

А.С. АКОПЯН

Институты здравоохранения и проблемы неопределенности

Экономика как область знания все более приобретает междисциплинарный характер. Институциональный подход наиболее соответствует этой задаче, что учитывает многочисленные "зависимости от предшествующего развития" (*path dependence*). Данная статья посвящена **здравоохранению**, а не медицинской помощи, **институтам**, а не организационным и другим технологиям, также имеющим свои "зависимости".

Институты в повседневной практике – это в том числе и те, кто и кого выгоняют из кабинета, кому и в каких пределах подчиняются, платят, назначают, увольняют, награждают, наказывают, дают оценку и т.д. Известно, что в любых законодательных рамках возможно возникновение разных, иногда не предвиденных законодателем, институтов или норм поведения.

Большой интерес представляют ситуации, в которых "правила игры" определяются не наилучшим образом либо вообще не выполняются. Наконец, нередко случаи, наиболее проблематичные, когда высокая институциональная нестабильность на одном уровне системы сочетается с высокой зависимостью от предшествующего развития на другом. Такие неэффективные, но стабильные нормы В. Полтерович предлагает называть "институциональными ловушками" [Полтерович, 2004] (в западной литературе используется термин *lock-in*).

Сравнить общества "с открытым доступом", основанным на конкуренции в рамках формальных правил, и "с закрытым доступом", в котором формируется замкнутая элитная группа административно контролирующая перераспределение, позволяет пример формирования наиболее обсуждаемой в здравоохранении "ловушки", вызывающей наибольшее раздражение со стороны населения и верховной власти, – предоставление платных медицинских услуг (частная медицинская практика) на базе государственных учреждений здравоохранения. Казалось бы, это вполне рыночное для начала реформ 1990-х начинание сегодня привело к снижению доступности и качества общественных благ¹, монополизации инфраструктуры здравоохранения и средств производства, существенному неравенству в доступности медицинской помощи, блокированию возможности развития частной системы, терминальному снижению ее конкурентоспособности путем создания привилегированных условий для государственных учреждений, институционализации вопиющих различий в равноудаленности доступа к материальным и административным ресурсам.

¹ Основная характеристика общественных благ – отсутствие исключительности и равный неконкурентный доступ к их потреблению, чего никогда не было ни в советской, ни в российской практике.

По логике дело идет к тому, что с определенного момента бесплатные медицинские услуги, даже жизненно необходимые, могут не оказываться вообще. Сегодня эффект "блокировки" инноваций и инвестиций в здравоохранение создается самими действующими институтами и связанной с ними инфраструктурой отрасли. Устранение структурных диспропорций здравоохранения продолжает оставаться нерешаемой задачей становления социального государства и сегодня в очередной раз заявляется в качестве приоритета общественно-политического развития.

Особенности рынка медицинских услуг с позиций действия классических конкурентных механизмов хорошо описаны. Отмечаются нерегулярность и непредсказуемость спроса, его нестабильность, связанность с отклонением от нормального положения вещей. Угроза здоровью личности, ее полноценности, идентичность производства и продукта медицинской услуги, невозможность проверки ее качества до потребления, асимметрия информации, невозможность реституционного возврата обозначаются как "изъяны рынка". Вынужденность потребления сближает рынки юридических и медицинских услуг. Законы конкурентного рынка медицинских услуг в целом мало распространяются на прямой контакт врача и пациента хотя бы потому, что эксплуатируют не лучшие человеческие качества.

Конкуренция среди врачей при этических ограничениях, запрете прямой рекламы и отсутствии явной ценовой конкуренции в основном носит "средовой" характер в том смысле, что реализуется и при "конкурсе родителей" при поступлении в медицинский вуз, и при распределении, "остепенении" и последующем обретении места в иерархии учреждений и должностей. Место в иерархии и определяет статус врача, привлекательность его услуг для потребителя, позволяет конкурировать за платного больного, ставшего сегодня основной ценностью. Конкуренция в здравоохранении сегодня сфокусирована на платном пациенте и в основном носит административный, а не рыночный характер. Поэтому центральная задача – создание институтов конкурентного рынка и систем страхования, обеспечивающих денежное покрытие и экономический интерес производителя к много более широкому кругу застрахованных пациентов.

Неравенство в доступе к медицинской помощи расценивается людьми болезненнее, чем другие виды неравенств (жилье, транспорт, образование, доходы и т.п.). Качественные различия между россиянами разных возрастов касаются всего двух пунктов – больниц и учреждений культуры. Более молодые люди существенно чаще готовы признавать целесообразность частной организации их деятельности [Тихонова, 2008^a; 2008^b]. Согласно опросам, россияне воспринимают здоровье как безусловную ценность. Любые факторы дифференциации доступности воспринимаются как несправедливые.

В русской культуре врач имеет огромное влияние и доступ к душам людей, ему делегируется огромное социальное доверие в обмен на соответствующий уровень социальной ответственности. В любом случае больной хочет видеть врача, а не "коммерсанта", контактировать с ним на комфортном для себя неформальном уровне. Само слово "прибыль" – сигнал, который не допускает доверительных отношений. Факт делегирования пациентами большей части своей свободы выбора в условиях информационного неравенства связывает врача определенными ограничениями, как и любого другого агента в подобных обстоятельствах [Эрроу, 1963].

Рост платных услуг государственного здравоохранения

Как известно, основной проблемой советского здравоохранения был остаточный характер финансирования. "Косметические" мероприятия, проходившие под знаком реформ здравоохранения 1990-х гг., в основном касались манипуляций с потоками финансовых средств и каналами финансирования. Несмотря на обилие частных организаций – юридических лиц, не уступающих по численности учреждениям госсектора, их представленность составляет лишь 1% стационарной и около 10% амбулаторной помощи. С 2000 г. государственное финансирование здравоохранения в реальном выра-

жении росло (в 2005 г. по сравнению с 1999 г. рост составил 40%), на расходы населения на медицинские услуги увеличивались более быстрыми темпами. В 2005 г. они превысили уровень 1999 г. в 2,2 раза (120%). В итоге доля средств населения в финансировании здравоохранения, составлявшая в 1994 г. 11%, достигла в 2005 г. 34% [Шишкин, 2007]. Несмотря на обилие юридических лиц, при слабой (около 1% стационарной и 8–9% амбулаторной) представленности частных медицинских организаций объем платной помощи за счет средств населения превысил 42% и приблизился к 50% совокупных расходов на здравоохранение и сегодня продолжает расти, по состоянию на 2006 г. вдвое превысив аналогичный показатель в странах Европы [Вишневский... 2006].

Институциональной причиной такого развития событий стала сохраняющаяся терминальная задержка исполнения конституционно предусмотренного разделения систем здравоохранения по форме собственности – наиболее либеральной, приватизационной модели реформирования. Принадлежность имущества стала основой отнесения организаций к государственной, муниципальной или частной системе здравоохранения (ст. 12–14 Федерального закона № 2288 "Основы охраны здоровья граждан РФ"). Последняя стала родовым признаком *квалификации* профессиональной деятельности *по форме собственности*, а не по источникам и происхождению привлекаемых средств. При этом институционализация врача как самостоятельного субъекта экономических отношений не получила ни материальной и правовой основы, ни статусной идентификации [Концепция... 2006].

Модель социального страхования, основанная на разделении функций управления, производства и реализации медицинских услуг только на уровне юридических лиц, без реформы отношений собственности, оказалась неконкурентноспособной. Модель социального страхования вообще и обязательного медицинского страхования (ОМС) в частности, изначально предложенная для сдерживания госрасходов, сегодня представлена лишь на уровне названия при фактическом возврате к бюджетной модели. ОМС как страховая структура, обеспечивающая денежное возмещение внутри системы независимо от географии учреждений, включенных в нее, не состоялась. Страховые полисы без индивидуального денежного наполнения лишь подтвердили обязательства по обслуживанию контингента, проживающего на территории регистрации. Сохранение нормативного планирования по численности населения на койко-дни, условные посещения врача поликлиники, финансирование по смете сами по себе стали непреодолимым институциональным барьером для реализации страхового принципа. Сегодня страховые компании в системе ОМС фактически отлучены от страховой деятельности: налоги собирает инспекция по налогам и сборам, средства аккумулируются в системе федерального казначейства, территориальные фонды ОМС сами финансируют больницы и поликлиники, отсутствует система сострахования и соплатежей, право на выбор врача и учреждения не реализуется, сам "бесплатный" застрахованный не оплачивает даже части своей страховки, не имеет индивидуального счета с реальным денежным наполнением, не является объектом интереса ни со стороны врача, ни со стороны учреждения. Сложившаяся структура ОМС – прямая имитация конкурентной модели без всяких шансов обеспечить ее реализацию в будущем [Шейман, 2007].

Регулярно возбуждавшиеся реформаторские посылы, касающиеся уменьшения размера коечного фонда, изменения организационно-правовых форм медицинских организаций уже к 2005 г. практически сошли на нет. За два десятилетия деклараций, обсуждений, намерений не было решено ни одной актуальной из заявленных задач: изменения пропорций оказания стационарной и амбулаторной помощи; введения федеральных медико-экономических стандартов; изменений организационно-правовых форм учреждений; поддержки развития частной медицины путем предоставления в аренду избытка площадей государственного здравоохранения; сокращения коечного фонда; разделения стационаров по степени интенсивности лечения; ухода от подушевого нормирования по численности проживающих на территории в пользу средней себестоимости лечения заболевания, его включения в ту или иную клинико-статистическую группу, и т.п. В итоге произошло то, что противоречит самому смыслу существо-

вания и содержания структуры так называемого государственного здравоохранения в ее нынешнем виде – система все больше работает "вхолостую", так как исчезает массовый потребитель социальных услуг, оплаченных из общественных фондов. Подобная ситуация – прямое следствие институциональных проблем в организации функционирования отрасли. Сама по себе такая ситуация становится причиной для давно назревшей модернизации.

Экономико-политическая среда необратимо трансформировалась от романтических социалистических взглядов 1950–1960-х гг. через авторитарно-номенклатурные реалии коммерциализации 1970–1980-х гг. к изменению системы ценностей и ориентиров в сторону "общества потребления", "дегуманизации", "атомизации личности" 1990–2000-х гг. С нею изменялась социальная сфера переходных экономик не только России, но и других стран, отражая *фазы институционального роста* [Рама В. Бару, 2007]. За это время изменились общественный строй, стадия демографического развития, экономические отношения, структура и характер заболеваемости, возрастная структура общества и уровень его потребления.

Одним из мифов советской медицины было право на неограниченную бесплатную медицинскую помощь по потребности в качестве "огромного социального завоевания" для всех, что не соответствовало действительности [Гуляева]². В настоящее время позиция идеализации советского здравоохранения, без указаний на медико-статистические и институциональные итоги многолетней монополизации предоставления медицинской помощи, вкупе с требованиями приоритетного роста доли ВВП до уровня технологически развитых стран Европы, лоббируется комиссией Общественной палаты по вопросам здравоохранения [Решения... 2006].

В реальности же в отсутствие действенного текущего контроля за использованием ресурсов исполнительная власть сегодня ощущает себя более бизнес-корпорацией, "закрытой надменной кастой" – как определил ее сам В. Путин, вынужденный признать "патовую" ситуацию, – нежеля структурой, созданной на деньги налогоплательщиков для выполнения общественных функций. Справедливости ради надо отметить, что все годы президентства Путин, по крайней мере, на декларативном уровне [Ежегодные... 2006] и в публичных комментариях демонстрировал огромную озабоченность по поводу состояния здравоохранения. Правда, политическую позицию первых лет его президентства, направленную на подрыв отношений "власти-собственности", четкое разграничение сфер деятельности бизнеса и власти, необходимость хозяйственного законодательства, не допускающего произвольного толкования его чиновниками, реализовать, к сожалению, не удалось. Это прямо связано и с ситуацией в здравоохранении.

Отказ от назревших структурных и институциональных преобразований здесь был подменен внезапно начатым с 2006 г. приоритетным национальным проектом "Здоровье", который предусматривал комплекс мер по повышению ресурсной обеспеченности системы здравоохранения. "Вливание" средств в отрасль после почти двух десятилетий забвения и недофинансирования стало приятной неожиданностью. Правда, все "проектирование" осуществлялось быстро и тайно (забыли культуру). Публично не обсуждались ни объем, ни место приложения средств. Заклинания предыдущих лет, особенно после кризиса 1998 г., что средства в первую очередь надо было тратить на структурные и институциональные реформы, а не на инфляционное потребление, были проигнорированы. "Проектирование" не ставило целью пересмотр роли государства и врача в сфере оказания публичных услуг, не предусматривало перераспределения общественных благ в пользу зависимых групп, в чем, собственно, состоят **смысл и**

² Все пореформенные годы озвучивалась ностальгически привлекательная тема "идеализации" советского здравоохранения, плюсы которого появились не на "пустом месте", а минусы проявили себя в ходе последующего институционального развития и продолжают свое действие. *Первичное* звено государственного здравоохранения (в модели Н. Семашко) в 1976 г. действительно было признано оптимальным для развивающихся стран.

суть реформы. Модель же государственного здравоохранения осталась остаточной по финансированию и затратной по расходам, с деградирующими основными фондами, сохраняющимся избытком коечного фонда. Последний сегодня снова начал расти за счет активности богатых ведомств и госкорпораций, предпочитающих иметь "свои" больницы и "свою" медицину, и федеральных госучреждений, институтов и центров, планирующих расширение числа платных услуг с целью повышения своей конкурентоспособности.

Во многом конъюнктурная природа национальных проектов подтверждается тем, что в принятом федеральном бюджете на 2008–2010 гг. вместо них по текущим расходным статьям рассыпано финансирование мероприятий этих проектов. При этом к 2010 г. значительная часть данных мероприятий уже перестанет финансироваться. Иными словами, и через три года Россия будет стоять перед лицом давно назревших социальных проблем независимо от конъюнктуры финансовых рынков [Гонтмахер, 2008].

Окажутся ли средства национального проекта "Здоровье" очередной попыткой "латания дыр", либо станут "премедикацией" для модернизации – покажет время. С первых дней вступления в должность президента Д. Медведев заявил, что "власть не нуждается в комплиментах со стороны экспертного сообщества", продемонстрировал намерение вернуться к вопросу структурных изменений в здравоохранении, пообещав их "продуманность, системность, масштабность, ориентацию на европейскую модель". Ведь впервые для этого есть все: и определившийся круг проблем, и необходимые финансовые средства и валютные резервы, и политическая воля, и организационная среда, способная обеспечить их реализацию.

Государственное медицинское учреждение и его руководитель

Сегодня почти все 18 тыс. медицинских организаций в системе Минздравсоцразвития, кроме ведомственных, не успевших или не сумевших преобразоваться, несмотря на все многообразие организационно-правовых норм, предусмотренных гражданским российским законодательством, существуют в форме некоммерческой организации-учреждения. Ни один законодательный акт не содержит определения "учреждение здравоохранения" (лечебно-профилактическое – ЛПУ, медицинское учреждение) [Лебедев... 2004].

Когда некоммерческим организациям – государственным и муниципальным учреждениям, "постольку поскольку это служит достижению целей, ради которых они созданы" (Федеральный закон "О некоммерческих организациях", 1996 г., ст. 24), были разрешены предпринимательская деятельность и привлечение средств из любых источников, это мотивировалось в основном рыночными императивами. Здравоохранению, оказавшемуся без денег в начале 1990-х гг., надо было либо сокращать явно избыточный госсектор, теряя часть статусного имущества, создавая конкурентов, либо решать проблемы капитала и финансирования.

Система ОМС этой задачи по системным ограничениям выполнить не могла. В новых условиях руководителям всех уровней надо было сохранить контроль над больницами, квалифицированные кадры, доступ к государственным ресурсам, не потерять больных, способных оплатить свое лечение, в целях "выживания" актуализировать другие виды капитала – административного, социального, культурного, личностного, символического и т.д. В целом это удалось. Несмотря на стенания по поводу "шоковой терапии", в России практически нет государственных учреждений здравоохранения, которые были бы ликвидированы по факту их разорения даже во времена почти полного отсутствия финансирования и бартерных отношений середины 1990-х гг.

Со стороны же органов здравоохранения и их учреждений права частной системы исходно игнорировались, воспринимались недоброжелательно, даже враждебно, дискриминировались. Проблемы в лучшем случае не замечались. На базе же государственных учреждений, формально принявших на себя практически все обязательства государства, начала реализовываться "стратегия санкционированного замещения бес-

платных услуг платными, осуществляемая медицинскими учреждениями и их работниками" [Шишкин, 2007, с. 31]. Впрочем, это ее нынешнее определение. По сути же, мы имели и имеем дело с инстинктивными действиями каждого руководителя и работника на всех уровнях организации. Стала популярной и была реализована идея "расширения хозяйственной самостоятельности учреждений" – придание им статуса юридических лиц, а не просто структурных подразделений обл-, гор- и райздоров, возможность пользования "всеми источниками, не запрещенными законодательством РФ", их освобождение от контроля текущей деятельности органами управления здравоохранением. Контроль исполнения заданий сегодня распространяется не на лечебную и хозяйственную деятельность учреждения, а лишь на имущество, поступившее от собственника, и определяет не доходы, а только расходы учреждений здравоохранения и только на содержание имущества собственника (Гражданский кодекс РФ, ст. 210). Сегодня собственники (титлодержатели) больниц и поликлиник – территориальные органы имущественных отношений, являющиеся фактическими работодателями для главных врачей и директоров, но не имеющие ни возможности, ни желания контролировать их деятельность.

Другая особенность "учреждения" – характер его прав на используемое имущество. Среди некоммерческих организаций только организационно-правовая форма учреждения предусматривает не право собственности, а право оперативного управления на используемое имущество (ст. 296, 298 Гражданского кодекса РФ). Только это ограничение объема прав на используемое имущество и субсидиарная ответственность собственника по долгам учреждения обуславливает их некоторую имущественную связь с органами управления. По сути, к обязательствам главного врача (руководителя) перед органами власти относятся такие позиции, как состояние "объекта" и наличие лица, у которого можно спросить, "что там происходит" и кто отвечает за "блатного" больного.

Противоречия и возможности нового статуса по мере его реализации в заданных условиях привели к существенным институциональным деформациям в рамках неконкурентоспособных институтов. Расширение хозяйственных прав руководителей учреждений не сопровождалось соответствующей реинституционализацией их статуса как должностных лиц – субъектов административной системы, изменением организационно-правовых форм соответственно фактическому режиму хозяйствования, более соответствующего статусу государственного унитарного предприятия [Акопян, 2003]. Другое противоречие статуса учреждения состоит в том, что в условиях рыночных отношений имущественные интересы медицинских учреждений противостоят целям публичных учреждений – органов управления здравоохранением на протяжении всей вертикали администрирования [Лебедев... 2004]. Как отмечают В. Стародубов и А. Тихомиров, "граница компетенции органов управления здравоохранением, то есть граница, за которой начинается хозяйственная сфера, должна быть определена и явно выражена" [Стародубов, Тихомиров, 2005, с. 13].

Институциональные последствия предпринимательской деятельности госучреждений здравоохранения

За прошедшие годы в практике значительной части ЛПУ общей стала возможность получать с больных оплату за лечение на основе **договорных цен**, преysкурант которых так или иначе сформировался в каждом лечебном учреждении. В соответствии с исходно конституционно предусмотренным разделением здравоохранения по формам собственности, *частная медицинская практика* – это возмездное оказание услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и медицинской систем здравоохранения. На практике право самого учреждения в лице его администрации на привлечение средств населения и смешение каналов финансирования уже давно сделали нецелевое использование средств способом хозяйствования. Сегодня это основной способ легализации коррупционного тренда – распространения рыночного

поведения на те сферы социальной и экономической жизни, где рыночные сделки формально запрещены законом [Полтерович, 2005].

Многие авторы признают, что наделение государственных и муниципальных учреждений здравоохранения правом на оказание платных медицинских услуг – вынужденная мера, не соответствующая основному правовому статусу данных учреждений и обусловленная современным состоянием российского здравоохранения. Остается открытым вопрос о целесообразности и правомерности оказания государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения платных медицинских услуг [Александрова, Щербина, 2006]. Впрочем, эта ситуация уже вряд ли обратима, обусловлена эффектом "гистерезиса" path dependence. Любая попытка возврата к старым схемам вызовет лишь уход в тень даже того, что сегодня показывается официально [Полтерович, 2004].

Теоретически государственное учреждение здравоохранения должно быть бюджетным. Федеральный закон "О некоммерческих организациях" *учреждением* признает некоммерческую организацию, созданную собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера, финансируемую полностью или частично этим собственником. Однако уставные документы часто не отражают реального положения вещей [Кадыров, 2004]. Уставы большинства государственных учреждений здравоохранения, особенно федеральных, сегодня написаны таким образом, что вполне соответствуют процедурам и структурам частных корпораций (Минюст все это легко утверждает). Поддерживаемая, во многом искусственно, неопределенность отношений собственности стала причиной формирования мощной группы влияния – **менеджерско-собственнического суррогата** [Акопян, 2001; Плискевич, 2000].

В рамках **государственно-корпоративного рынка** и его идеологии создан особый тип законодательства, благодаря которому, например, при желании можно парализовать деятельность и разорить коммерческую организацию, легально работающую в сфере платной медицины с уставной целью "извлечения прибыли", и даже не регулировать цену платных услуг в государственных учреждениях. На практике, если чиновнику приглянутся хорошо оснащенные и оборудованные арендованные площади коммерческого медицинского центра, то, вступив в сговор с главным врачом больницы-балансодержателя, можно расторгнуть без серьезных обоснований даже долгосрочную аренду, что равноценно разрушению предприятия, которое уже в новых условиях шансов восстановиться не имеет. Апелляции к общественности, СМИ, ко всем структурам и ветвям органов власти ничего, кроме репутационных потерь, не дадут, даже если предприятие находилось на условиях аренды с момента "рождения", когда "хозрасчет" для многих специальностей стал мерой вынужденной, связанной с потерей централизованного финансирования по лечению ряда заболеваний. Если же направление будет объявлено приоритетным и будет начато или обещано госфинансирование, арендованные площади коммерческих организаций на базе госучреждений с прикрепленными коллективами станут объектом захвата, как это произошло с многими центрами репродукции человека, планирования семьи, вспомогательных репродуктивных технологий.

Экономические, имущественные права и интересы руководителей коммерческих медицинских организаций во внимание вообще не принимаются. Да и какой спрос с бюджетников? Опыт арендных отношений, социально наиболее приемлемых для функционирования социальной сферы в рыночной среде, в целом оказался печальным. Большинство арендаторов 1990-х гг., имевших соответствующие льготы, во многих регионах были так или иначе вытеснены из занимаемых помещений. А отсутствие арендаторов стало предметом сомнительной гордости псевдогосударственного предпринимательства, фактически паразитирующего на ресурсах публичной (общенародной) собственности. Ситуации бывают разные, как и арендаторы. Но фактом остается то, что ввиду неопределенных отношений собственности сегодня есть возможность противозаконными методами "прибрать к рукам" результаты многолетнего чужого труда.

Руководство базовых больниц, где арендуется помещение, пытаются выступать одновременно от лица балансодержателя, титулодержателя и собственника, по закону таковым не являясь, сегодня явно злоупотребляет своим служебным положением, имеет негласную возможность превышать собственные полномочия под видом защиты государственного имущества и от имени государства. При этом органы прокуратуры, несмотря на явное нарушение уголовного и гражданского законодательства, в лучшем случае остаются на позиции невмешательства, ссылаясь на "спор хозяйствующих субъектов" [Акопян, 2001; 2003]. Ранее успешная медицинская организация при этом оказывается в безвыходном в правовом смысле положении и тихо разоряется или исчезает с рынка, став объектом недружественного поглощения. Естественно, при финансовом дефиците страдает уровень безопасности и качество лечения.

Парадоксально, но сегодня, несмотря на весь уровень фактических полномочий, руководитель государственного медицинского учреждения любого уровня государственным служащим не является, хотя и входит в основную номенклатуру должностей минздравов (или агентств), воспринимается сотрудниками, пациентами, деловыми партнерами как представитель государства и внутри, и вовне своего учреждения и идентифицирует себя таким же образом. Такое движение под "чужим флагом" в здравоохранении предоставляет массу повседневных преимуществ, без которых работа таких квазигосударственных учреждений была бы невозможной. Исполнение полномочий руководителя – должностного лица – балансодержателя при отсутствии ответственности должностных лиц организаций у его заместителей, руководителей структурных подразделений, врачей, которых руководитель волен вознаграждать, назначать и увольнять по собственному усмотрению, на практике приводит к совмещению абсолютно всех властных (административно-управленческих и финансово-хозяйственных) функций с соответствующим пренебрежением формальными нормами и требованиями. Все это пробуждает к жизни знакомые сюжеты вертикали власти.

Уровень психологической депрессии внутри такой вертикали сочетается с высокой зависимостью от первого лица. Причем на каждом уровне появляется свое "первое лицо", стремящееся выстраивать "собственные" институты из "своих" людей, поэтому стабильность положения администраций связана исключительно с устойчивостью положения руководителя. Это способствует институционализации неформальных практик на основе критериев "включенности" и личной преданности. На практике полномочия, приближенные к правам собственника, обычно присваиваются властной группировкой, которая контролирует должность руководителя в так называемый "функционал" по освоению средств.

Многие из руководителей государственных учреждений здравоохранения и органов управления сегодня являются субъектами теневого предпринимательства, активно интригуют в зоне должностных подлогов, продаж полномочий и должностей. Правда, при изменении политического угла зрения или конфликте интересов действующее законодательство – и это очередная "институциональная ловушка" – вполне позволяет трактовать процесс предоставления услуг, уже оплаченных из бюджета, как "хищение бюджетных средств с использованием служебного положения". Что и происходит при необходимости расправы с неугодными главврачами и надежно держит их в состоянии неопределенности и страха за свое будущее.

Частная система здравоохранения – конституционно предусмотренный институт, функции которого сегодня в основном выполняют государственные учреждения, не смог развиваться. В том числе это произошло и потому, что имущественные права медицинских работников на средства производства и долю в приватизированном имуществе исходно и последовательно нарушались как при "народной" приватизации 1993–1994 гг., так и при предшествующей ей "номенклатурной" приватизации конца 1980-х – начала 1990-х гг., когда даже ведомственные медицинские учреждения общим списком приватизировались новыми собственниками, не имевшими к здравоохранению никакого отношения.

Вынужденная развиваться на базе неприспособленных помещений, сомнительных и архаичных методик, при отсутствии государственной поддержки, частная система здравоохранения во многом оказалась как прибежищем для мошенников и шарлатанов, так и источником реформаторских инициатив. Итогом экономической и структурной (промышленной) политики действующей власти явилось то, что подавляющее число субъектов частной системы здравоохранения сегодня бедствует и "не уходит с рынка" только в силу специфических ограничений по смене вида деятельности и неумения делать что-либо еще. Реальные собственники частных организаций в подавляющем большинстве случаев сегодня не имеют медицинского образования, притом что часто непосредственно руководят их текущей деятельностью, определяют ценовую политику, характер отношений с пациентами и даже методы лечения. За все годы для частной системы здравоохранения и ее организаций не было издано ни одного приказа или инструкции, не говоря уже о законодательном регулировании и реальной поддержке приспособленной производственной базой. Основная масса медицинских работников обеспеченным сословием не стала, продолжает выживать на уровне, не позволяющем воспроизводить и повышать уровень своей профессиональной квалификации.

В связи с наступлением очередного цикла реформ свои услуги по взятию государственных учреждений (больниц и поликлиник) "в концессию" сегодня предлагает руководство Российского союза промышленников и предпринимателей. Ранее, в краткосрочные периоды появления избытка средств, за доступ к исполнению функций управления государственными ресурсами пытались конкурировать страховые фонды и компании под лозунгом "Врач должен лечить, а управленец – управлять". Успешные страховые компании, сегодня фактически вытесненные из системы ОМС, имеют собственные клиники и планируют открытие новых, по сути, идя на объединение функций продавца (производителя) и покупателя (потребителя) медицинских услуг, претендуя на перехват функций управления, тем самым еще более отдаляясь от основной страховой функции и предполагая возможные коллизии с антимонопольным законодательством в ближайшем будущем.

Между тем опыт реформирования и функционирования систем здравоохранения разных стран показывает, что без привлечения самих медработников в качестве субъектов имущественных отношений существующие преобразования невозможны. Любое подобное начинание встретит сопротивление хотя бы потому, что врачу выгоднее, комфортнее, удобнее, престижнее оставаться "госкрепостным" с возможностью заработать на "ничейной" собственности в качестве полупредпринимателя (*part-time businessman*), чем "бизнес-крепостным", реальное положение которого будет менее выгодным и еще более зависимым и подконтрольным.

Перспективы структурных преобразований

Приходящее на смену привычному нормативному директивному подходу концептуальное планирование (стратегическое планирование, моделирование, прогнозирование) наиболее полно отвечает потребностям периода реформирования здравоохранения. В **стратегическом планировании** современные исследователи выделяют две основные школы, базирующиеся на диаметрально противоположных подходах. Первый трактует стратегическое планирование как определение наиболее целесообразных путей достижения целей методами "*управления по отклонениям*". Второй рассматривает планирование как "*управление по результатам*" (*Management By objectives – MBO*), включая "совокупность аналитических процедур, которая, реализуясь на практике, определяет их целевое предназначение" [Филатов, 2000]. Основная задача системы *MBO* – повышение маневренности бизнес-организации. В реальной практике управления оба подхода оказались востребованными и взаимодополняющими [Пахомов, 2007].

Мировая практика показывает, что при всех "режимах благосостояния" (либеральном, социал-демократическом, корпоративистском) оптимальна некоммерческая ор-

ганизация предоставления медицинских услуг на частной основе, обеспечивающая функционирование "сетевых моделей" и формирующая институты гражданского общества. Только часть услуг здравоохранения при ограниченном круге заболеваний и состояний может быть рентабельной в чисто рыночном смысле. Остальные должны оплачиваться в рамках отношений "типа рыночных" – управляемой конкуренции, государственного регулирования цен под патронажем государства на базе государственного имущества и оснащения, передаваемого трудовым коллективам и частнопрактикующим врачам на основе гражданско-правовых, а не административных отношений [Концепция... 2006; Шейман, 2007]. Принцип разделения и *преобразования субъектов здравоохранения* не по принадлежности имущества, а по источникам происхождения и поступления средств с позиций права организаций на оказание платных услуг, положен в основу моих публикаций разных лет (см. в частности, [Акопян, 1997; 1998; 2004; Лисицын, Акопян, 1998]).

Из последних предложений практический интерес представляет концепция Государственного университета – Высшей школы экономики "Модернизация российского здравоохранения (2008–2020 гг.)" (В. Шевский, И. Шейман, С. Шишкин) [Модернизация... 2008]. Ее достоинствами являются экономический подход, учет социокультурного фона намечающихся преобразований и свобода от влияния корпоративных и групповых интересов. Она учитывает, что коммерческая организация в целом неадекватна основным задачам общественного здравоохранения, бюджетно-сметное же финансирование высокочрезмерно. Причем емкость потребления пределов не имеет, все средства будут освоены [Шамшурина, 2005].

С институциональной точки зрения наибольшее внимание привлекает актуализация двух ранее нерешенных задач: 1) преодоление структурных диспропорций; 2) создание конкурентного рынка медицинских услуг. С этой целью предлагается:

- привести коечный фонд стационаров в соответствие с федеральными нормативами объемов стационарной помощи;
- начать процесс автономизации групп врачебной практики с постепенным их выделением из состава крупных поликлиник;
- преобразовать 70–80% бюджетных учреждений в организационно-правовую форму автономных учреждений;
- преобразовать 5–10% бюджетных учреждений в форму государственных, муниципальных автономных некоммерческих организаций;
- создать условия для постепенного перевода хотя бы части платных медицинских услуг из бюджетных учреждений в частные медицинские организации;
- повысить долю амбулаторно-поликлинической помощи в структуре государственных расходов с 30% в 2005 г. до 40% в 2020 г. (в дневных стационарах – с 3 до 8%). Доля стационарной помощи за этот же период должна снизиться с 61 до 47%.

В итоге преобразований частное финансирование здравоохранения увеличивается с 2,3% ВВП в 2006 г. до 2,5–5,7% в 2020 г. При этом постепенно снижается доля частных средств в общем объеме финансирования здравоохранения за счет дальнейшего увеличения государственного финансирования [Модернизация... 2008].

Реформа отношений собственности как профилактика организационных патологий

Учитывая, что механизм реализации поставленных целей в концепции ГУ-ВШЭ не освещен, предположим, что оставшиеся 15–20% госучреждений – крупных головных федеральных и региональных центров, институтов, больниц, специализированных служб и т.п. – будут институционализированы как *служба публичных услуг в государственных и муниципальных учреждениях*. Федеративная институционализация публичной службы должна предусмотреть определение статуса социальных учреждений (наряду с государственной и муниципальной службой) и их руководителей с соответствующим уровнем прав, привилегий и социальной защиты. Этот статус предусмотрен ст. 8 Конвенции ООН против коррупции, Конвенцией о гражданско-правовой ответствен-

ности за коррупцию ETS № 174 (Страсбург, 4 ноября 1999 г.). Руководители таких государственных учреждений должны войти в номенклатуру должностей государственной службы. Пользуясь менее формальной лексикой, для таких учреждений, где очень важен личный пример руководителя, сегодня нужны не "хозяева", а "смотрящие" за надлежащим выполнением государственных обязательств. Также необходимо *расширить список должностных лиц* госучреждений, включая руководителей структурных подразделений, с соответствующей институционализацией и формализацией прав и обязанностей, порядка назначения и освобождения от должности.

В части очередности и механизма преобразований своевременной и актуальной представляется *имущественная институционализация института врача общей практики*, частного по своему смыслу и происхождению, в создание которого, хотя уже и сделаны значительные вложения, но он по-прежнему находится в состоянии "юрьева дня", несмотря на государственный статус этих начинаний, которым уже более 10 лет. К групповым и индивидуальным врачебным практикам, семейным врачам отношение главных врачей следующее: "Хотите самостоятельности, свободы предпринимательства? Пожалуйста, вот вам бог, а вот – порог".

Между тем в системах социального страхования, в том числе в европейской (континентальной) модели, частнопрактикующие *врачи общей практики* в подавляющем большинстве случаев *работают в своих собственных кабинетах*. С этой точки зрения автоматизация самих юридических лиц – поликлиник явно недостаточна, так как мало что меняет в организации работы участковых врачей, их подчиненности, не устраняет проблемы "ленивой монополии" [Скляр, 2007]. Для того чтобы снять это противоречие, не менее 30–40% производственной базы учреждений амбулаторно-поликлинической сети целесообразно передать, по примеру Чехии, институту врачей общей практики на правах пользования (формы и порядок передачи обсуждаемы). Это позволяет надеяться на включение конкурентного и инновационной механизма, создание страхового поля для компаний, привлечет врачей в этот сектор, повысит их заинтересованность в пациентах, тем самым обеспечив необходимый уровень "персонализации" текущего медицинского наблюдения в противовес малопродуктивным диспансеризациям, актуализирует "диспетчерские" и "сетевые" функции данного института, снимет кадровые проблемы, создаст престижные рабочие места с перспективной доходностью, даст много других плюсов. У людей, в частности, появится реальный выбор: они будут знать, какой врач лучше, и это обретет материальное воплощение, так как у страховщиков, наконец, появятся реальные страховые функции по денежному покрытию расходов на обследование и лечение.

Однако для руководства отрасли более привычен административный контроль поликлиник и стационаров, вопрос же расширения хозяйственных прав медработников даже не рассматривается. Один из них – оптимизация и реорганизация работы скорой и неотложной помощи, которая сегодня нередко выступает в качестве платного мобильного "дневного стационара" (а форма интересная – фактически новая "организационная технология микроуровня") [Филатов, 2000]. Состояние здоровья прикрепленного (застрахованного) населения участков – инсульты, инфаркты, онкологические заболевания, смертность от них будут объективными индикаторами деятельности частных врачебных практик. Количество таких практик должно быть закреплено законодательно по территориям субъектов Федерации. Новые практики для сдерживания расходов по "германскому образцу" в последующем могут образовываться в разрешительном порядке. Выделение всего здания поликлиники или ее части должно решаться на территориях с позиций целесообразности и мнения руководителей учреждений и трудовых коллективов. Тем более что государственная вертикаль бюджетного финансирования уже упразднена с разделением бюджетов на муниципальные, региональные и федеральный уровни. На переходный период целесообразно создание института уполномоченного по правам пациента в крупных учреждениях.

Платные услуги в государственных учреждениях здравоохранения иногда называют соплатежами. По мнению В. Шеймана, для унификации практики и повышения

уровня определенности, нормирования и регулирования цен в госучреждениях, наряду с легальными соплатежами следует предусмотреть механизм, который позволяет *исключить консервацию излишних мощностей* бюджетных учреждений за счет оказания платных медицинских услуг, отойти от практики "имущественного иждивенства": "Планирование сети медицинских организаций должно строиться в расчете на доказательную потребность в медицинской помощи независимо от источников финансирования". Государство, инвестируя средства на их создание и развитие, ориентируется на потребности, удовлетворяемые в рациональных формах. Все, что выходит за рамки этих потребностей, целесообразно перемещать в частную систему оказания медицинской помощи [Шейман, 2007].

Данная мера, бесспорно, носит системообразующий характер, но пока представляется трудной для исполнения в рамках сложившихся практик. Решение задачи создания конкурентного механизма среди врачей и страховых компаний, если они все-таки сохраняются в системе ОМС, способен выполнить институт *частичных вещных прав* (социальной аренды, фондодержания, доверительного управления и т.д.). В целом это соответствует социокультурным представлениям россиян, в том числе работников социальной сферы, не лишает государство фактической монополии на собственность и получает в мире широкое распространение в рамках идеологии социального либерализма и цивилизма [Нерсисянц, 2008; Явлинский, 2005].

Форма частичного вещного права может быть представлена в виде "перекрестных прав собственности", их "пучка" (мутовки), коллективной собственности и т.п. Этого достаточно, чтобы обеспечить основу стабильных экономических отношений и задач развития на данном этапе демографического развития (предельного стабильного населения). Низкая экономическая целесообразность собственно приватизации объектов здравоохранения, сравнительно "узкий" коридор увеличения рынка предложений медицинских услуг в связи с высокой "специализацией" их носителей, необходимость государственной защиты инфраструктуры и географии объектов здравоохранения от посягательств со стороны делают эти отношения предпочтительными, создающими устойчивый инновационный и конкурентный механизм внутри системы здравоохранения. Важно лишь, чтобы эти требования выполнялись.

Таким образом, чтобы планы модернизации не оказались в очередной раз "заблутанными", должна произойти легитимация новых институтов через их стержень – **защиту прав собственности** [Ясин, 2008]. Их определенность – альфа и омега рыночной экономики, диктующая социальные и конкурентные стратегии, формирование институтов здоровья, информационные ресурсы системы охраны здоровья и место в ней пациента и медицинского работника. Далее, для создания конкурентного рынка медицинских услуг, оказываемых в стационарах, на базе государственных больниц вполне можно выделить в доверительное управление 10–15% имеющегося коечного фонда, как было предусмотрено Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки на период с 1997 по 2007 г. Минздрава РФ, с приоритетом трудоустройства для своих сотрудников, административно и имущественно не связанных с балансодержателем (базовой больницы, точнее, ее руководством), но с более сервисными условиями пребывания, отсутствием очереди, выбором лечащего врача и т.д.

Это позволит не разделять больницы для "богатых" и "бедных" и не вызывать дополнительного раздражения людей с низкими доходами. Другим вариантом мог бы стать перевод *части стационаров* (ориентировочно из расчета 1 типовой корпус на 300–400 коек на 1,5–3,0 млн населения) в организационно-правовую форму *некоммерческой медицинской организации*, по типу "технопарков", организуемых сегодня правительством Москвы для предприятий малого и среднего бизнеса, являющегося законным арендодателем для частнопрактикующих коллективов и врачей с предоставлением им гибких, удобных для всех условий работы на этой базе. Само по себе это устранил нынешнюю монополизацию условий производства (инфраструктуры, технологических связей, опыта, знаний, местонахождения и т.п.), будет способствовать развиту конкуренции и некоторому снижению цен.

Что касается основной группы бюджетных учреждений, 70–80% которых планируется преобразовать в "автономные учреждения", следует признать, что это преобразование фактически легализует *status quo*, не гарантируя безусловного выполнения Перечня государственных гарантий. Кстати, пока из-за ряда принципиальных противоречий, связанных с правовым статусом учреждения, этот механизм создать не удалось. Поэтому условием модернизации и структурных преобразований "сверху" должно стать требование выполнения государственных гарантий, как минимум, в прежнем объеме вне связи с характером и сроками преобразований.

* * *

Шанс на выход из "институциональных ловушек" требует учета эффектов координации, сопряжения, обучения и культурной инерции, которая ответственна за ее формирование. Комплекс микро- и макроэкономических мер, спонтанные тенденции, масштабность, открытость, прозрачность, учет имущественных интересов медицинских работников, сближение формальных и неформальных правил – основа координации рынка и государственной политики. Пилотных проектов, в наших условиях ставших путем "в долгий ящик", здесь явно недостаточно.

Контроль над ресурсами, структурная политика, отношения собственности, организационно-правовые формы, платные услуги, экономические права работников относятся к числу вопросов, которые не могут не беспокоить экономически активное, грамотное медицинское сообщество с многовековой традицией и историей, деловой культурой, высоким уровнем глобализации, достигнутым благодаря гуманитарно-нравственной составляющей этого вида человеческой деятельности. В массе своей оно осталось интеллигентным, психологически устойчивым, по-хорошему консервативным и способным адекватно воспринять грамотно сформулированные, четко прописанные и, разумеется, законодательно и финансово подкрепленные реформаторские импульсы. Даже выброшенная на "обочину" социальной жизни эта часть общества, вместе с педагогами, учеными и технической интеллигенцией составляющая ядро культурного потенциала страны, всегда обеспечивала стабильность действующей власти и ждала реальных структурных изменений в социальной сфере.

Единственный путь, способный обеспечить улучшение состояния дел в здравоохранении, – увеличение расстояния между собственностью и властью внутри отрасли, активизация процесса мутации системы "власти-собственности" в частнособственническо-рыночную как единственную возможность создания конкурентоспособных институтов в условиях открытой рыночной экономики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Акопян А.С. Здравоохранение и рынок // *Общественные науки и современность*. 1998. № 2.
- Акопян А.С. Здравоохранение: от теории до практики реформ // *Государственная служба*. 2001. № 3.
- Акопян А.С. "Независимое" здравоохранение унитарного производителя // *Государственная служба*. 2003. № 6.
- Акопян А.С. Организационно-правовые формы медицинских организаций и платные медицинские услуги в государственных учреждениях здравоохранения // *Экономика здравоохранения*. 2004. № 5–6.
- Акопян А.С. Реформа здравоохранения: наша концепция // *Материалы XVII Всероссийского Пироговского съезда врачей (1995 г.)*. М., 1997.
- Александрова О.Ю., Щербина Е.А. Особенности и проблемы лечебно-профилактических учреждений как основной организационной формы оказания медицинских услуг населению в современном российском здравоохранении // *Экономика здравоохранения*. 2006. № 7.
- Вишневецкий А.Г., Кузьминов Я.И., Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В., Якобсон Л.И., Ясин Е.Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса. Доклад VII Международной научной конференции "Модернизация экономики и государство" (4–6 апреля 2006 г.). М., 2006.

Гонтмахер Е.Ш. Национальные проекты: первые итоги реализации // SPERO. Социальная политика: экспертиза, рекомендации, обзоры. 2008. № 8.

Гуляева Л. Мифы государственного здравоохранения // <http://www.anoufrieu.ru>.

Ежегодные послания Президента РФ Федеральному собранию 1994–2005 гг. Новосибирск, 2006.

Кадыров Ф.Н. Об организационно-правовых формах медицинской организации // Менеджер здравоохранения, 2004. № 9.

Концепция регулирования профессиональной деятельности и страхования ответственности врачей в условиях рынка // Сборник документов и материалов Российской медицинской ассоциации. М., 2006.

Лебедев А.А., Матвеев А.В., Зарубина А.И., Гончарова М.В. Особенности правового статуса государственных и негосударственных субъектов здравоохранения на современном этапе реформирования национальной системы охраны здоровья // Экономика здравоохранения. 2004. № 5–6.

Лисицын Ю.П., Акопян А.С. Панорама охраны здоровья. Реструктуризация медицинской помощи и нерешенные вопросы приватизации в здравоохранении. М., 1998.

Модернизация российского здравоохранения: 2008–2020 годы. Концепция Государственного университета – Высшей школы экономики. М., 2008.

Нерсисянц В.С. Постсоциалистическая Россия: цивилизм как национальная идея // Общественные науки и современность. 2008. № 5.

Пахомов Ю.В. Система управления по результатам // Общественные науки и современность. 2007. № 4.

Плискевич Н.М. Неопределенность в мире определенности // Государственная служба. 2000. № 4 (10).

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

Полтерович В.М. Общество перманентного перераспределения: роль реформ // Общественные науки и современность. 2005. № 5.

Рама В. Бару. Коммерциализация и государственное здравоохранение в Индии: смена ценностей и ориентиров // SPERO. Социальная политика: экспертиза, рекомендации, обзоры. 2007. № 7.

Решения комиссии Общественной палаты по вопросам здравоохранения. М., 2006.

Скляр Т.М. Проблема ленивой монополии в российском здравоохранении // Научные доклады № 3 Р. СПб., 2007.

Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Пути совершенствования применения права органами управления здравоохранением в имущественных отношениях // Менеджер здравоохранения. 2005. № 4.

Тихонова Н.Е. Социокультурная модернизация в России (опыт эмпирического анализа) // Общественные науки и современность. 2008^а. № 2.

Тихонова Н.Е. Теоретико-методологические проблемы анализа среднего класса // SPERO. Социальная политика: экспертиза, рекомендации, обзоры. 2008^б. № 8.

Филатов В.Б. Концептуальное планирование здравоохранения: теория и практика. М., 2000.

Шамигурина Н.Г. Автономная некоммерческая организация и развитие экономических отношений в здравоохранении // Здравоохранение. 2005. № 3.

Шейман И.М. Проблемы оплаты медицинских услуг // Интернет-конференция “Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровня ответственности” (<http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/307209.html>).

Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. М., 2007.

Шишкин С.В. Стратегии трансформации государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи // SPERO. Социальная политика: экспертиза, рекомендации, обзоры. 2007. № 7.

Эрроу К.Дж. Неопределенность и экономика благосостояния здравоохранения // American Economic Review. 1963. Vol. 53 (<http://www.anoufrieu.ru>).

Явлинский Г.А. Общественный договор – основа долгосрочной экономической стратегии // Мир России. 2005. № 4.

Ясин Е.Г. Структура российской экономики и структурная политика: вызовы глобализации и модернизация. Доклад к IX Международной научной конференции “Модернизация экономики и глобализация”, Москва, 1–3 апреля 2008 г. М., 2008.