной программы, кроме целенаправленной работы органов управления здравоохранением, потребует определения возможностей и географии медицинских организаций в пределах медико-производственного комплекса, источников финансирования, соплатежей, ценообразования во всем его многообразии, механизмов защиты от "распыления" бюджетных средств, создания четкой и прозрачной структуры медицинских организаций и их правомочий по использованию имущества и других параметров функционирования индустрии здоровья.

Учитывая требования к экономической обоснованности реструктуризации, необходимо правильно определить основной принцип реструктуризации сети государственных лечебных учреждений, опирающийся на уже действующие законодательные акты и приемлемый для сложившегося *de facto* положения вещей. Наиболее логичным в такой ситуации представляется разделение субъектов здравоохранения в первую очередь по источникам финансирования. Почти все 18 тыс. государственных медицинских организаций сегодня существуют в организационно-правовой форме некоммерческих организаций-учреждений.

На мой взгляд, такая форма должна составлять примерно 55–65% от всех медицинских организаций и объединять производственную базу здравоохранения территорий, скорой и неотложной видов помощи, работать в рамках бюджетно-сметного финансирования (тарифы), имеющего источником *только бюджет* (реальный) и *платежи по линии ОМС*. Их имущество остается в государственной собственности; заработная плата, коммунальные платежи, текущий и капитальный ремонт, оснащение и переоснащение – функция государства как собственника и учредителя. Основная уставная функция – оказание бесплатной медицинской помощи населению в рамках принятых государственных гарантий, соответственно ст. 41 Конституции РФ.

Кроме того, должны быть выделены ведомственные учреждения, в основном много-профильные, социально значимые, оказывающие высокотехнологичные виды помощи, имеющие право на оказание платных услуг населению и делающие это за счет общественных фондов. Они подлежат преобразованию в *государственные (муниципальные) унитарные предприятия* на праве оперативного управления. Доля таковых может составить 6–8%. Их деятельность финансируется за счет средств обязательного и добровольного медицинского страхования, государственного заказа (прикрепленный контингент), оплаты по наличному и безналичному расчету (по законченному случаю). Собственность этих предприятий – государственная; оснащение, оборудование, капитальный ремонт – за счет средств собственника – государства. Здесь должны действовать регулируемые преysкурантные цены; заработная плата сотрудников, коммунальные платежи и текущее содержание производятся за счет средств предприятия. Несмотря на ряд определенных недостатков и "институциональных ловушек", присущих этой форме, она может на определенном этапе быть оправданной. Кстати, в таком статусе сегодня существуют телерадиокомпании, издательские дома, службы озеленения, ритуальных услуг и т.п.

Другим, более мягким с позиций баланса ведомственных интересов вариантом может быть организационно-правовая форма *автономной некоммерческой медицинской организации* – "государственной" (с закреплением государственного имущества в доверительном управлении трудового коллектива). Собственность юридического лица – общая, общая совместная либо смешанная. Этот вид организаций финансируется за счет средств обязательного и добровольного страхования, оплаты услуг за наличный расчет. Устанавливаются договорные и преysкурантные цены. Наделение имуществом происходит со стороны учредителей. Заработная плата, текущее содержание и коммунальные платежи обеспечиваются за счет средств организации.

Наконец, целесообразно создание *хозяйственных товариществ и обществ* по типу предпринимателей без образования юридического лица (ПБОЮЛ). Они могут составить 10–15% учреждений системы здравоохранения. Здесь должны господствовать частная собственность, развиваться арендные отношения на базе государственных медицинских учреждений. Финансирование – прямая оплата, добровольное медицинское страхование (ОМС пока из-за существенных различий между балансовыми, тарифными и рыночными ценами в данной сфере распространения не получило), платежи предприятий за лечение своих сотрудников. Действуют рыночное ценообразование и принцип полного самообеспечения и самофинансирования.

Предложенный принцип реорганизации здравоохранения имеет своей целью четкое **разделение медицинских организаций по организационно-правовым формам с позиций их права на оказание платных медицинских услуг**. По моему мнению, модернизация отрасли в соответствии с изменениями в обществе, произошедшими в последние десятилетия, невозможна без внесения финансовой определенности и прозрачности в работу всех медицинских учреждений. Четкость разграничения платной и бесплатной медицины позволит снять многие проблемы, вызывающие сегодня особое недовольство как у подавляющей части населения, так и у медицинских работников. Только на такой основе станут возможны и *дополнительное привлечение средств* в отрасль, и *рационализация расходования бюджетных средств*, и *снижение* экономических, бюрократических и правовых *издержек* функционирования индустрии здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Азаров А.А., Захаров И.А., Косолапов Н.В., Никульникова О.В. Организационно-правовое обеспечение конституционного права граждан на медицинскую помощь // *Здравоохранение*. 2002. № 10.

Болдов О.Н., Иванов В.Н., Розенфельд Б.А., Суворов А.В. Ресурсный потенциал социальной сферы в 90-е годы // *Проблемы прогнозирования*. 2002. № 1.

Государственная социальная политика и стратегия выживания домохозяйств. М., 2003.

Диагностика российской коррупции: социологический анализ // www.anti-cor.ru/awber-port/rutxt/002.htm.

Комаров Ю.М. Почему пробуксовывают реформы в здравоохранении // *Врачебная газета*. 2002. № 4.

Мирский М.Б. Государственная медицина – оптимальная модель и ценнейшее достояние отечественного здравоохранения. II съезд конференции историков медицины. Материалы. М., 2003.

Плискевич Н.М. Российская приватизация: революция или эволюционный переход? // *Общественные науки и современность*. 1999. № 4.

Полтерович В.М. Институциональные ловушки: есть ли выход? // *Общественные науки и современность*. 2004. № 3.

Пригожин А.И. Организационные управленческие патологии // *Общественные науки и современность*. 1998. № 3.

Путин В.В. Не будет ни революций, ни контрреволюций. Послание Президента РФ Федеральному собранию РФ // *Российская газета*. 2001. 4 апреля.

Стародубов В.И. Проблемы развития здравоохранения на современном этапе // *Модернизация экономики России. Социальный контекст*. В 4 кн. Кн. 2. М., 2004.

Шиляев Д., Найговзина Н., Ковалевский М. Правовые основы платного здравоохранения // *Медицинское страхование в России. Информационный бюллетень* № 4 (4). 2001.

Innovations in Health Care Financing. Proceedings of World Bank Conference. Washington, March 10–11, 1997.