

На правах рукописи

ТИХОМИРОВ Алексей Владимирович

**КОНЦЕПЦИЯ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ
МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Ростов-на-Дону - 2008

Работа выполнена в Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (344037, г. Ростов-на-Дону, ул. 14 линия, 63).

Научный консультант: член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор

Солодкий Владимир Алексеевич

Официальные оппоненты: Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки

Дементьева Надежда Федоровна

Доктор медицинских наук, профессор

Дубынина Елена Ивановна

доктор медицинских наук, профессор

Линденбратен Александр Леонидович

Ведущая организация: Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития РФ

Защита диссертации состоится «18» декабря 2008 года в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.122.01 при Федеральном государственном учреждении «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (127486, Москва, ул. Ивана Сусанина, 3).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Федерального государственного учреждения «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (127486, Москва, ул. Ивана Сусанина, 3).

Автореферат разослан «_____» _____ 2008 г.

Ученый секретарь Диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Кузьмишин Л.Е.

I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ РАБОТЫ.

В современных социально-политических условиях в России стали происходить изменения в экономической сфере: участвующие в товарных отношениях организации приобрели хозяйственную и имущественную автономию от государства (муниципальных образований). Новые организации стали создаваться на основе имущества частной принадлежности. Исключение составили бюджетные учреждения, прежде всего социальной сферы, в том числе здравоохранения, которые производят и реализуют продукт (медицинские услуги) как товар, но положение которых остается отличным от положения остальных организаций, участвующих в товарных отношениях, как и от положения государственных (муниципальных) органов.

Суть этого отличия заключается в том, что управление учреждениями здравоохранения подчинено не экономическим целям участников товарных отношений, а социально-политическим задачам государства, поставленным перед органами управления здравоохранением. Однако выполнение этих задач, возложенных на учреждения здравоохранения и осуществляемых за счет средств казны, происходит выполняются их настолько неэффективно, что перед государством встала задача реформирования сети этих учреждений (Герасименко Н.Ф., 1997; Денисов И.Н., 2005; Лисицын Ю.П., 1999; Солодкий В.А., 2006; Стародубов В.И., 1997-2006; Шевченко Ю.Л., 2002; Щепин О.П., 2000-2007 и др.).

Консервативность в управлении здравоохранением, обособление его от остальных отраслей экономики традиционным отношением к непроизводственной сфере, пренебрежение экономическими реалиями и юридическими установлениями порождают иждивенческую политику потребления. Как показывает многолетний опыт, попытки здравоохранения провести реформы изнутри не привели к положительным результатам. В отсутствие доктрины интеграции в единое экономическое и правовое пространство современного российского государства стремление здравоохранения модифицировать собственное устройство на основе зарубежного опыта также оказалось малоэффективным. Тяжесть бремени непродуктивного содержания государством социальной сферы в целом и здравоохранения в частности определили необходимость реорганизации бюджетных учреждений и приватизации закрепленного за ними имущества. Однако предшествующий негативный опыт приватизации государственных предприятий, не исключаящий опасность последующего коллапса

производства, не может быть применен в социальной сфере, так как это связано со здоровьем граждан и их социальным благополучием.

Неспособность здравоохранения к реформированию изнутри сопровождается усугублением социальной обстановки в сфере охраны здоровья. В этих условиях государство в рамках приоритетного национального проекта вынуждено расходовать профицит бюджета на дополнительное финансирование здравоохранения для того, чтобы предотвратить дальнейшее ухудшение состояния социальной сферы.

Социальная сфера, включая здравоохранение, осталась единственной, не подвергшейся приватизации, что обусловлено, во-первых, отсутствием опыта приватизации учреждений здравоохранения, поскольку нигде за рубежом (кроме стран СНГ) не существует учреждений здравоохранения, и потому процесс приватизации своей новизной и прагматичностью может быть чрезвычайно болезненным для граждан и вызвать кризис в социальной сфере. Во-вторых, приватизация повлечет разрушение существующей системы здравоохранения, исключая его системообразование на иных основаниях. В-третьих, опыт существования частной медицины свидетельствует о неуправляемом удорожании медицинских услуг, что увеличивает долю здравоохранения в ВВП и, в случае оплаты из казны – объем государственного финансирования здравоохранения.

Вместе с тем необходимость разгосударствления бюджетных учреждений здравоохранения и преобразования их в частные коммерческие и некоммерческие организации (партикуляризации), как это существует за рубежом, назрела, так как государство и муниципальные образования не в состоянии обеспечивать их непродуктивное содержание.

В целях преодоления этих негативных тенденций необходим единый, обеспечиваемый мерами должной организации процесс последовательной адаптации здравоохранения к политическому устройству государства, сложившимся в нем экономическим условиям и оформляющим их юридическим установлениям, что до настоящего времени не было предметом научных исследований. Этот процесс должен обеспечить сохранность принадлежности материально-технической базы здравоохранения, исключая приватизацию государственного и муниципального имущества, и соразмерность финансовых вложений из государственной казны решению задач в социальной сфере.

Проведенные рядом авторов (Галь И.Г., 2002; Гайкович А.Ф., 2005; Проворова Г.Н., 2006 и др.) исследования по реформированию системы здравоохранения со всеми их положительными результатами не дают целостного комплексного представления о перспективе функционирования и развития системы здравоохранения и не решают задачи приведения этой

системы в соответствии с существующими политическими, экономическими и правовыми реалиями.

Сложившееся реальное противоречие между все более возрастающей практической потребностью модернизации отечественного здравоохранения и отсутствием научных исследований по комплексному системному решению данной проблемы на основе концепции социально-ориентированной рыночной реформы отрасли обусловили актуальность и новизну настоящей диссертационной работы, определили ее цель и задачи.

ЦЕЛЬ исследования: разработка и научное обоснование концепции социально-ориентированной модернизации здравоохранения.

ЗАДАЧИ исследования:

1. Изучить характеристику современного состояния отечественного здравоохранения по сигнальным индикаторам состояния общественного мнения.
2. Определить проблемы, приводящие к неэффективному функционированию здравоохранения и их приоритеты.
3. Проанализировать отражение проблем здравоохранения в состоянии отрасли.
4. Выявить факторы, препятствующие эффективному функционированию здравоохранения.
5. Разработать инновационную основу функционирования здравоохранения в сложившихся политических, экономических и правовых условиях.
6. Установить пути преодоления существующих препятствий эффективному функционированию здравоохранения на инновационной основе.
7. Научно обосновать основные положения концепции социально-ориентированной модернизации здравоохранения на инновационной основе.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА ИССЛЕДОВАНИЯ состоит в разработке концепции социально-ориентированной модернизации здравоохранения, трансформации отрасли непроеизводственной, социальной сферы в индустриальную отрасль народного хозяйства.

На основе проведенного комплексного анализа существующей организации отечественного здравоохранения:

- определена необходимость и сформулированы основы концепции модернизации и развития здравоохранения на современном этапе;
- разработаны пути преобразования государственных и муниципальных учреждений здравоохранения без приватизации государственного и

муниципального имущества, а также имущественной консолидации отрасли на основе создания сети объектов здравоохранения;

- сформулированы основы реструктуризации финансирования здравоохранения с учетом консолидации и централизации соответствующих фондов и их банковского размещения, а также передачи функций держания этих фондов в индивидуализированных пределах гражданам, которым они предназначены.

Новым для отечественного здравоохранения является его приведение в результате модернизации к системе координат товарной организации, создания для товаропроизводителей экономической привлекательности удовлетворения социальных интересов граждан как путь реализации государственной социальной политики.

Впервые на основе проведенного исследования предложен механизм влияния на цену оплачиваемых государством медицинских услуг через себестоимость их производства, устраняя зависимость от их рыночного удорожания.

Научно обоснованные рекомендации по модернизации здравоохранения на инновационной основе приведут к повышению эффективности экономических отношений в здравоохранении, ориентированных на положительный социальный результат.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ состоит в том, что содержащиеся в ней основные положения и выводы могут быть реализованы в масштабах страны. Предложенное в ходе исследования бесприватизационное сохранение объектов здравоохранения при партикуляризации учреждений здравоохранения позволит на основе их объединения по-новому сформировать системообразование здравоохранения.

Изученные характеристики состояния отечественного здравоохранения по результатам общественного мнения могут быть положены в основу стратегии развития здравоохранения в ближайшей перспективе.

Создание системы объектов здравоохранения, передаваемых в аренду субъектам медицинской деятельности, а также организация компенсации им арендных платежей и налоговые льготы из государственной казны позволят управлять себестоимостью медицинских услуг, оплачиваемых за счет средств финансирования здравоохранения, сократить затраты на этапе их образования и не влиять на рентабельность медицинских организаций.

Размещение находящегося в ведении федерального органа управления здравоохранением и социальным развитием единого медико-социального фонда в специализированном медико-социальном банке, единственным владельцем которого является государство, допускает воспроизводство временно

депонированных средств, в отличие от того, как если они находятся в казначействе. Кроме того, в отличие от казначейских, банковские операции позволяют оперативно направлять эти средства на цели оплаты товаропроизводителям сделанных гражданам предоставлений.

Ликвидация института учреждений здравоохранения и позиционирование государства в договорных отношениях оплаты медицинской помощи на стороне граждан позволит создать персонализированную платежную систему с предоставлением каждому гражданину в любом месте пребывания на территории страны в любой медицинской организации медицинской помощи по единым тарифам.

Основные положения диссертационной работы могут быть использованы при разработке нормативных и нормативно-правовых актов в области охраны здоровья граждан, в учебном процессе и в методических материалах кафедр экономики, юриспруденции, общественного здоровья и здравоохранения высших учебных заведений.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ РАБОТЫ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ.

1. Отечественное здравоохранение, характеризуемое в настоящее время противоречиями между социальными ориентирами существующей организации отрасли и финансовыми ориентирами ее содержания государством, между бюджетными механизмами распределения средств финансирования отрасли и товарными механизмами их освоения, между административными задачами органов управления здравоохранением и хозяйственными задачами субъектов медицинской деятельности, нуждается в эффективной социально-ориентированной модернизации.

2. Социальный результат является следствием деятельности товаропроизводителей в социальной сфере. В отличие от них товаропроизводители в производственных отраслях народного хозяйства, как и граждане, через налоги создают средства финансирования здравоохранения, аккумулируемые в государственной казне. Но эти средства не порождают социальный результат иначе, чем лишь в порядке оплаты товара (медицинских услуг) через распределение государством собранных налогов между субъектами медицинской деятельности и другими товаропроизводителями в социальной сфере.

3. Результаты анализа состояния проблем отечественного здравоохранения свидетельствуют о том, что бюджетные учреждения здравоохранения не являются товаропроизводителями, поскольку в круговороте средств государственной казны не происходит товарообмена, а действительные потребители медицинских услуг – граждане, выведены за пределы бюджетных отношений государства с учреждениями здравоохранения, и его

финансирование осуществляется не в пользу граждан, а в пользу бюджетных учреждений здравоохранения, что определяет необходимость реформирования экономических основ здравоохранения.

4. Изучение общественного мнения по вопросам функционирования системы здравоохранения показывает, что граждан страшит утрата бесплатной медицинской помощи, а не товарная организация здравоохранения. Здравоохранение на современном этапе нуждается в такой организации, чтобы размещенные между товаропроизводителями средства финансирования приводили к социальному результату через стимулирование экономического оборота в отрасли, а деятельность товаропроизводителей имела экономическую свободу, не препятствующую наступлению социального результата. Ориентиры государства на имущественную принадлежность субъектов медицинской деятельности (учреждений здравоохранения), а не на пользование выгодами товарообмена, не на приоритеты товаропроизводителей обуславливает необходимость пересмотра механизмов организации и финансирования здравоохранения в аспекте перехода к товарным отношениям.

5. Разработанный инновационный подход к реформе здравоохранения состоит в позиционировании интересов участников товарных отношений в отрасли, в том, чтобы платежные отношения между государством и субъектами медицинской деятельности основывались на интересах граждан, которым надлежит быть носителями средств оплаты медицинских услуг и иных социальных предоставлений в этих отношениях.

6. Приоритетными направлениями модернизации здравоохранения является бесприватизационная партикуляризация учреждений здравоохранения, в результате чего они приобретают формы частных организаций, а их имущество, оставаясь в государственной (муниципальной) собственности, становится передаваемым в аренду субъектам медицинской деятельности объектом здравоохранения, сеть которых по всей стране воссоздает системность отрасли.

7. Согласно разработанной концепции государство нуждается в экономичности аккумулирования средств финансирования здравоохранения, что достигается ликвидацией многочисленных (федеральных и территориальных) государственных внебюджетных фондов как субъектов и сосредоточением соответствующих фондов как объектов, а также бюджетных ассигнований из государственной казны в ведении федерального органа управления здравоохранением и социальным развитием и позволяет консолидировать и централизовать средства финансирования социальной сферы. Последующее фондирование этих средств по направлениям деятельности должно осуществляться в зависимости от предмета договоров, на основании которых они осваиваются, что упорядочивает финансовые потоки и

делает прозрачным их расходование. Обособление потоков финансирования в пользу государства и в пользу общества достигается размещением средств финансирования органов управления здравоохранением в казначействе, а средств финансирования практического здравоохранения – в банке медико-социального развития, который может быть создан специально для этих целей на условиях полного или частичного участия государства.

8. Государство нуждается в экономичности расходования средств финансирования здравоохранения в части оплаты из казны медицинских услуг в пользу граждан, что достигается созданием механизмов влияния на себестоимость их производства товаропроизводителями. Снижение арендной платы за пользование объектами здравоохранения, налоговые льготы и иные компенсации субъектам медицинской деятельности позволяют экономическими мерами препятствовать росту цен на медицинские услуги.

АПРОБАЦИЯ И ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ.

Представленные в диссертации материалы доложены на общественных слушаниях в Общественной палате РФ: в Комиссии по вопросам развития гражданского общества и участия общественности в реализации национальных проектов (2007), в Комиссии по вопросам здравоохранения (2007).

Материалы диссертационной работы использованы при проведении сертификационных циклов для руководителей учреждений здравоохранения (МГМСУ, 2002-2006) и на семинарах для руководителей частных медицинских организаций (ЮрИнфоЗдрав, 2006-2007).

Для внедрения результатов проводимых исследований в 2003 году автором был создан специализированный научно-практический журнал «Главный врач: хозяйство и право», посвященный вопросам модернизации здравоохранения, экономики, права и управления в условиях рынка медицинских услуг.

Основные положения диссертации отражены в 70 основных опубликованных научных работах, в том числе, в 2 монографиях и в 2 научно-практических пособиях, а с января 2007 года – представлены для всеобщего обозрения во всемирной сети Интернет на сайте www.jurinfozdrav.ru.

Объем и структура работы.

Диссертация выполнена на 342 страницах и состоит из введения, 7 глав, включающих 17 параграфов, заключения, выводов и практических рекомендаций, списка литературы из 209 источников. Иллюстративный материал представлен 43 рисунками и 27 таблицами.

II. ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **Введении** приведено обоснование актуальности, раскрыты цели, задачи, научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, положения, выносимые на защиту.

В **первой главе** отражена проблематика управления здравоохранением и раскрыта степень разработанности проблем здравоохранения. Показано, что научная мысль концентрируется на понимании того, что здравоохранение не может быть преобразовано изнутри, силами отраслевой экономики социальной сферы и без комплексных, системных, существенных изменений оно будет оставаться прежним в современных политических, экономических и правовых условиях; что определяет необходимость изменения самой сложившейся модели реформ, а в некоторых случаях – и самого вектора преобразований; что социальная политика должна интерпретироваться в терминах не столько бюджетных ассигнований и технических процедур, сколько обслуживаемых ими социальных взаимодействий; и что необходима реформа бюджета, нацеленная на получение конечного результата. Решение задачи реформирования здравоохранения находится в сфере экономики производственной сферы. Такое решение находится не в сфере платежных институтов, а в сфере результирующего действия финансовых средств в интересах пациентов (в среде товаропроизводителей), на которые должна быть переориентирована сложившаяся модель реформирования здравоохранения.

Однако, поскольку здравоохранение осталось в публичной сфере, его проблемы и происходят из ведомственной ориентации системы органов управления здравоохранением. Административная реформа, наряду с министерствами, образовала федеральные службы и агентства, позиционирование которых в отрасли в соответствии с существующей ведомственной ориентацией определяет ее состояние.

Освещены проблемы функционирования органов надзора в сфере здравоохранения, которые обусловлены недостаточным правовым регулированием, отсутствием формальной определенности оснований и усугубляющейся репрессивностью сложившейся практики государственного надзора. Деятельность органов государственного надзора в сфере здравоохранения должна соответствовать политике государства в области надзора, основываться на положениях Конституции и иных законов и быть исчерпывающе определенной, чтобы подзаконное нормотворчество не смогло истолковывать, расширять и восполнять пробелы правовых актов. Акцентируется внимание, что осуществление не являющимися государственными органами, но состоящими в инфраструктуре государственных органов государственными учреждениями товарной деятельности (оказание

консультационных услуг), в том числе в сфере государственного надзора, не соответствует принципам деятельности государства.

Рассмотрены проблемы позиционирования органов здравоохранения по вопросам размещения средств финансирования здравоохранения. Показано, что, несмотря на административную реформу, в результате которой единственным субъектом размещения средств финансирования здравоохранения стало Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, в полной мере сохранились многочисленные (федеральные и территориальные) фонды (обязательного медицинского страхования, социальный, пенсионный и т.д.), продолжающие представлять себя в качестве таких субъектов. Ныне ликвидированное Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию выполняло функции посредника в договорных отношениях между государством и товаропроизводителями.

Выявлены проблемы современного состояния идеологии отечественного здравоохранения. Показано, что для реализации политики в ее основе должна лежать соответствующая концепция, которая придает ей не только основательность, но и системность. Существующая концепция здравоохранения не претерпела изменений в течение последних лет, тогда как политические, экономические и правовые условия в стране поменялись в корне.

С изменением политического устройства в России содержательные различия принципов концепции здравоохранения приобрели определяющее значение: подходы к экономике и организации здравоохранения мерой медико-технологических принципов стали невозможны. Более того, если экономические аспекты концепции здравоохранения (финансирование государством бесплатной для граждан медицинской помощи) подходят равно для прежнего и настоящего государственного устройства, то организационные принципы – оказание такой помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения – нет.

Разработка новой концепции модернизации здравоохранения состоит не в противопоставлении организационных новаций традиционным институтам, а в нахождении того механизма, который позволит репозиционировать здравоохранение, придать ему необходимую устойчивость для последующего развития в существующих политических, экономических и юридических реалиях.

Необходима дальнейшая диверсификация функций в здравоохранении. Не произошло разделение деятельности с результатом, не имеющим товарной формы (государственных и муниципальных органов), и деятельности с результатом, имеющим форму товара (учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций). Не произошло также разделения экономической деятельности по предмету финансирования (по видам договоров и пр.) и

соответствующей ему дифференциации направлений финансирования здравоохранения. Равным образом, не произошло выделения и обособления государственного платежного института от посреднического механизма системы обязательного медицинского страхования.

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

Освещены современные проблемы развития отечественного здравоохранения. Показано, что здравоохранение разделяет два полюса: полюс социальных ориентиров и полюс имущественных ориентиров.

Основы законодательства об охране здоровья граждан (ст.12, 13, 14), проводя системообразование здравоохранения по имущественным ориентирам форм собственности, разграничили государственную, муниципальную и частную системы здравоохранения (рис. 1).

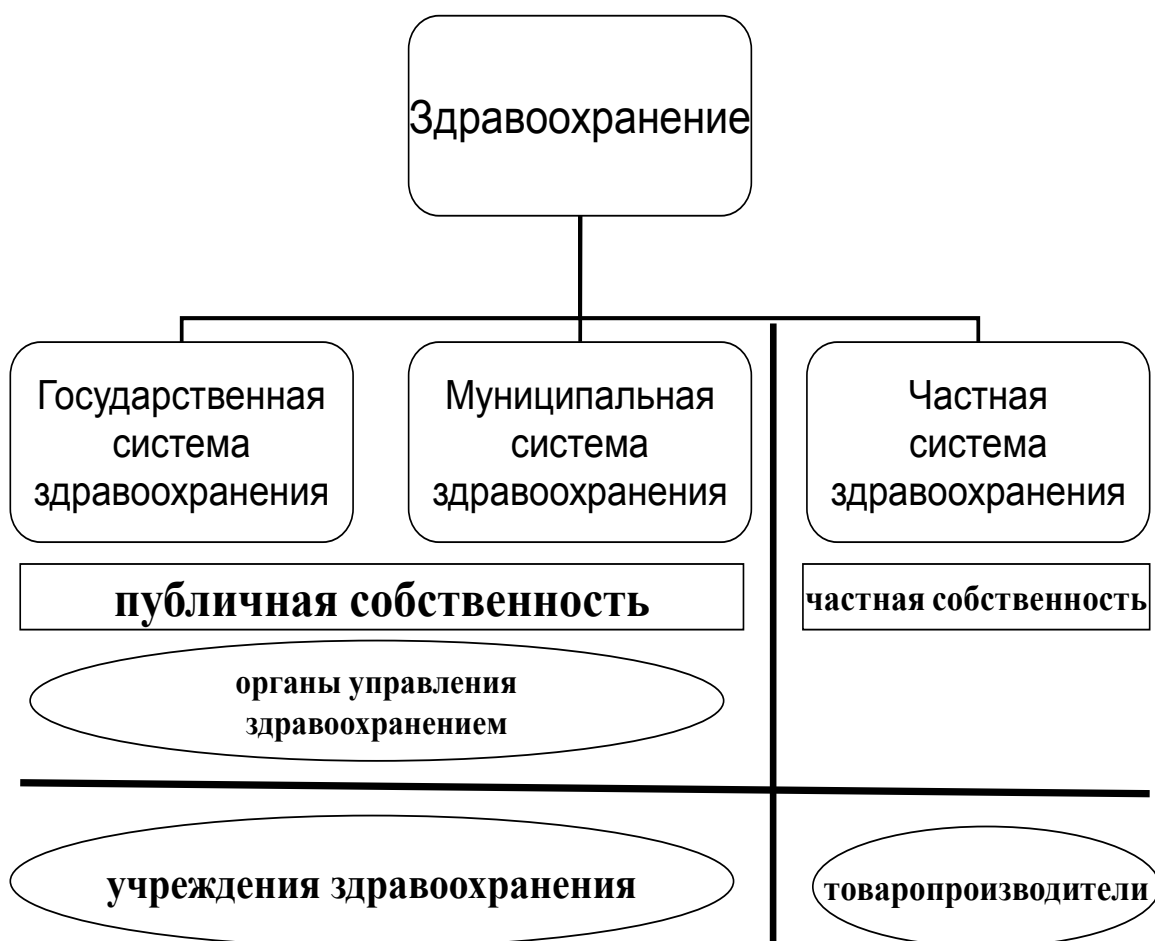


Рис. 1. Системообразование здравоохранения.

Если прежде система здравоохранения была объединена административной соподчиненностью субъектов, то в настоящее время вместо одной существует три системы, разьединенных принадлежностью объектов (имущества), которая не является фактором системообразования. Между тем частная медицина не консолидирована в систему формой собственности. А включение в государственную и муниципальную системы здравоохранения и учреждений здравоохранения, и органов управления здравоохранением, объединенных имущественной принадлежностью, но не единством характера деятельности, является фактором разьединения.

Показано, что существующая схема финансирования здравоохранения замыкает в автономный круговорот средства казны, обращающиеся через бюджет, внебюджетные фонды и учреждения здравоохранения помимо, вне причастности граждан (рис. 2).



Рис. 2. Круговорот средств финансирования здравоохранения.

Единственным, что объединяет и учреждения здравоохранения, и частные медицинские организации, является их деятельность, результат которой имеет форму товара – медицинской услуги. И, напротив, именно это и отличает тех и других от государственных или муниципальных органов, в частности органов управления здравоохранением, результат деятельности которых не имеет товарной формы. Производить услуги и получать доходы от их реализации могут учреждения здравоохранения и не могут – органы управления здравоохранением.

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

Для развития здравоохранения необходима дифференциация не по вертикали имущественной общности, а по горизонтали общности результата осуществляемой деятельности.

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

Основной вопрос изменения функционирования социальной сферы, что составляет социальные гарантии государства, касается конкретных предоставлений гражданам или оплаты этих предоставлений.

Во **второй** главе представлены материалы, организация и методы исследования.

В соответствии с задачами исследования оно осуществлено в четыре этапа. Объектом исследования является сложившаяся система организации здравоохранения, предмет исследования – организация экономики здравоохранения, т.е. внутренняя упорядоченность экономической составляющей системы организации здравоохранения.

Структура исследования представлена на рис.3.

На первом этапе изучена структура общественного мнения по данным Интернет-обращений к Президенту РФ по теме «Здоровье нации». Из общей совокупности 4625 по состоянию на 6 июля 2006 года произведена стратифицированная теоретическая выборка:

- 399 единиц (8,6%) – для характеристики общей структуры обращений;
- 271 единица (5,9%) – для характеристики структуры обращений пациентов;
- 438 единиц (9,5%) – для характеристики структуры обращений медицинских работников (субтотальная выборка).

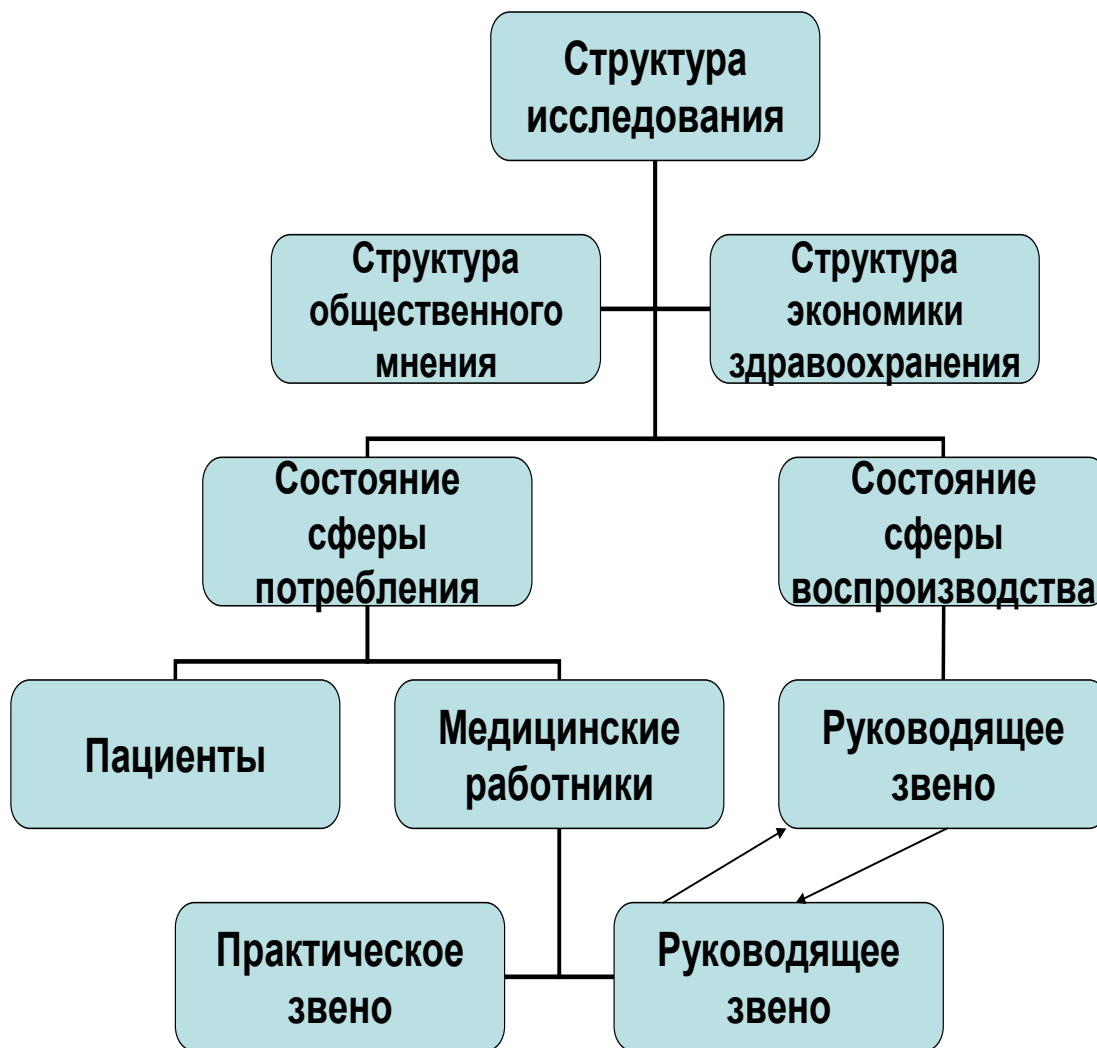


Рис.3. Структура исследования.

На втором этапе проанализирована структура поисковых Интернет-запросов по вопросам управления медицинскими организациями (всего 2627454), которые затем изучены в динамике за 2005 год по трем системам показателей (абсолютные, относительные – простые и приведенные – величины) по трем динамическим категориям (год, квартал и месяц), а также в географическом разрезе – по федеральным округам и по регионам (крупным городам). С целью выяснить наличие статистической связи между изучаемыми временными рядами поисковых словосочетаний проведен корреляционный анализ. Изучены приведенные к средней поквартальные показатели поисковых словосочетаний, которые также впоследствии ранжированы по прогнозу востребованности (рис. 4).

В соответствии с целью исследования был проведен комплексный анализ выборки из 360 000 запросов в месяц по соответствующим теме исследования поисковым словосочетаниям в русскоязычном Интернете (Рунете). Для создания выборки использована поисковая Интернет-система Yandex. Изучена структура, динамика и география поисковой обращаемости в течение 2005 года.

Исследование поисковых Интернет-запросов

Обращение к понятию «менеджмент» в здравоохранении многократно (в 556 раз) меньше, чем в популяции	Понятие управления (менеджмента) в здравоохранении делится с понятием управления в медицине
В месяц «менеджмент здравоохранения» (500 – 100%) «управление учреждениями здравоохранения» (21 – 4,2%) «управление медицинской организацией» (12 – 2,4%)	В месяц не менее 70 запросов о бизнес-планах учреждений здравоохранения
Несомненной перспективой к росту числа запросов обладает словосочетание «бизнес администрирование», в динамике 2005 г. проявившее к этому явную тенденцию	Наибольшей вероятностью роста числа запросов обладают также словосочетания «бизнес медицина» и «медицинский бизнес»
Отсутствует статистически крепкая связь временных рядов значений логически связанных поисковых словосочетаний	Поисковые запросы «менеджмент», «корпоративное управление», «бизнес управление» и «медицинский бизнес» востребованы во всех 7 федеральных округах

Рис. 4. Основные результаты исследования поисковой Интернет-обращаемости в течение 2005 года.

На третьем этапе проведено изучение структуры экономики здравоохранения по данным Госкомстата РФ. Единицей исследования явилась медицинская организация как товаропроизводитель в аспекте ее экономической деятельности; объем исследования – 334 млрд. руб. на 114 тыс. экономических единиц в год.

На четвертом этапе изучены состояние и структура сферы потребления в здравоохранении по результатам сопоставления данных предшествующих социологических опросов:

- пациентов: исследования фонда ИНДЕМ (2017 респондентов, 2001); исследования Акопяна А.С. (данные опроса населения Москвы 1995 года – 1198 респондентов);

- медицинских работников – равно практического и руководящего звена (данные Пиддэ А.Л. оценки 4026 врачами изменения своих личных доходов за период 1996-2001 г.г.).

Материалы последнего исследования подвергнуты собственному статистическому изучению преобразования структуры рангов по методике Елисейевой И.И. и Юзбашева М.М.

На всех этапах исследования использован комплекс современных методов исследований: документальный, аналитический, аналитико-графический, контент-анализ, метод сравнительного анализа, экспертных оценок, социологический, статистический.

В третьей главе представлены результаты исследований фактического состояния современного отечественного здравоохранения (рис. 5).

Содержание исследования		
Исследование преобразования структуры рангов ответов 4026 респондентов на основе данных А.Л.Пидде 1996-2001 г.г.	Исследование состояния общественного мнения по стратифицированной теоретической выборке из 4625 Интернет-обращений к Президенту РФ	Исследование структуры экономики здравоохранения 114 тыс. экономических единиц / 334 млрд. руб. в год
Исследование востребованности информации по управлению медицинскими организациями		
выборка из 360 000 запросов в месяц по относящимся к теме исследования поисковым словосочетаниям в русскоязычном Интернете в структурном, динамическом и географическом срезе за год		13579 баннеров в динамике за год по шести замерам средних и средне-интервальных величин с двухмесячным лагом

Рис. 5. Содержание исследования.

Относительный сдвиг структуры удовлетворенности медицинских работников своими доходами свидетельствует о динамике адаптации административного и практического врачебного персонала учреждений здравоохранения к товарной организации общества: администрация больниц и поликлиник – в ходе ее становления, врачи стационаров – раньше, чем врачи поликлиник, приспособившиеся к ней на переломе дефолта.

Рассмотрены социальные последствия сложившейся организации хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения, которая имеет альтернативу: либо доходы получают учреждения здравоохранения, либо – непосредственно медицинские работники. Если организационно-имущественное устройство учреждений здравоохранения рассчитано на получение доходов, которые не отражаются на доходах медицинских работников, то учреждения здравоохранения лишаются тех доходов, которые получают непосредственно медицинские работники.

В ходе исследования установлено, что учреждения здравоохранения не позиционируются в обществе, относя себя к государству, хотя и не обнаруживая места в его механизме среди государственных органов. А поскольку механизм финансирования учреждений здравоохранения относит их к сфере общественного потребления, как и практический медицинский персонал, руководители учреждений здравоохранения, как свидетельствуют данные исследования, ориентированы не на преумножение доходов для соразмерных

расходов возглавляемых организаций, а на простое увеличение лично получаемого дохода – как в виде зарплаты, так и в виде теневых поступлений.

Выявлено что, при существующей организации здравоохранения учреждения здравоохранения занимают место потребителей – граждан, в части финансирования из государственной казны позиционируясь в сфере общественного потребления. И лишь в части финансирования за счет средств граждан (от «платных» медицинских услуг) учреждения здравоохранения находятся в сфере общественного воспроизводства, что из-за административно-нормативного распределения доходов не делает их хозяйствующими субъектами, товаропроизводителями.

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

Социальный эффект от деятельности учреждений здравоохранения достижим при условии такого их организационно-имущественного устройства, при котором признаются их имущественные интересы, и эти интересы являются не противоречащими имущественным интересам медицинских работников.

В данной главе проведено также изучение организационно-финансового состояния здравоохранения по результатам 4625 Интернет-обращений к Президенту России медицинских работников (рис. 6) и остальных граждан (рис. 7).



Рис. 6. Структура Интернет-обращений к Президенту России медицинских работников по вопросам организационно-финансового состояния здравоохранения.

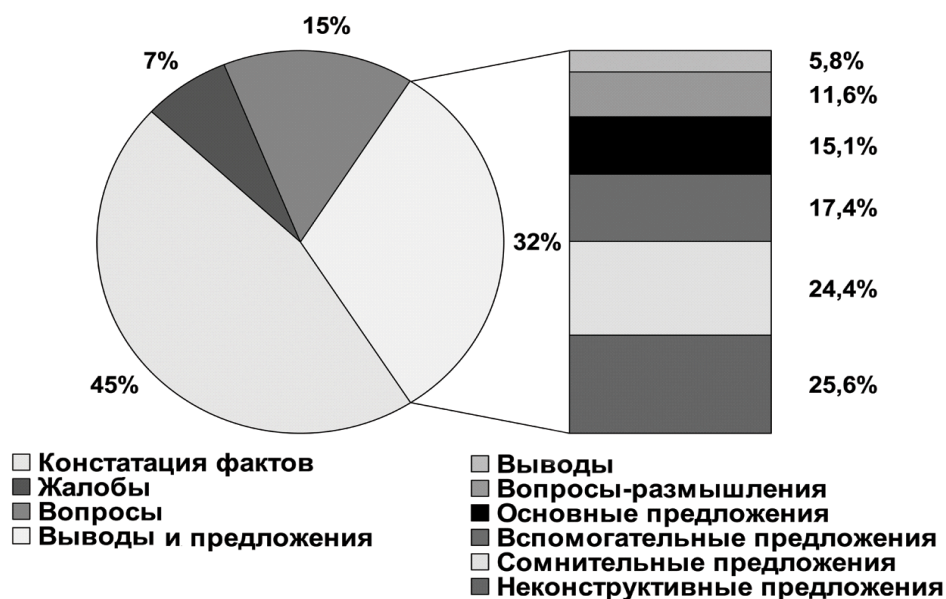


Рис. 7. Структура Интернет-обращений к Президенту России остальных граждан по вопросам организационно-финансового состояния здравоохранения.

Показано, что 51% медицинских работников озабочено уровнем своей зарплаты и только 8% предлагает меры по изменению организационно-финансового состояния здравоохранения, в то время как из числа остальных граждан такие меры предлагает 32% респондентов.

Четвертая глава посвящена изучению экономических основ здравоохранения как индустрии охраны здоровья.

В ходе исследования установлено, что в государственном и муниципальном здравоохранении используется метод нормативно-целевого финансирования, разновидностями которого являются метод оплаты по нормативам за законченные случаи лечения, метод глобального бюджета (оплата согласованных объемов медицинской помощи), метод оплаты по подушевым нормативам на число прикрепленных к учреждению здравоохранения граждан и др., а медицинской услугой признается койко-день в стационаре и посещение в поликлинике, в то время как в частной медицине услуга как объект отчуждения конфигурируется под запросы потребителя.

Показано, что медицинская помощь бесплатно для граждан оказывается в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения не за счет этих учреждений, а за счет соответствующих плательщиков этим учреждениям здравоохранения в пользу граждан; гарантиями государства являются не сами медицинские услуги, а оплата этих услуг соответствующим плательщиком; бесплатно, т.е. за счет средств соответствующих плательщиков, граждане имеют

право на получение медицинской помощи, но не всего того, что сопутствует ее оказанию.

Изучена обратная структура современной экономики здравоохранения.

Показано, что расходы консолидированного бюджета России на здравоохранение относятся к экономике здравоохранения, притом что понятием здравоохранения охватывается бюджетная отрасль – сфера подведомственности органам управления здравоохранением и финансирования из казны бесплатного оказания медицинских услуг гражданам учреждениями здравоохранения.

Несмотря на то, что доля нерыночных услуг отражается в статистике создания ВВП, и нерыночным, дополнительным к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи, медицинским услугам придается значение товара как оплачиваемым за счет казны, при этом не происходит товарообмен, переход денежных средств от одного правообладателя к другому, поскольку при существующем устройстве здравоохранения (и бюджетной сферы в целом) и со стороны плательщика, и со стороны получателя средств оплаты выступает казна (государство или муниципальное образование) (рис.8).

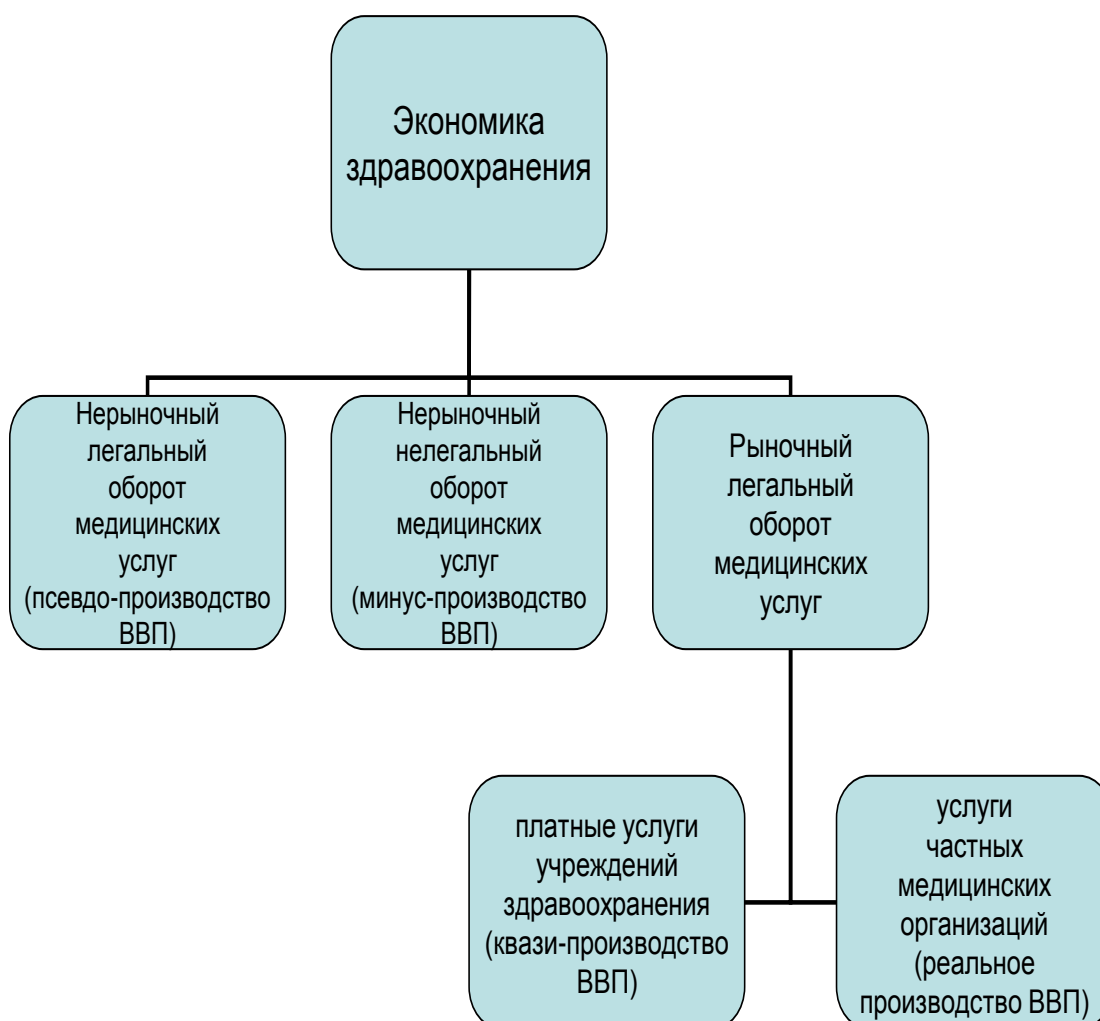


Рис. 8. Характеристика оборотной структуры экономики здравоохранения.

Иными словами, имеет место перераспределение денежных средств в пределах казны, особыми путями приводящее к такому же нетоварному их потреблению, как и при обычном бюджетном их расходовании.

В здравоохранении объем потребления составляет сотни и тысячи миллиардов рублей, а объем воспроизводства (платных медицинских услуг) исчисляется лишь десятками миллиардов рублей, притом что именно оборот платных услуг является выражением экономики (товарообмена) в здравоохранении. Доля платных медицинских услуг составляет ежегодно около 5% от общего числа платных услуг в стране, из которых на 2 единицы оплаты услуг государственных и муниципальных учреждений здравоохранения приходится 1 единица оплаты услуг частных медицинских организаций, притом что на 5 государственных и муниципальных учреждений здравоохранения приходится 1 частная медицинская организация. На каждые 2 единицы официальной оплаты платных медицинских услуг, оказываемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, приходится 1 единица теневой оплаты (некассовая оплата врачам). С учетом оплаты нерыночных услуг за счет налогов для потребителя государственное и муниципальное здравоохранение является значительно более накладным, чем оплата медицинских услуг частных организаций. Только 1/3 выпуска платных медицинских услуг, производимых 1/5 от числа государственных и муниципальных учреждений здравоохранения численностью частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей, создает легальную сферу реального создания ВВП.

Изучены особенности предпринимательской деятельности в здравоохранении, которая осуществляется частными организациями, оказывающими медицинские услуги гражданам за плату, не происходящую из казны государства или муниципальных образований.

Объективными факторами общественного неприятия предпринимательства в здравоохранении являются: распределение прибыли в коммерческих организациях; нестабильность существования коммерческих организаций, осуществляющих деятельность по производству и реализации товаров, работ и услуг медицинского назначения; неуклонное удорожание медицинских услуг; отождествление предпринимательства в сфере производства и реализации товаров, работ и услуг медицинского назначения и предпринимательства в платежной сфере; неспособность публичных институтов нормализовать ситуацию с оплатой медицинской помощи.

Как свидетельствуют данные исследования, объективных причин неприятия предпринимательства в здравоохранении – две: недостаточность публичных средств для оплаты товаров, работ, услуг медицинского назначения в пользу

граждан и избыточность нормативно-правового регламента и (или) недостаточность правового регулирования оборота товаров, работ, услуг медицинского назначения.

Анализ указанных причин показал, что недостаточность публичных средств для оплаты товаров, работ, услуг медицинского назначения в пользу граждан обусловлена тем, что, будучи предназначены для потребления, эти средства не участвуют в воспроизводстве, не оборачиваются с прибылью. Капитал должен воспроизводить добавочный капитал, а распределение капитала не должно приводить к сокращению его величины. Существующее нормативное распределение денежных средств при обязательном медицинском страховании приводит к тому, что капитал не только не воспроизводится, но и сокращается в процессе распределения через фонды и страховые организации, а в конечном звене (учреждениях здравоохранения) не работает так, как должен работать.

В связи с этим недостаточность публичных средств для оплаты товаров, работ, услуг медицинского назначения в пользу граждан может быть преодолена путем устранения посредничества страховых организаций; инвестиционного размещения денежных средств фондов ОМС; перехода от обязанностей по нормативам к ответственности по обязательствам.

Избыточность нормативно-правового регламента и (или) недостаточность правового регулирования оборота товаров, работ, услуг медицинского назначения может быть преодолена оптимизацией законодательства в области охраны здоровья и организации его исполнения.

В целом, не предпринимательство угрожает бесплатности медицинской помощи в порядке социальных гарантий государства, а непродуманное нормирование в этой сфере, непонимание существа предпринимательской деятельности и неопределенность понятия здравоохранения и предмета публичного управления в области охраны здоровья.

В **пятой главе** представлен анализ состояния управления медицинскими организациями по данным Интернет-активности.

В результате исследования потребностей управления медицинскими организациями по поисковым Интернет-запросам в течение 2005 года получены следующие данные:

- если по общим вопросам управления организациями пользователи Рунета отправляются от понятия «бизнес» по умолчанию, то запросы по поводу бизнеса применительно к понятиям «здравоохранение» и «медицина» общего отправного начала не имеют;

- запросы по вопросам управления медицинскими организациями формулируются без знания общих вопросов управления организациями, в связи с чем аудитории запросов по вопросам управления медицинскими

организациями и по общим вопросам управления организациями разные: те, кто задается первыми, не задается вторыми;

- понятие управления (менеджмента, администрирования) в здравоохранении не приведено к единообразно понимаемому субъекту (организации, а не отрасли) и объекту (бизнесу, предприятию или предпринимательству, хозяйству или хозяйствованию), в связи с чем словосочетание «медицинский бизнес» становится компромиссным для характеристики управления медицинской организацией.

Понятия «здравоохранение» и «медицина» до настоящего времени не нашли консолидирующего начала в субъекте («учреждения здравоохранения» и «медицинские организации»), чтобы можно было говорить о единстве объекта управления.

Исследована структура потребностей управления медицинскими организациями по специализированным Интернет-баннерам.

Установлено, что потребности заинтересованных пользователей Интернета по вопросам управления медицинскими организациями в динамике календарного года отличаются аморфной бесструктурностью, отсутствием внятных и единых ориентиров и активной избирательной востребованности. Баннеры корреспондирующего содержания

- сохранялись одновременно на первых и на последних местах:

на первых ранговых местах	на последних ранговых местах
Как развить бизнес в здравоохранении?	Как увеличить доходы медицинской организации?
Составление договора об оказании медицинских услуг	Конъюнктура рынка медицинских услуг
Способы оплаты медицинских услуг	

и пользовались одновременно наиболее стабильной и наиболее нестабильной востребованностью в течение года:

наибольшая стабильность	наибольшая нестабильность
Бизнес-планирование	Как уменьшить убытки?
Как застраховаться от рисков?	Ликвидность медицинских услуг
Как оценить состояние своего бизнеса?	Медицинская организация в суде
Как получить информацию, необходимую для управления бизнесом?	Составление договора об оказании медицинских услуг
Как привлечь инвестиции в бизнес?	Управление медицинской организацией и право
Представительство медицинских организаций	
Развитие бизнеса в здравоохранении	
Как уменьшить риски в бизнесе?	

В **шестой главе** представлены основные направления и условия модернизации здравоохранения на инновационной основе.

Изучено современное состояние организации здравоохранения и показано, что существующая организация здравоохранения замкнута внутриведомственным циклом распределения и потребления средств государственной казны и не ориентирована на потребности сферы охраны здоровья. Частная медицина и общество находятся вне сферы здравоохранения. Общество и государство недовольны здравоохранением и требуют от него изменений. Однако реформы здравоохранения изнутри самого здравоохранения не происходят ввиду отсутствия научно обоснованной концепции новой организации здравоохранения, которая должна быть разработана и осуществлена обществом, так как только влияние общества на государство способно привести к переменам в организации здравоохранения. Общество в позиционировании перед субъектами исполнительной власти или экономической деятельности должно опираться на соответствующие правила, которые должны порождать нетоварную (для субъектов исполнительной власти) или товарную (для субъектов экономической деятельности) обязанность перед обществом. Именно гражданин должен выступать перед субъектами исполнительной власти или экономической деятельности носителем их обязанностей перед ним, подкрепленных силой государства – понудительной для первых и финансовой для вторых.

В данной главе исследованы предпосылки формирования современной концепции модернизации здравоохранения и показано, что задачами отечественной теории организации здравоохранения является развитие технологий управления.

В настоящее время технологии управления в области охраны здоровья не получили научного обоснования и внедрения, поскольку не сформировалась соответствующая политическому, экономическому, правовому и социальному устройству государства концепция модернизации здравоохранения, не обозначены ее предмет и метод, практические цель и задачи управления в области охраны здоровья.

Рассмотрены отправные начала концепции модернизации здравоохранения. Сформировавшаяся в здравоохранении идеология потребления перешла в стадию декомпенсации. Существует проблема неправильного использования бюджетных и внебюджетных средств на финансирование охраны здоровья и неработающего механизма размещения средств казны в обязательствах, что обуславливает нерентабельность государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и формирования идеологии воспроизводства в здравоохранении, основанной на договорных обязательствах.

Договор не приобрел в здравоохранении присущее ему значение. Но независимо от того, какое место ему отводится в здравоохранении, он сохраняет предусмотренное законом значение универсального регулятора отношений. Не договор утрачивает свою значимость ввиду того, что не используется должным образом в здравоохранении, а здравоохранение терпит убытки, которых можно избежать, так как не использует существующие возможности договора.

Размещение средств государственной казны в договорных обязательствах означает не свободу безудержного контроля со стороны государства как плательщика за внутриорганизационным распределением средств оплаты в медицинских организациях, как это без соответствующих правовых оснований принято в настоящее время в системе ОМС, а оценку исполнения обязательств по их окончании.

Итак, модернизация здравоохранения должна основываться на концепции, которая отвечает политическим, экономическим и юридическим реалиям в государстве и имеет научно обоснованную перспективу.

В ходе исследования показано, что недостаточное внимание государства к проблеме реформирования организации здравоохранения имело следующие последствия:

- сохранение медицинских организаций в форме государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;
- совмещение политических и экономических интересов в области охраны здоровья;
- совмещение противоположных и разобщение односторонних интересов в механизме оплаты медицинских услуг;
- обособление медицинских услуг, оказываемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, от медицинских услуг, оказываемых частными медицинскими организациями;
- сохранение ведомственной инфраструктуры здравоохранения, уполномоченной на экономическую деятельность в товарных отношениях с третьими лицами.

Государство позиционируется на стороне принадлежащих ему учреждений здравоохранения, а не на стороне пациента. По существу государство платит гражданам оказанием медицинских услуг принадлежащими ему учреждениями здравоохранения.

Закон (ст.430 ГК РФ) между тем предусматривает позиционирование плательщика на стороне выгодоприобретателя (рис. 9).

В соответствии с указанным положением закона, во-первых, гражданин является носителем прав требований к медицинской организации по платежам государства; во-вторых, государство в качестве плательщика за медицинские

услуги должно быть свободно от связи с медицинскими организациями (учреждениями здравоохранения) принадлежностью имущества.



Рис.9. Позиционирование государства на стороне договора в пользу граждан.

Показано, что основными условиями социально-ориентированной модернизации здравоохранения являются:

- переход к эквивалентным отношениям взаимных удовлетворений непротивоправных интересов на основе договора;
- наделение граждан правами распорядителей средств государственной казны, предназначенных для оплаты оказываемых им за счет этих средств медицинских услуг;
- либерализация требований к медицинским организациям и создание для них свода работоспособных и исчерпывающе определенных правил с одновременным созданием регламента, который исключает свободу усмотрения должностных лиц органов управления здравоохранением;
- повышение ответственности медицинских организаций через различные организационно-юридические механизмы.

Социально-ориентированная модернизация здравоохранения предусматривает необходимость следующих разграничений:

- бюджетного (по подведомственности) и хозяйственного (по обязательствам) процесса. В бюджетном процессе осуществляется гражданское правомочие публичного собственника (государства или муниципального образования) распоряжения принадлежащим ему имуществом (средствами государственной или муниципальной казны). Бюджетный процесс осуществляется государственными и муниципальными органами (распорядителями и главными распорядителями бюджетных средств) в рамках и до границ этого правомочия собственника, завершаясь при переходе права к другому лицу – в порядке оплаты товаров, работ, услуг по обязательствам (договору).

- распределения бюджетных средств для государственных (в пользу государства) и для социальных (в пользу общества, граждан) нужд. Распределение средств казны для государственных нужд, в том числе по обязательствам (по договорам поставки для государственных нужд в порядке государственного заказа – ст.ст.525-532 ГК РФ) – это приобретения в пользу самого собственника. Распределение бюджетных средств для социальных нужд – это приобретения, оплачиваемые государством в пользу общества, граждан.

- функций распорядителя бюджетных средств для государственных нужд (по подведомственности государственных и муниципальных органов) и прав распорядителя бюджетных средств для социальных нужд (по социальным обязательствам государства). Распоряжение бюджетными средствами для государственных нужд – это функция (*обязанность*) государственных и муниципальных органов. Распоряжение бюджетными средствами для социальных нужд – это *право* граждан как выгодоприобретателей по договору в пользу третьего лица (ст.430 ГК).

За отправные начала реформы, ведущей к становлению социально-ориентированного здравоохранения, приняты следующие положения:

- исключение конфликта интересов;
- отделение государства от экономики в здравоохранении;
- финансирование деятельности по оказанию медицинских услуг, а не медицинских организаций;
- принадлежность медицинских организаций не имеет значения для государства в здравоохранении;
- финансирование мероприятий по охране здоровья граждан – по возможностям бюджета, а не формирование бюджета по потребностям охраны здоровья;
- договор является единственным основанием оказания и оплаты медицинских услуг;
- регулирование отношений в области охраны здоровья на основе правил, а не усмотрения должностных лиц.

Седьмая глава посвящена разработке путей преодоления проблем здравоохранения посредством социально-ориентированной модернизации, которые основаны на принципах позиционирования интересов участников экономических отношений в здравоохранении и смены в этих отношениях принадлежности объекта товарообмена.

Одним из приоритетных путей является бесприватизационная партикуляризация государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, суть которой состоит в разделении юридической судьбы субъекта (организаций) и объекта (государственного или муниципального имущества, на котором они основаны).

Установлено в ходе исследования, что наделение имуществом в натуре (сопутствующая приватизация государственного или муниципального имущества) не является условием реорганизации учреждений здравоохранения.

Государственное или муниципальное имущество, на котором основаны, бюджетные учреждения здравоохранения подлежит изъятию перед их партикуляризацией. Сбереженное от приватизации имущество (недвижимость), сохранившее свою публичную принадлежность, позволяет образовать сеть объектов здравоохранения по всей стране, воссоздавая отраслевое системообразование на инновационной основе.

Партикуляризация (преобразование в форму частных организаций) учреждений здравоохранения может сопровождаться наделением их только денежными средствами, необходимыми для формирования уставного (паевого, складочного капитала), с помощью которых в последующем они смогут приобретать имущество, в том числе, получать на обязательственном праве (праве аренды) (рис. 10).

Партикуляризованные учреждения здравоохранения в любых организационно-правовых формах становятся такими же товаропроизводителями, как другие хозяйствующие субъекты – частные медицинские организации. Приобретая форму частных организаций, они становятся собственниками своего имущества и товаропроизводителями, на основе договора строящими экономические отношения со всеми желающими приобрести их продукцию (медицинские услуги), в том числе и с государством, оплачивающим эти предоставления в пользу граждан.

Тем самым партикуляризация учреждений здравоохранения достигает двух основных целей:

- создание рынка товаропроизводителей, равноудаленных от государства;
- создание сети объектов здравоохранения как элемента имущественной системы управления здравоохранением.

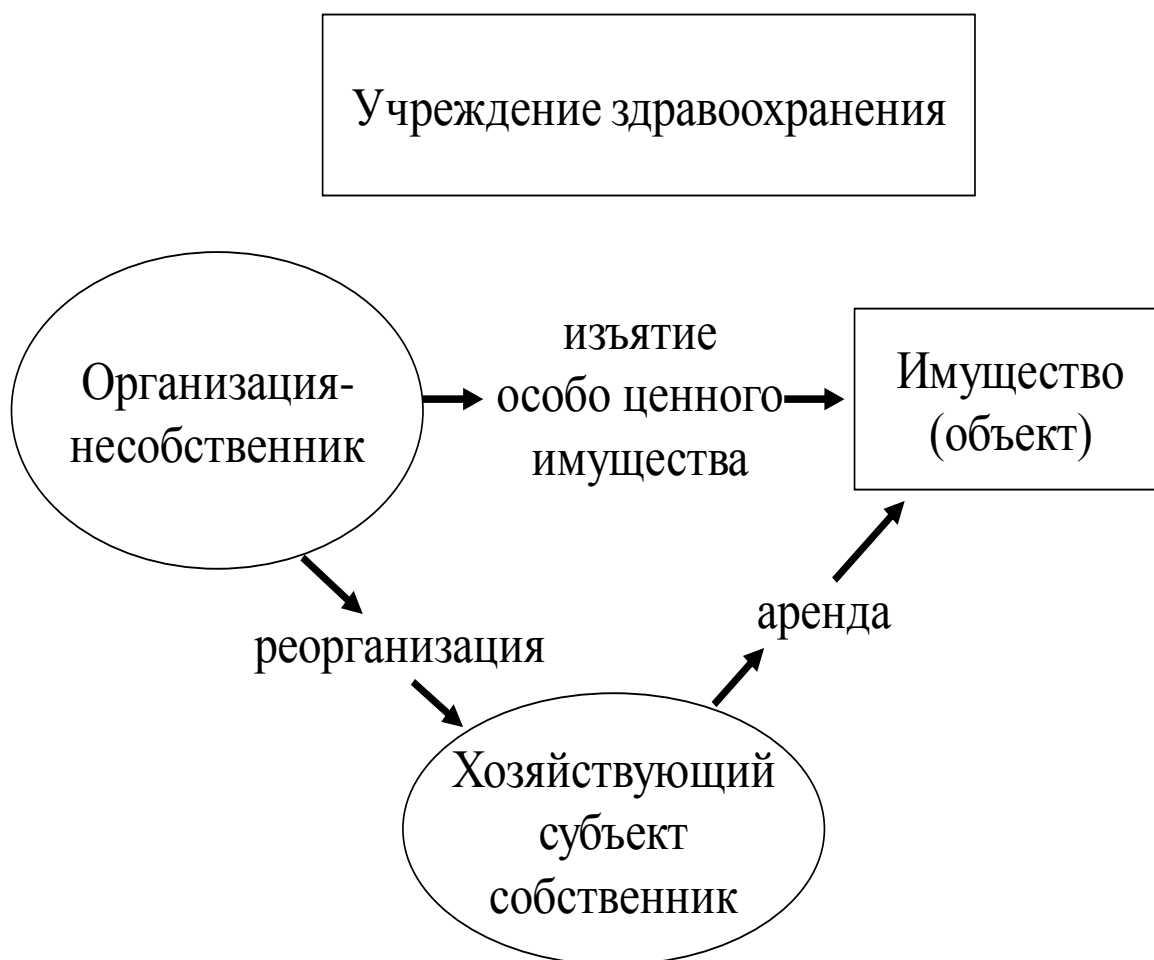


Рис. 10. Отделение субъекта от объекта при реорганизации учреждений здравоохранения.

Целям интеграции муниципальных образований в управление здравоохранением на имущественной основе служит муниципализация объектов здравоохранения, т.е. их повсеместное нахождение в муниципальной собственности. Для управления объектами здравоохранения – с целью передачи их в аренду, для дополнительного обслуживания медицинских организаций, арендующих площади на этих объектах, а также граждан как клиентов арендаторов, необходимо создание управляющих организаций (казенных предприятий здравоохранения или иных хозяйствующих субъектов).

Другим приоритетным путем преодоления проблем здравоохранения посредством социально-ориентированной модернизации является изменение структуры финансирования здравоохранения.

Целям экономии средств государственной казны служит ликвидация всех федеральных и территориальных фондов в социальной сфере как субъектов, консолидация и централизация их как объектов в качестве единого медико-социального фонда в ведении федерального органа управления здравоохранением и социальным развитием.

Предложены пути фондирования средств государственного финансирования здравоохранения, т.е. предметное структурирование единого медико-социального фонда по 11 направлениям: выплат социальных льгот, пенсий и компенсаций; оплаты социальных услуг, включая оплату услуг ухода и выхаживания; оплаты мониторинга здравоохранения: медико-социального мониторинга, включая финансирование медицинской статистики и медико-социальной экспертизы, и экономического мониторинга, включая финансирование мониторинга экономического оборота в здравоохранении; оплаты медицинских услуг массового спроса; оплаты медицинских услуг особого спроса; оплаты реабилитационно-оздоровительных услуг, включая оплату услуг в области курортного дела, реабилитации, в т.ч. инвалидов и оказания им протезно-ортопедической помощи; поощрения профилактики заболеваний; экономических компенсаций; содержания объектов здравоохранения; финансирования необоротной медицинской помощи, включая донорство крови, трансплантацию органов и тканей человека; финансирования изысканий новых медицинских технологий.

Для разделения платежных потоков из государственной казны в пользу самого государства и в пользу общества необходимо создание Банка медико-социального развития для размещения единого медико-социального фонда в ведении федерального органа управления здравоохранением и социальным развитием.

Банк должен быть создан на условиях управляемости, подконтрольности и подотчетности государству, в связи с чем предпочтительнее – на основе «золотой акции». Этот Банк может обслуживать также товаропроизводителей в здравоохранении, за счет чего существенно упростятся расчеты, а движение банковских капиталов станет отражением товарооборота в отрасли.

Разделение единого медико-социального фонда по направлениям финансирования позволяет охватить весь спектр потребностей здравоохранения и граждан, а создание единого медико-социального фонда в ведении федерального органа управления здравоохранением и социальным развитием и специализированного акционерного коммерческого банка медико-социального развития делает возможным концентрацию капиталов в здравоохранении и стимулирование экономического оборота в отрасли.

В ходе проведенного исследования разработаны пути перехода к персонализованному фондодержанию средств государственного финансирования здравоохранения. Персонализованное фондодержание решает многие задачи современного финансирования практического здравоохранения. Прежде всего, это способ перехода к плате государством реальными денежными средствами в пользу граждан выбранным ими товаропроизводителям.

Персонализированное фондодержание позволяет осуществлять платежи по медико-социальному платежному документу с персонального счета в едином государственном медико-социальном фонде в ведении федерального органа управления здравоохранением и социальным развитием, начисления на который могут производиться дифференцированно в зависимости от целого ряда влияющих факторов, обуславливающих соответствующие правовые основания. При этом персонализированное фондодержание не ограничивает свободы граждан обращаться в медицинские организации с ценами выше, чем государственные тарифы, с возможностью самостоятельной доплаты. Категорирование граждан в едином государственном медико-социальном реестре позволяет дифференцировать оплату базового перечня медико-социальных потребностей и оплату медицинских услуг особого спроса в зависимости от персональной истории фондодержания.

Персонализированное фондодержание – это путь от уравнилельного безразличия государства к нуждам общества к потребитель-ориентированному финансированию практического здравоохранения.

Разработаны механизмы управления себестоимостью медицинских услуг, оплачиваемых за счет средств государственной казны.

Объекты здравоохранения, которые создают единую отраслевую сеть по всей стране, являются площадкой соразмерения интересов, с одной стороны, субъектов медико-социальной деятельности, арендующих на них площади и оборудование, и с другой стороны, общества (граждан) и (или) государства как плательщиков за оказываемые ими медико-социальные услуги. Подобное – демпферное – назначение объектов здравоохранения состоит в том, чтобы посредством арендной платы влиять на себестоимость (а потому – и на цену) продукции к обоюдной выгоде обеих сторон договора о возмездном оказании медицинских услуг.

Поскольку товаропроизводители в социальной сфере своей экономической деятельностью достигают прямого, а не только опосредованного (через налоги), социального эффекта, постольку их деятельность – не для пополнения казны, в связи с чем снижение налогового бремени результирует повышением экономической и, как следствие, увеличением социальной эффективности этой деятельности.

Создание системы объектов здравоохранения, передаваемых в аренду субъектам медицинской деятельности, наряду с другими компенсаторными механизмами (налоговые льготы и прямые компенсации) позволяет управлять себестоимостью и ценой медицинских услуг, оплачиваемой из государственной казны (рис.10).

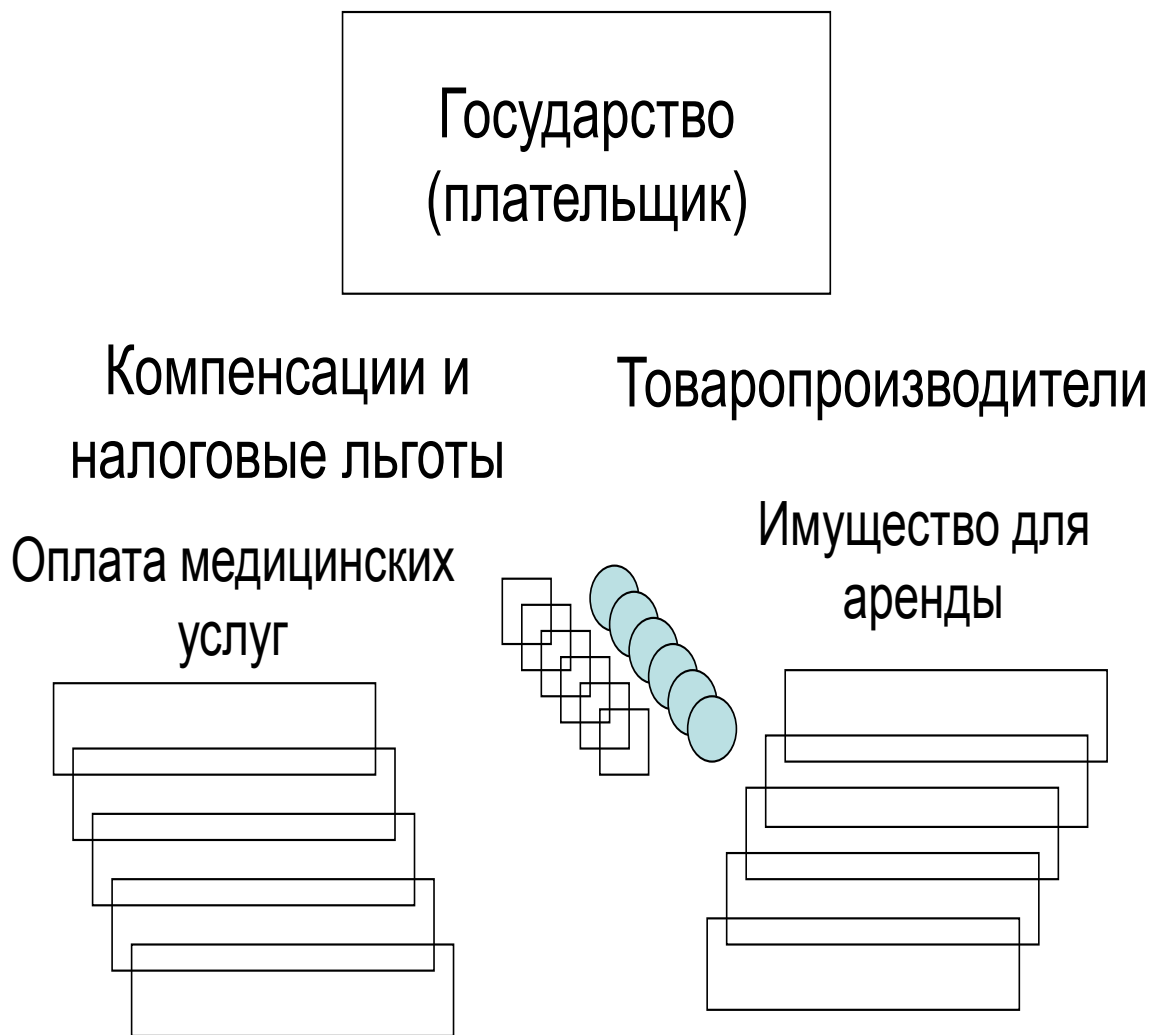


Рис. 10. Управление себестоимостью медицинских услуг, оплачиваемых из казны.

В соответствии с разработанной концепцией модернизации отрасли функциональное структурирование новой организации здравоохранения позволяет разграничить:

1. государство и общество.
2. государство и экономику.
3. сферу общественного потребления (использования ВВП) и сферу общественного воспроизводства (создания ВВП) в обществе.
4. расходы казны в пользу государства и в пользу общества.
5. положение сторон в договоре об оказании медицинских услуг.
6. сферу практического здравоохранения и сферу его финансирования.
7. рынки в отрасли.

В рамках концепции социально-ориентированной модернизации здравоохранения представлена обобщенная структурная модель экономической организации здравоохранения (рис. 11).

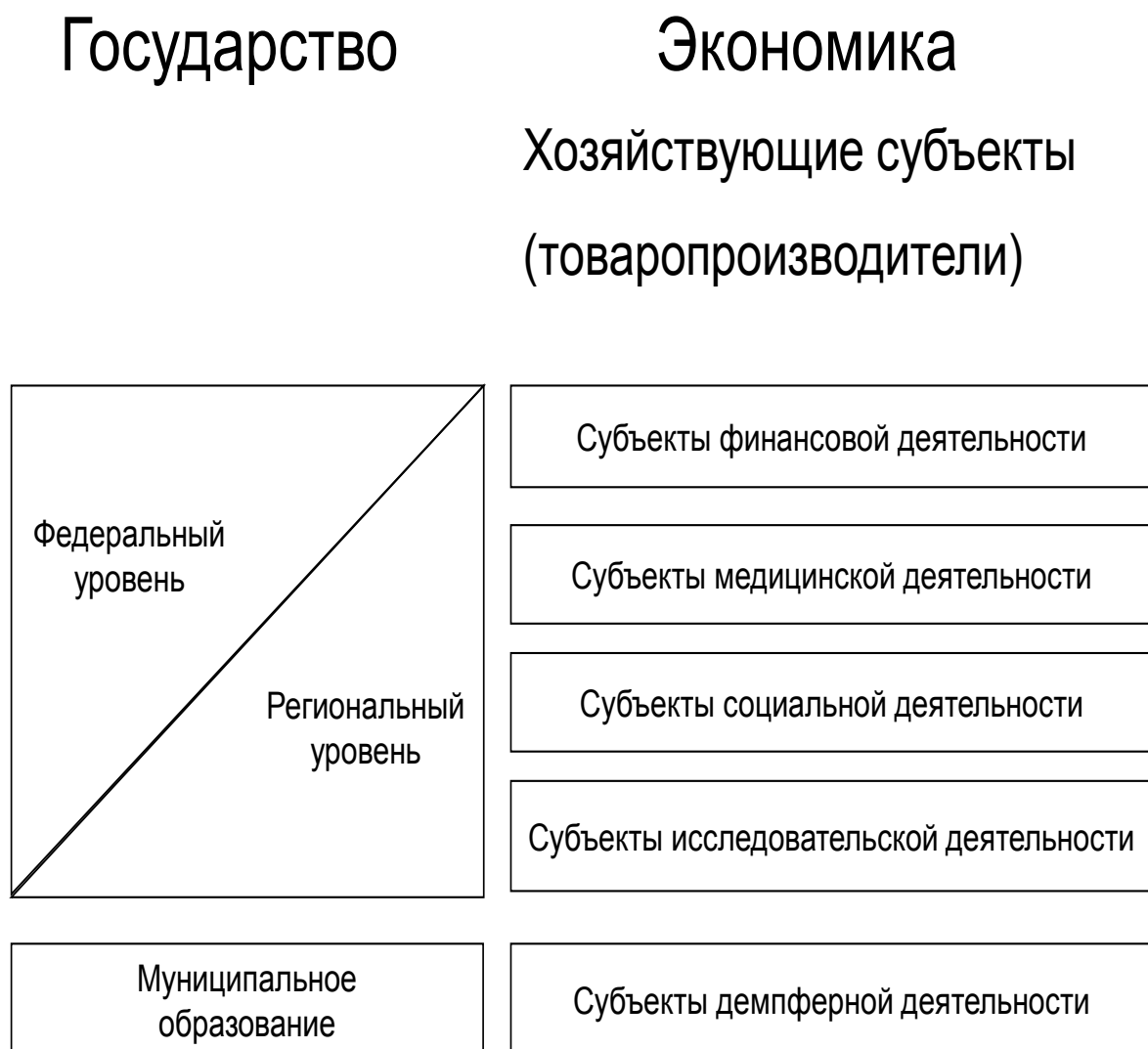


Рис. 11. Обобщенная структурная модель экономической организации здравоохранения.

Установлено, что для того, чтобы преодолеть недостатки в структуре экономики здравоохранения, нужны такие изменения, которые устранят несоответствия ее организации существующим политическим, экономическим и правовым условиям в стране согласно предметным различиям деятельности тех или иных субъектов в здравоохранении. Об изменениях структуры экономики здравоохранения можно говорить применительно к субъектам и объектам рыночных (товарных) отношений в здравоохранении, при этом не являются участниками таких отношений государственные и муниципальные органы, в том числе органы управления здравоохранением.

В ходе исследования определены задачи и пути реализации экономических реформ в ходе модернизации здравоохранения (рис. 12).

Задача	Путь решения
концентрация платежных фондов и их диверсификация по направлениям оплаты	формирование медицинского рынка, обслуживающей его потребности инфраструктуры и механизмов участия в их функционировании государства средствами казны
разделение механизмов оплаты из государственной казны приобретений в пользу самого государства и в пользу общества	создание специализированного банка для ведения платежных операций в здравоохранении
поставление потребителя в центр механизма оплаты из государственной казны предоставлений товаропроизводителей	введение единых персональных медико-социальных счетов граждан и соответствующих им платежных документов
избежание приватизации государственного и муниципального имущества в здравоохранении	партикуляризация учреждений здравоохранения
управление себестоимостью медицинских услуг, оплачиваемых из казны	создание сети объектов здравоохранения, арендная плата за размещение медицинских организаций на которых, а также налоговые льготы и прямые компенсации удешевляют их издержки

Рис.12. Структура задач экономического реформирования здравоохранения и путей их решения.

В здравоохранении структурная перестройка экономики призвана создать рыночную систему перехода материальных благ (средств государственной казны) к товаропроизводителям взамен соответствующих предоставлений гражданам (обществу). Функцией публичного звена (органов управления здравоохранением) должно стать совершенствование механизмов финансирования практического (частного) звена здравоохранения, а функцией последнего – совершенствование состояния экономики (рост товарного оборота) в здравоохранении.

Товаропроизводители, включая партикуляризированные учреждения здравоохранения, предоставлены самоорганизации на рыночных условиях и входят в сферу интересов государства лишь как противоположная сторона договора об оплате медицинских услуг в пользу граждан.

Государство участвует в снижении себестоимости оплачиваемых из казны медицинских услуг – прежде всего, теми или иными компенсациями (и налоговыми льготами) товаропроизводителям. Для тех же целей используется демпферный механизм находящихся в муниципальной собственности объектов здравоохранения, на которых размещаются товаропроизводители, через управляющую организацию компенсацией потерь от низкой ставки арендной платы (рис.13).

В целом условиями социально-ориентированной модернизации здравоохранения являются:

- элиминация нерыночной экономики из товарного оборота в здравоохранении, отказ от неосновательного системообразования и уровневого финансирования и переориентация на показатели рыночной активности в отрасли;
- преодоление эксплоярной закрытости здравоохранения и его экономики;
- всемерное развитие организационно-правовой структуры микроэкономики здравоохранения и построение на инновационной основе развитой территориальной и технологической системы здравоохранения.

Современная модель организации здравоохранения на инновационной основе представляет собой механизм интеграции средств государственной казны в экономический оборот в здравоохранении, в котором граждане как их держатели пользуются широкого спектра возможностями договорных отношений государства как плательщика с товаропроизводителями, а последние как субъекты медико-социальной деятельности пользуются широкого спектра преференциями, объективно позволяющими минимизировать себестоимость оплачиваемых государством товаров, работ, услуг медико-социального назначения (рис. 14).

В соответствии с разработанной концепцией модернизации здравоохранения экономическая организация практического звена складывается в оформленную систему договорных отношений субъектов различающейся собственности, что позволяет формировать товарообмен. Государство в качестве плательщика за медицинские услуги через граждан, в пользу которых производятся платежи, вступает в отношения с товаропроизводителями – субъектами медицинской деятельности.

В результате вместо использования ВВП в здравоохранении начинается самовоспроизводящийся процессный цикл создания ВВП, подчиненный потребностям последовательного продуктивного преобразования средств налогоплательщиков в социальный результат в отрасли: общество – государство (налоговый процесс), государство – государство (бюджетный процесс), государство – банк, банк – общество.

Государство мерами публичного понуждения собирает в обществе средства для последующего перераспределения. Процесс начинается уплатой налогоплательщиками обязательных платежей (сборов, налогов, пошлин) и завершается наполнением казны.

Государство распределяет средства казны для последующего освоения, разделяя публичные (в пользу государства) и социальные (в пользу общества) потоки. Процесс начинается формированием бюджетов распределения и завершается окончательным определением бюджета использования ВВП на нужды здравоохранения и социального развития.

Государство осуществляет фондирование бюджета здравоохранения и социального развития по соответствующим направлениям расходования, а также формирует экономические рычаги регулирования себестоимости продукции, оплачиваемой из казны. Процесс начинается поступлением бюджета здравоохранения и социального развития в ведение федерального органа управления здравоохранением и социальным развитием и завершается передачей средств финансирования практического здравоохранения Банку медико-социального развития, а также разработкой работоспособных

механизмов налоговых послаблений, льгот и компенсаций хозяйствующим субъектам, осуществляющим медицинскую деятельность, и регулирования величины арендных платежей, производимых ими за пользование объектами здравоохранения.

Государство		Экономика
ликвидирует	создает	
сеть субъектов медицинской деятельности	сеть объектов здравоохранения	полиморфизм товаропроизводителей
нормативное ценообразование на медицинские услуги	механизм регулирования себестоимости медицинских услуг	рыночное установление цен на медицинские услуги
сеть фондов финансирования здравоохранения	финансирование социальной сферы из единого фонда по направлениям	концентрация платежных капиталов
финансирование субъектов экономической деятельности по принадлежности имущества	финансирование субъектов экономической деятельности по объемам реализации продукции	формирование товарообмена, рыночной конъюнктуры и конкуренции
финансирование субъектов медицинской деятельности без участия пациентов	финансирование субъектов медицинской деятельности через посредство пациентов	экономическая социализация здравоохранения
финансирование субъектов экономической деятельности по бюджетным правилам	финансирование субъектов экономической деятельности по гражданско-правовым правилам	стимулирование экономического оборота, результирующего социальным эффектом
финансирование субъектов экономической деятельности прямо из казны	финансирование субъектов экономической деятельности через посредство частных платежных институтов	одноканальное финансирование и концентрация оборотных капиталов в отрасли

Рис. 14. Схема сдвига публичных приоритетов в организации здравоохранения.

Складывается товарообмен, т.е. встреча товаропроизводителей с потребителями, оплату предоставлений которым в индивидуализированных пределах осуществляет государство через такой общественный институт, как Банк медико-социального развития. Тем самым товарообмен происходит в обществе – государство осуществляет функции регулирования этого процесса, надзорные и платежные, опосредованные через специализированный кредитно-финансовый социальный институт. При этом платежи хозяйствующим субъектам осуществляют сами граждане посредством единого медико-социального платежного документа – общества, а не государство реализует свои интересы в экономических отношениях. По существу, эти отношения выстраиваются между одной частью общества – товаропроизводителями (хозяйствующими субъектами), представляющей сферу общественного воспроизводства, и другой частью общества – потребителями, гражданами – представляющей сферу общественного потребления, и опосредуются также общественным кредитно-финансовым институтом. Процесс начинается расчетными операциями между хозяйствующими субъектами и потребителями и завершается созданием ВВП в здравоохранении, выраженным в суммарных показателях экономического оборота в отрасли за расчетный период.

В целом, товарная организация здравоохранения при соответствующих современных технологиях управления способна обеспечить устойчивость и экономичность отрасли, привлекательность ее для инвесторов и заложить основу ее успешного перспективного развития.

ВЫВОДЫ

1. Проведенные исследования свидетельствуют, что проблемы управления отечественным здравоохранением происходят из несоответствия модели организации отрасли политическому, экономическому и правовому окружению; товарной организации общества; товарному характеру общественных отношений в социальной среде не соответствует нетоварная организация здравоохранения, что в обществе вызывает неприятие не товарная организация здравоохранения, а утрата бесплатной медицинской помощи.

2. Анализ современных экономических проблем отечественного здравоохранения показал, что финансирование здравоохранения представляет собой круговорот средств государственной казны без перехода собственности и без участия в нем граждан; доктрина (идеология) и стратегия (политика) развития здравоохранения государством не определена и обществу не известна; простые заимствования зарубежного опыта в здравоохранении не пригодны для внедрения в существующую российскую действительность: в здравоохранении

повсеместно в мире существует товарообмен, и нигде нет медицинских организаций, основанных на несобственном имуществе (учреждений здравоохранения), в связи с чем цель экономических реформ здравоохранения состоит в интеграции отрасли в политические, экономические и правовые реалии современной России.

3. Современное состояние организации здравоохранения характеризуется тем, что в отрасли не работает правовой режим хозяйствования, не сложилось эффективного управления, не формируется нормальной экономики постольку, поскольку единству товарообмена противопоставляется разграничение государственной казны и частного капитала, а товаропроизводитель не нашел еще свое место в здравоохранении, как и государство не сформировало свое отношение к товаропроизводителю в здравоохранении.

4. Структура современной экономики здравоохранения определяется следующим: государственное и муниципальное здравоохранение основано на экономике потребления, отграниченной от экономики общественного воспроизводства, в создании которой участвует медицинский бизнес. Не общественное воспроизводство, а потребление средств государственной казны в отрасли создает долю отечественного здравоохранения в ВВП. Нетоварная организация здравоохранения в условиях товарной организации общества порождает в отрасли теневую экономику.

5. Инновационной основой реформы здравоохранения является построение социально-ориентированной концепции модернизации отрасли и ее проведения на началах позиционирования интересов в экономических отношениях между товаропроизводителями и государством в пользу граждан. Поскольку любая социальная мера (в том числе и услуги здравоохранения) поверяется критерием экономического эффекта от ее реализации, постольку удовлетворение интересов товаропроизводителей в здравоохранении происходит в порядке удовлетворения интересов граждан в охране здоровья.

6. Инновационный подход к модернизации здравоохранения требует различения государства и общества, государства и экономики, сферы общественного потребления и сферы общественного воспроизводства, расходов государственной казны в пользу государства и в пользу общества, положения сторон в договоре об оказании и оплате медицинских услуг, сферы практического здравоохранения и сферы его финансирования, рынков в отрасли. Социально-ориентированная модернизация здравоохранения состоит в организации в отрасли всеобъемлющих товарных отношений, одинаково приемлемых и выгодных для всех их участников, в части финансирования практического звена – по договору в пользу выгодоприобретателей.

7. Основным направлением проведения социально-ориентированной модернизации здравоохранения должно являться бесприватизационное преобразование бюджетных учреждений здравоохранения, которое достигается посредством отделения преобразуемых субъектов от имущественных объектов (прежде всего, недвижимости), которые за ними закреплены. Преобразуемые учреждения здравоохранения достаточно наделять денежными средствами на создание уставного капитала новых организаций, притом что дальнейшая их судьба предоставлена экономической самоорганизации. Изъятые у учреждений здравоохранения до преобразования имущество, остающееся в публичной собственности, позволяет сформировать сеть объектов здравоохранения по всей стране, воссоздавая системность отрасли.

8. В соответствии с концепцией социально-ориентированной модернизации здравоохранения государство должно позиционироваться на стороне граждан, в пользу которых оплачивает медицинскую помощь. Однако этому противоречит передача средств государственной казны в фондодержание действующим учреждениям здравоохранения, что в условиях существующего круговорота этих средств является непродуктивным. Эти средства должны находиться в распоряжении (фондодержании) граждан, которыми они в персонализированных пределах посредством единого социально-медицинского платежного документа могут расплачиваться за оказываемые им услуги в любой медицинской организации.

9. Для оптимизации финансовых потоков вместо множества федеральных и территориальных фондов в социальной сфере, издержки содержания каждого из которых как субъекта ложатся на управляемый им объект, необходима централизация государственных средств в ведении федерального органа управления здравоохранением и социальным развитием. Потоки из государственной казны в пользу государства и в пользу общества должны быть разделены, а расчеты по платежам должны производиться не казначейством, а специализированным банком, который для этих целей необходимо создать, возможно, на условиях «золотой акции».

10. Фондирование в части экономичности здравоохранения должно сочетаться с механизмами снижения цен на медицинские услуги, оказываемые гражданам за счет средств государственной казны – такими, как снижение арендной платы (прежде всего, при размещении на объектах здравоохранения, оставшихся после партикуляризации учреждений здравоохранения) и налогов (как для субъектов создания прямого социального результата от экономической деятельности), а также других компенсаций и льгот, позволяющих снижать себестоимость производства медицинских услуг.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Лицам, имеющим право законодательной инициативы в сфере охраны здоровья граждан, необходимо:

- в целях сохранения и расширения имущественной базы социальной сферы законодательно предусмотреть систему обременений социальным назначением объектов недвижимости, в том числе сдаваемых в аренду для осуществления экономической деятельности в социальной сфере;

- в целях исключения приватизации государственного и муниципального имущества в порядке реорганизации бюджетных учреждений социальной сферы законодательно предусмотреть предварительное изъятие из их принадлежности такого имущества;

- в целях консолидации и централизации фондов финансирования социальной сферы в ведении федерального органа управления здравоохранением и социальным развитием предусмотреть внесения соответствующих изменений в Бюджетный кодекс РФ и корреспондирующие законодательные акты;

- в целях разделения потоков финансирования государственных (муниципальных) органов и товаропроизводителей, а также товаропроизводителей в пользу государства и в пользу общества (граждан) предусмотреть внесение соответствующих изменений в Бюджетный кодекс РФ и корреспондирующие законодательные акты в части разделения бюджетного и гражданского правовых режимов такого финансирования;

- в целях интеграции граждан в механизм финансирования оказываемой им медицинской помощи и наделения их функциями распорядителя средств государственной казны в персонализированных пределах по единому платежному документу предусмотреть внесение соответствующих изменений в Бюджетный кодекс РФ и корреспондирующие законодательные акты;

- в целях перевода государственного надзора в сфере охраны здоровья граждан с позиций всестороннего нормирования в интересах государства на позиции мониторингового следования интересам общества предусмотреть распространение действия законодательства о техническом регулировании на сферу охраны здоровья граждан с выработкой соответствующих технических регламентов в здравоохранении;

- в целях разделения правовых режимов налогообложения по прямому (в социальной сфере) и опосредованному (вовне социальной сфере – через налоги) результату экономической деятельности предусмотреть внесение соответствующих изменений в Налоговый кодекс РФ и корреспондирующие законодательные акты.

2. Органам, уполномоченным осуществлять функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере

охраны здоровья граждан, следует учитывать при разработке стратегии развития здравоохранения необходимость:

- разграничения государства и общества, государства и экономики, сферы общественного потребления и сферы общественного воспроизводства, расходов государственной казны в пользу государства и в пользу общества, положения сторон в договоре об оказании медицинских услуг, сферы практического здравоохранения и сферы его финансирования, рынков в отрасли;

- перевода здравоохранения из сферы субординации публичным интересам в государстве в сферу координации частных интересов в обществе;

- исключения противопоставления единству товарообмена в отрасли разграничения государственной казны и частного капитала в здравоохранении;

- организации в отрасли всеобъемлющих товарных отношений, одинаково приемлемых и выгодных для всех их участников;

- определения места товаропроизводителя в отрасли и отношения государства к товаропроизводителю в здравоохранении;

- размещения публичных средств финансирования социальной сферы между товаропроизводителями с целью стимулирования экономического оборота в отрасли, что результирует увеличивающимся социальным эффектом;

- позиционирования интересов в экономических отношениях по договору между товаропроизводителями и государством в пользу граждан; сопоставления интересов на противоположных сторонах экономических отношений в отрасли как условия достижения баланса между финансированием здравоохранения и обусловленного им социальным эффектом;

- организации публичного надзора в здравоохранении, не стесняющего свободу товаропроизводителей и стимулирующего более высокую социальную эффективность их экономической деятельности.

3. Лицам, уполномоченным осуществлять полномочия собственника в отношении федерального имущества и размещать заказы за счет средств государственной казны в сфере охраны здоровья граждан, необходимо:

- принять программу бесприватизационной партикуляризации бюджетных учреждений социальной сферы с изъятием у них государственного и муниципального имущества (недвижимости) и создания на его основе сети объектов здравоохранения для передачи в аренду товаропроизводителям, осуществляющим деятельность в социальной сфере;

- принять программу снижения себестоимости оплачиваемых за счет средств государственной казны медицинских услуг, включая компенсации и льготы по арендной плате и налогам товаропроизводителям, осуществляющим деятельность в социальной сфере;

- принять программу мониторинга состояния экономики социальной сферы и сформировать механизмы стратегического, тактического и оперативного реагирования средствами государственной казны на его ухудшения;

- принять программу консолидации разрозненных фондов в социальной сфере в единый медико-социальный фонд в ведении федерального органа управления здравоохранением и социальным развитием;

- принять программу наделения каждого гражданина единым медико-социальным платежным документом для получения в персонализированных пределах товарных предоставлений, оплачиваемых за счет средств государственной казны;

- для размещения единого медико-социального фонда, обращаемого на оплату предоставлений в пользу общества, на условиях «золотой акции» создать специализированный банк медико-социального развития, дебетовой картой которого каждый гражданин получит возможность расплачиваться за оказываемые ему услуги в любой медицинской организации по своему усмотрению.

4. Органам управления здравоохранением на федеральном уровне: в программы последипломного обучения в медицинских учебных заведениях ввести курс делового администрирования; организовать единый государственный медико-социальный реестр для учета и категорирования граждан по потребностям состояния здоровья; органам управления здравоохранением на муниципальном уровне: создать муниципальные предприятия здравоохранения (или акционерные общества со 100%-ным участием муниципального образования) для управления объектами здравоохранения, оставшимися в результате партикуляризации учреждений здравоохранения.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Тихомиров. А.В. Учреждения здравоохранения: свобода хозяйствования или административный контроль //Здравоохранение. – 2000. - № 7. - С.155-164.

2. Тихомиров А.В. Рынок медицинских услуг и публичное управление: два пути развития //Закон и право. – 2001. - № 9. - С.22-29.

3. Тихомиров А.В. Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг. - М.: Статут, 2001. – 256 с.

4. Тихомиров А.В. Разнородность учреждений и единообразие правового режима их деятельности. В кн.: Регистрация прав на недвижимость: Сборник. /Отв. ред. А.Р.Кирсанов. – Выпуск № 7. – М.: Российская правовая академия Министерства юстиции Российской Федерации, 2002. - С.164-174.

5. Тихомиров А.В. Значение договора при оказании медицинских услуг //Российская юстиция. – 2002. - № 8. - С.16-17.
6. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Учреждения здравоохранения как элемент системы здравоохранения //Главврач. – 2002. - № 9. - С.4-7.
7. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Разграничение общих и частных отношений органов управления здравоохранением с учреждениями здравоохранения //Главврач. – 2002. - № 11. - С.18-23.
8. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Юридические основы хозяйственного управления имуществом учреждений здравоохранения //Главврач. – 2002. - № 12. - С.13-21.
9. Тихомиров А.В. Здравоохранение: правовые аспекты. В кн.: Научн. труды респ. научно-практической конференции «Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения». – М.: 2002. - С.97-102.
10. Тихомиров А.В. Режим имущества государственных и муниципальных учреждений. Научно-практическое пособие. Общая часть. - М.: РИГР, ЦНИИОИЗ, 2002. – 84 с.
11. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Режим имущества государственных и муниципальных учреждений. Научно-практическое пособие. Специальная часть. Правовые аспекты управления имуществом учреждений здравоохранения. - М.: ЦНИИОИЗ, 2002. – 64 с.
12. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Организационное положение учреждения здравоохранения в системе здравоохранения //Главврач. – 2003. - № 4. - С.17-28.
13. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Учреждения: pro et contra //Главный врач: хозяйство и право. – 2003. - № 1. - С.24-41.
14. Тихомиров А.В. Учреждение как хозяйствующий субъект: отношения с собственником //Российская юстиция. – 2003. - № 4. - С.17-18
15. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Перспективы существования учреждений в здравоохранении //Менеджер здравоохранения. – 2004. - № 1. - С.4-7.
16. Стародубов В.И., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Финансирование учреждений здравоохранения: дифференциация, реструктуризация, оптимизация управления //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 2. - С.28-33.
17. Стародубов В.И., Сидоров А.А., Родин О.В., Тихомиров А.В. Опыт приватизации государственного и муниципального имущества: значение для здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 3. - С.28-40.

18. Стародубов В.И., Сидоров А.А., Родин О.В., Тихомиров А.В. Перспективы организационно-правового полиморфизма в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 4. - С.40-43.

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

20. Тихомиров А.В. Способы повышения эффективности деятельности учреждений здравоохранения, финансируемой за счет средств казны //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 6. - С.38-41.

21. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Пути совершенствования правового регулирования управления учреждениями здравоохранения в имущественных отношениях //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 1. - С.26-33.

22. Тихомиров А.В. Отечественная организация здравоохранения: реформа идеологии //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 2. - С.2-8.

23. Тихомиров А.В. Предпринимательство в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 2. - С.44-49.

24. Стародубов В.И., Сидоров А.А., Родин О.В., Тихомиров А.В. Пути повышения и показатели готовности учреждений здравоохранения к приватизации //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 3. - С.38-44.

25. Родин О.В., Тихомиров А.В. Консолидированный бюджет: распоряжение деньгами или власть денег? //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 4. - С.41-43.

26. Тихомиров А.В. Здравоохранение: публичный платежный институт или деятельность медицинских организаций? //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 5. - С.2.

27. Стародубов В.И., Иванников Н.Ю., Тихомиров А.В. Социальная сфера и сфера обслуживания: проблемы управления //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 6. - С.7-15.

28. Госович О.М., Иванов А.В., Родин О.В., Смирнов С.А., Тихомиров А.В. Пути адаптации учреждений здравоохранения к новым реалиям //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 1. - С.13-19.

29. Стародубов В.И., Иванников Н.Ю., Иванов А.В., Тихомиров А.В. Управление медицинскими организациями в поисковых Интернет-запросах //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 1. - С.39-50.

30. Тихомиров А.В. Здравоохранение сегодня //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 2. - С.2-3.

31. Стародубов В.И., Габуева Л.А., Тихомиров А.В. Экономико-юридическая типология хозяйствующих субъектов в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 2. - С.4-9.

32. Стародубов В.И., Иванов А.В., Иванников Н.Ю., Тихомиров А.В. Совершенствование содержания управления медицинской организацией //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 2. - С.10-18.

33. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Организационно-юридические проблемы экономики здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 3. - С.2-6.

34. Габуева Л.А., Иванов А.В., Тихомиров А.В. Современная структура экономики здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 3. – С.14-20.

35. Тихомиров А.В. Прогнозная модель развития процессов в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 4. - С.2.

36. Тихомиров А.В. Правовые аспекты государственного надзора в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 4. - С.3-12.

37. Тихомиров А.В. Отправные начала идеологии реформирования здравоохранения //Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. - № 4. – С.37-42.

38. Тихомиров А.В. Экономика, право и управление в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.2-3.

39. Тихомиров А.В. Фондирование государственных средств финансирования практического здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.11-17.

40. Тихомиров А.В. Переход к персонализированному фондодержанию средств государственного финансирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.18-23.

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

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

43. Тихомиров А.В. Диверсификация способов государственного финансирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.17-22.

44. Тихомиров А.В. Вопросы правового оформления реформы экономической организации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 1. – С.2-11.

45. Тихомиров А.В. Функциональная матрица экономической организации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 1. – С.40-47.

46. Тихомиров А.В. Здравоохранение: национальные приоритетные проекты или реформа? //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 2. – С.2.

47. Тихомиров А.В. Структурная матрица организации экономики здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 2. – С.12-19.
48. Тихомиров А.В. Условия инвестиционной продуктивности здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 2. – С.20-27.
49. Солодкий В.А., Тихомиров А.В. Концепция индустриальной трансформации здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 3. – С.2-11.
50. Стародубов В.И., Иванов А.В., Тихомиров А.В. Анализ Интернет-обращений граждан по вопросам здравоохранения в рамках национальных приоритетных проектов //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 3. – С.40-48.
51. Тихомиров А.В. Теоретическое обоснование программы исследования индикаторов необходимости реформирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 5. – С.2-8.
52. Тихомиров А.В. Теоретическое обоснование программы концептуального моделирования реформы здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 6. – С.2-5.
53. Тихомиров А.В. Пореформенная модель индустриальной трансформации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 6. – С.6-14.
54. Тихомиров А.В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. – М.: ЮрИнфоЗдрав, 2007. – 234 с.
55. Тихомиров А.В. Необходимость индустриальной трансформации здравоохранения В сб.: Материалы к Общественным слушаниям на тему «Концепция развития здравоохранения на десять лет». – М.: Комиссия общественной палаты РФ по вопросам здравоохранения, 13 декабря 2007 г. – С.127-129.
56. Тихомиров А.В. Ретроспектива проблем отечественного здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 1. – С.44-47.
57. Тихомиров А.В. Альтернатива приватизации в здравоохранении //Вестник новых медицинских технологий. – 2008. - № 1. – С.185-186.
58. Тихомиров А.В. Пациент-ориентированное здравоохранение //Вестник новых медицинских технологий. – 2008. - № 1. – С.186-187.
59. Тихомиров А.В. Экономичность здравоохранения //Вестник новых медицинских технологий. – 2008. - № 1. – С.187-188.
60. Тихомиров А.В. Рынок в здравоохранении //Вестник новых медицинских технологий. – 2008. - № 1. – С.188-189.
61. Тихомиров А.В. Ожидания общества от нового состава Госдумы: здравоохранение и государство //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 2. – С.7.

62. Тихомиров А.В. Перспектива здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 2. – С.8-13.
63. Тихомиров А.В. Объекты медицинской деятельности: проблемы отношения государства //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 2. – С.23-28.
64. Тихомиров А.В. Интересы в здравоохранении //Вестник новых медицинских технологий. – 2008. - № 3. – С.145-146.
65. Тихомиров А.В. Инвестиционная привлекательность здравоохранения //Вестник новых медицинских технологий. – 2008. - № 3. – С.146-147.
66. Тихомиров А.В. Системообразование здравоохранения на инновационной основе //Вестник новых медицинских технологий. – 2008. - № 3. – С.147-148.
67. Тихомиров А.В. Ожидания общества от нового состава Госдумы: здравоохранение и общество //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 3. – С.2.
68. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Направления развития здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 3. – С.4-9.
69. Тихомиров А.В. Частная и коммерческая медицина //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 3.– С.33-38.
70. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Предпосылки формирования технических регламентов в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 4.– С.30-36.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»**

На правах рукописи

ТИХОМИРОВ Алексей Владимирович

**КОНЦЕПЦИЯ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ
МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Научный консультант:

Солодкий В.А., д.м.н., профессор, член-корр. РАМН

Москва – 2008

ОГЛАВЛЕНИЕ

	стр.
Введение	5
Глава 1. Проблематика управления здравоохранением	14
§ 1.1. Научная разработанность проблем здравоохранения	14
§ 1.2. Проблемы современного позиционирования органов управления здравоохранением	18
Раздел 1.2.1. Проблемы позиционирования органов надзора в сфере здравоохранения	19
Раздел 1.2.2. Проблемы позиционирования органов размещения средств финансирования здравоохранения	38
§ 1.3. Проблемы современного состояния идеологии отечественного здравоохранения	46
§ 1.4. Современные проблемы развития отечественного здравоохранения	54
Глава 2. Организация и методы исследования	66
Глава 3. Анализ фактического состояния отечественного здравоохранения	95
§ 3.1. Социальные последствия сложившейся организации хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения	95
§ 3.2. Общественная оценка организационно-финансового состояния здравоохранения (по данным контент-анализа Интернет-обращений к Президенту России 2006 года)	113
Раздел 3.2.1. Общая структура Интернет-обращений к Президенту России о здоровье нации	116
Раздел 3.2.2. Структура Интернет-обращений граждан к Президенту России об организационно-финансовом состоянии здравоохранения ...	118
Раздел 3.2.3. Структура Интернет-обращений медицинских работников к Президенту России об организационно-финансовом состоянии	

здравоохранения	127
Глава 4. Экономические основы здравоохранения как индустрии охраны здоровья граждан	135
§ 4.1. Предмет оплаты в здравоохранении	135
§ 4.2. Структура современной экономики здравоохранения	146
§ 4.3. Предпринимательство в медицине	162
Глава 5. Управление медицинскими организациями	176
§ 5.1. Исследование потребностей управления медицинскими организациями (по поисковым Интернет-запросам)	176
Раздел 5.1.1. Исследование структуры потребностей управления медицинскими организациями по Интернет-запросам	178
Раздел 5.1.2. Исследование динамики потребностей управления медицинскими организациями по Интернет-запросам	184
Раздел 5.1.3. Исследование географии потребностей управления медицинскими организациями по Интернет-запросам	198
§ 5.2. Структура потребностей управления медицинскими организациями по специализированным Интернет-баннерам	211
Глава 6. Основные направления и условия реформы здравоохранения на инновационной основе	223
§ 6.1. Современное состояние организации здравоохранения	223
§ 6.2. Основные направления формирования современной доктрины здравоохранения	234
§ 6.3. Условия реформы здравоохранения на инновационной основе ...	246
Глава 7. Пути социально-ориентированной модернизации здравоохранения	260
§ 7.1. Партикуляризация учреждений здравоохранения без приватизации имущества публичной принадлежности	260
§ 7.2. Реструктуризация финансирования здравоохранения	267

Раздел 7.2.1. Фондирование средств государственного финансирования здравоохранения	267
Раздел 7.2.2. Переход к персонализированному фондодержанию средств государственного финансирования здравоохранения	278
§ 7.3. Концепция социально-ориентированной модернизации здравоохранения	290
Заключение	310
Выводы	315
Практические рекомендации	319
Список литературы	323
Приложения	343

ВВЕДЕНИЕ

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ РАБОТЫ.

В современных социально-политических условиях в России стали происходить изменения в экономической сфере: участвующие в товарных отношениях организации приобрели хозяйственную и имущественную автономию от государства (муниципальных образований). Новые организации стали создаваться на основе имущества частной принадлежности. Исключение составили бюджетные учреждения, прежде всего социальной сферы, в том числе здравоохранения, которые производят и реализуют продукт (медицинские услуги) как товар, но положение которых остается отличным от положения остальных организаций, участвующих в товарных отношениях, как и от положения государственных (муниципальных) органов.

Суть этого отличия заключается в том, что управление учреждениями здравоохранения подчинено не экономическим целям участников товарных отношений, а социально-политическим задачам государства, поставленным перед органами управления здравоохранением. Однако выполнение этих задач, возложенных на учреждения здравоохранения и осуществляемых за счет средств казны, происходит выполняются их настолько неэффективно, что перед государством встала задача реформирования сети этих учреждений (Герасименко Н.Ф., 1997; Денисов И.Н., 2005; Лисицын Ю.П., 1999; Солодкий В.А., 2006; Стародубов В.И., 1997-2006; Шевченко Ю.Л., 2002; Щепин О.П., 2000-2007 и др.).

Консервативность в управлении здравоохранением, обособление его от остальных отраслей экономики традиционным отношением к непроизводственной сфере, пренебрежение экономическими реалиями и юридическими установлениями порождают иждивенческую политику потребления. Как показывает многолетний опыт, попытки здравоохранения провести реформы изнутри не привели к положительным результатам. В отсутствие доктрины интеграции в единое экономическое и правовое

пространство современного российского государства стремление здравоохранения модифицировать собственное устройство на основе зарубежного опыта также оказалось малоэффективным. Тяжесть бремени непродуктивного содержания государством социальной сферы в целом и здравоохранения в частности определили необходимость реорганизации бюджетных учреждений и приватизации закрепленного за ними имущества. Однако предшествующий негативный опыт приватизации государственных предприятий, не исключаящий опасность последующего коллапса производства, не может быть применен в социальной сфере, так как это связано со здоровьем граждан и их социальным благополучием.

Неспособность здравоохранения к реформированию изнутри сопровождается усугублением социальной обстановки в сфере охраны здоровья. В этих условиях государство в рамках приоритетного национального проекта вынуждено расходовать профицит бюджета на дополнительное финансирование здравоохранения для того, чтобы предотвратить дальнейшее ухудшение состояния социальной сферы.

Социальная сфера, включая здравоохранение, осталась единственной, не подвергшейся приватизации, что обусловлено, во-первых, отсутствием опыта приватизации учреждений здравоохранения, поскольку нигде за рубежом (кроме стран СНГ) не существует учреждений здравоохранения, и потому процесс приватизации своей новизной и прагматичностью может быть чрезвычайно болезненным для граждан и вызвать кризис в социальной сфере. Во-вторых, приватизация повлечет разрушение существующей системы здравоохранения, исключая его системообразование на иных основаниях. В-третьих, опыт существования частной медицины свидетельствует о неуправляемом удорожании медицинских услуг, что увеличивает долю здравоохранения в ВВП и, в случае оплаты из казны – объем государственного финансирования здравоохранения.

Вместе с тем необходимость разгосударствления бюджетных учреждений здравоохранения и преобразования их в частные коммерческие и

некоммерческие организации (партикуляризации), как это существует за рубежом, назрела, так как государство и муниципальные образования не в состоянии обеспечивать их непродуктивное содержание.

В целях преодоления этих негативных тенденций необходим единый, обеспечиваемый мерами должной организации процесс последовательной адаптации здравоохранения к политическому устройству государства, сложившимся в нем экономическим условиям и оформляющим их юридическим установлениям, что до настоящего времени не было предметом научных исследований. Этот процесс должен обеспечить сохранность принадлежности материально-технической базы здравоохранения, исключая приватизацию государственного и муниципального имущества, и соразмерность финансовых вложений из государственной казны решению задач в социальной сфере.

Проведенные рядом авторов (Галь И.Г., 2002; Гайкович А.Ф., 2005; Проворова Г.Н., 2006 и др.) исследования по реформированию системы здравоохранения со всеми их положительными результатами не дают целостного комплексного представления о перспективе функционирования и развития системы здравоохранения и не решают задачи приведения этой системы в соответствие с существующими политическими, экономическими и правовыми реалиями.

Сложившееся реальное противоречие между все более возрастающей практической потребностью модернизации отечественного здравоохранения и отсутствием научных исследований по комплексному системному решению данной проблемы на основе концепции социально-ориентированной рыночной реформы отрасли обусловили актуальность и новизну настоящей диссертационной работы, определили ее цель и задачи.

ЦЕЛЬ исследования: разработка и научное обоснование концепции социально-ориентированной модернизации здравоохранения.

ЗАДАЧИ исследования:

1. Изучить характеристику современного состояния отечественного здравоохранения по сигнальным индикаторам состояния общественного мнения.

2. Определить проблемы, приводящие к неэффективному функционированию здравоохранения и их приоритеты.

3. Проанализировать отражение проблем здравоохранения в состоянии отрасли.

4. Выявить факторы, препятствующие эффективному функционированию здравоохранения.

5. Разработать инновационную основу функционирования здравоохранения в сложившихся политических, экономических и правовых условиях.

6. Установить пути преодоления существующих препятствий эффективному функционированию здравоохранения на инновационной основе.

7. Научно обосновать основные положения концепции социально-ориентированной модернизации здравоохранения на инновационной основе.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА ИССЛЕДОВАНИЯ состоит в разработке концепции социально-ориентированной модернизации здравоохранения, трансформации отрасли непроемственной, социальной сферы в индустриальную отрасль народного хозяйства.

На основе проведенного комплексного анализа существующей организации отечественного здравоохранения:

- определена необходимость и сформулированы основы концепции модернизации и развития здравоохранения на современном этапе;

- разработаны пути преобразования государственных и муниципальных учреждений здравоохранения без приватизации государственного и муниципального имущества, а также имущественной консолидации отрасли на основе создания сети объектов здравоохранения;

- сформулированы основы реструктуризации финансирования здравоохранения с учетом консолидации и централизации соответствующих фондов и их банковского размещения, а также передачи функций держания

этих фондов в индивидуализированных пределах гражданам, которым они предназначены.

Новым для отечественного здравоохранения является его приведение в результате модернизации к системе координат товарной организации, создания для товаропроизводителей экономической привлекательности удовлетворения социальных интересов граждан как путь реализации государственной социальной политики.

Впервые на основе проведенного исследования предложен механизм влияния на цену оплачиваемых государством медицинских услуг через себестоимость их производства, устраняя зависимость от их рыночного удорожания.

Научно обоснованные рекомендации по модернизации здравоохранения на инновационной основе приведут к повышению эффективности экономических отношений в здравоохранении, ориентированных на положительный социальный результат.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ состоит в том, что содержащиеся в ней основные положения и выводы могут быть реализованы в масштабах страны. Предложенное в ходе исследования бесприватизационное сохранение объектов здравоохранения при партикуляризации учреждений здравоохранения позволит на основе их объединения по-новому сформировать системообразование здравоохранения.

Изученные характеристики состояния отечественного здравоохранения по результатам общественного мнения могут быть положены в основу стратегии развития здравоохранения в ближайшей перспективе.

Создание системы объектов здравоохранения, передаваемых в аренду субъектам медицинской деятельности, а также организация компенсации им арендных платежей и налоговые льготы из государственной казны позволят управлять себестоимостью медицинских услуг, оплачиваемых за счет средств финансирования здравоохранения, сократить затраты на этапе их образования и не влиять на рентабельность медицинских организаций.

Размещение находящегося в ведении федерального органа управления здравоохранением и социальным развитием единого медико-социального фонда в специализированном медико-социальном банке, единственным владельцем которого является государство, допускает воспроизводство временно депонированных средств, в отличие от того, как если они находятся в казначействе. Кроме того, в отличие от казначейских, банковские операции позволяют оперативно направлять эти средства на цели оплаты товаропроизводителям сделанных гражданам предоставлений.

Ликвидация института учреждений здравоохранения и позиционирование государства в договорных отношениях оплаты медицинской помощи на стороне граждан позволит создать персонализированную платежную систему с предоставлением каждому гражданину в любом месте пребывания на территории страны в любой медицинской организации медицинской помощи по единым тарифам.

Основные положения диссертационной работы могут быть использованы при разработке нормативных и нормативно-правовых актов в области охраны здоровья граждан, в учебном процессе и в методических материалах кафедр экономики, юриспруденции, общественного здоровья и здравоохранения высших учебных заведений.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ РАБОТЫ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ.

1. Отечественное здравоохранение, характеризуемое в настоящее время противоречиями между социальными ориентирами существующей организации отрасли и финансовыми ориентирами ее содержания государством, между бюджетными механизмами распределения средств финансирования отрасли и товарными механизмами их освоения, между административными задачами органов управления здравоохранением и хозяйственными задачами субъектов медицинской деятельности, нуждается в эффективной социально-ориентированной модернизации.

2. Социальный результат является следствием деятельности товаропроизводителей в социальной сфере. В отличие от них

товаропроизводители в производственных отраслях народного хозяйства, как и граждане, через налоги создают средства финансирования здравоохранения, аккумулируемые в государственной казне. Но эти средства не порождают социальный результат иначе, чем лишь в порядке оплаты товара (медицинских услуг) через распределение государством собранных налогов между субъектами медицинской деятельности и другими товаропроизводителями в социальной сфере.

3. Результаты анализа состояния проблем отечественного здравоохранения свидетельствуют о том, что бюджетные учреждения здравоохранения не являются товаропроизводителями, поскольку в круговороте средств государственной казны не происходит товарообмена, а действительные потребители медицинских услуг – граждане, выведены за пределы бюджетных отношений государства с учреждениями здравоохранения, и его финансирование осуществляется не в пользу граждан, а в пользу бюджетных учреждений здравоохранения, что определяет необходимость реформирования экономических основ здравоохранения.

4. Изучение общественного мнения по вопросам функционирования системы здравоохранения показывает, что граждан страшит утрата бесплатной медицинской помощи, а не товарная организация здравоохранения. Здравоохранение на современном этапе нуждается в такой организации, чтобы размещенные между товаропроизводителями средства финансирования приводили к социальному результату через стимулирование экономического оборота в отрасли, а деятельность товаропроизводителей имела экономическую свободу, не препятствующую наступлению социального результата. Ориентиры государства на имущественную принадлежность субъектов медицинской деятельности (учреждений здравоохранения), а не на пользование выгодами товарообмена, не на приоритеты товаропроизводителей обуславливает необходимость пересмотра механизмов организации и финансирования здравоохранения в аспекте перехода к товарным отношениям.

5. Разработанный инновационный подход к реформе здравоохранения состоит в позиционировании интересов участников товарных отношений в отрасли, в том, чтобы платежные отношения между государством и субъектами медицинской деятельности основывались на интересах граждан, которым надлежит быть носителями средств оплаты медицинских услуг и иных социальных предоставлений в этих отношениях.

6. Приоритетными направлениями модернизации здравоохранения является бесприватизационная партикуляризация учреждений здравоохранения, в результате чего они приобретают формы частных организаций, а их имущество, оставаясь в государственной (муниципальной) собственности, становится передаваемым в аренду субъектам медицинской деятельности объектом здравоохранения, сеть которых по всей стране воссоздает системность отрасли.

7. Согласно разработанной концепции государство нуждается в экономичности аккумулирования средств финансирования здравоохранения, что достигается ликвидацией многочисленных (федеральных и территориальных) государственных внебюджетных фондов как субъектов и сосредоточением соответствующих фондов как объектов, а также бюджетных ассигнований из государственной казны в ведении федерального органа управления здравоохранением и социальным развитием и позволяет консолидировать и централизовать средства финансирования социальной сферы. Последующее фондирование этих средств по направлениям деятельности должно осуществляться в зависимости от предмета договоров, на основании которых они осваиваются, что упорядочивает финансовые потоки и делает прозрачным их расходование. Обособление потоков финансирования в пользу государства и в пользу общества достигается размещением средств финансирования органов управления здравоохранением в казначействе, а средств финансирования практического здравоохранения – в банке медико-социального развития, который может быть создан специально для этих целей на условиях полного или частичного участия государства.

8. Государство нуждается в экономичности расходования средств финансирования здравоохранения в части оплаты из казны медицинских услуг в пользу граждан, что достигается созданием механизмов влияния на себестоимость их производства товаропроизводителями. Снижение арендной платы за пользование объектами здравоохранения, налоговые льготы и иные компенсации субъектам медицинской деятельности позволяют экономическими мерами препятствовать росту цен на медицинские услуги.

АПРОБАЦИЯ И ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ.

Представленные в диссертации материалы доложены на общественных слушаниях в Общественной палате РФ: в Комиссии по вопросам развития гражданского общества и участия общественности в реализации национальных проектов (2007), в Комиссии по вопросам здравоохранения (2007).

Материалы диссертационной работы использованы при проведении сертификационных циклов для руководителей учреждений здравоохранения (МГМСУ, 2002-2006) и на семинарах для руководителей частных медицинских организаций (ЮрИнфоЗдрав, 2006-2007).

Для внедрения результатов проводимых исследований в 2003 году автором был создан специализированный научно-практический журнал «Главный врач: хозяйство и право», посвященный вопросам модернизации здравоохранения, экономики, права и управления в условиях рынка медицинских услуг.

Основные положения диссертации отражены в 70 основных опубликованных научных работах, в том числе, в 2 монографиях и в 2 научно-практических пособиях, а с января 2007 года – представлены для всеобщего обозрения во всемирной сети Интернет на сайте www.jurinfozdrav.ru.

Объем и структура работы.

Диссертация выполнена на 342 страницах и состоит из введения, 7 глав, включающих 17 параграфов, заключения, выводов и практических рекомендаций, списка литературы из 209 источников. Иллюстративный материал представлен 43 рисунками и 27 таблицами.

ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ПРОБЛЕМАТИКА СОВРЕМЕННОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

§ 1.1. НАУЧНАЯ РАЗРАБОТАННОСТЬ ПРОБЛЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

За рубежом, где медицина всегда находилась в сфере товарообмена, к проблемам экономических отношений в здравоохранении давно приковано внимание ученых. Различные отдельные проблемы, представляющие интерес для настоящего исследования, нашли отражение в трудах таких зарубежных авторов, как Солтман Р.Б., Буссе Р., Моссиалос Э. и др. (88). Поскольку за рубежом в здравоохранении в подавляющем большинстве действуют товаропроизводители некоммерческого (non-profitable) типа, постольку, по мнению этих авторов, их деятельность не формирует рынок с истинным предпринимательством, ведомым товаропроизводителями коммерческого (profitable) типа. Ими исследовались преимущества и недостатки развития коммерческого типа предпринимательства в здравоохранении, тем самым выделяя особый рынок в сложившейся индустрии охраны здоровья.

В нашей стране, поскольку в предшествующий период народное хозяйство страны было разделено на производственную и непроизводственную сферы, здравоохранение изначально было отделено от экономики. Тем самым формирование экономической мысли в непроизводственной и производственной сферах народного хозяйства страны происходило обособленно, в отрыве и независимо друг от друга.

К настоящему времени отечественное здравоохранение, организованное по модели Семашко, сохранило экономику непроизводственной отрасли, основой которой является государственное финансирование, обоснованием – состояние общественного здоровья, а ведущей идеей – потребление, освоение выделенных денежных средств. Здравоохранение объединялось в отрасль единством финансирования и общностью механизмов распределения средств через органы управления здравоохранением в учреждения здравоохранения. Поддержание жизнеспособности экономики и организации здравоохранения в существующем виде во многом обусловлено трудами

видных организаторов здравоохранения, таких как Кучеренко В.З., Лисицин Ю.П., Найговзина Н.Б., Щепин О.П. и др.

С изменением в России политических, экономических и правовых реалий появилась категория услуги в качестве объекта товарообмена. Вклад в теорию услуг внесли экономисты Бабич А.М., Егоров Е.Н. и Жильцов Е.Н. (4), Зайнашева З.Г. (28), Маркова В.Д. (59), Попов Е.В. (70), Свириденко Ю.П. (100), Сульповар Л.Б. (107) и др., а также юристы Степанов Д.И. (129) и др. Противоположную позицию занимает Тихомиров Ю.А. (163), пути гармонизации интересов в обществе усматривая в нетоварной «социализации» услуг, т.е. оказании их государством как публичных, бюджетных. Медицинская помощь также получила товарную форму услуги. Теория медицинских услуг разрабатывалась Тихомировым А.В. (131, 133) и др.

Появление товарной категории медицинской услуги и формирование системы обязательного медицинского страхования (ОМС) видоизменили экономику здравоохранения. Адаптации модели Семашко к новым условиям были посвящены труды Захарова И.А. (33), Солодкого В.А. (104), Щепина О.П. (168) и др.

С возникновением отраслевого товарообмена выяснилось, что участие в нем ограничивает организационно-правовая форма бюджетных учреждений здравоохранения. Сформировался институт врачей общей практики (Денисов И.Н. – 23, 24 и др.), появились новационные предложения создания медико-социальных (Акопян А.С. – 3) и медико-технических (Голухов Г.Н. – 20) комплексов, возникло понимание предпринимательства в здравоохранении (Щепин О.П., Габуева Л.А. – 198, Кадыров Ф.Н. – 44 и др.). Однако предлагаемые изменения не могли быть реализованы в системе бюджетных учреждений в здравоохранении. Попытки преодоления этой проблемы предпринимались в трудах Баткибекова С. и соавт. (7), Вялкова А.И. и соавт. (14), Стародубова В.И. (109), Тихомирова А.В. (134, 135) и др.

Назревшей необходимости реформирования здравоохранения были посвящены труды Вялкова А.И. (15), Захарова П.Г. (34), Стародубова В.И.

(108), Шеймана И.М. (192), Шишкина С.В. (194) и др. Но выдвинутые предложения колебались между его нерадикальной реструктуризацией и заимствованием западных институтов. Тем самым декларация реформы здравоохранения растянулась на полтора десятилетия, не сопровождаясь реальными изменениями.

К необходимости реформирования здравоохранения к этому времени привели философское осмысление и многолетние социологические наблюдения И.В. Бестужева-Лады (11, 12), на основании которых он признает существующее здравоохранение судорогами российской медицины и показывает, что путь реформирования отечественного здравоохранения один: от казарменной медицины к рынку.

Предпринимались попытки найти решение проблемы в правовой сфере, чему посвящены труды Шевченко Ю.Л. (78), Тихомирова А.В. (132) и др., а также более узко – в законотворчестве, над чем трудились Герасименко Н.Ф. (17) и др. Однако и эти попытки успехом не увенчались.

На волне административной реформы в России предприняты попытки распределить финансовые обязанности и ответственность за состояние здравоохранения по уровням власти, чему посвящены работы Найговзиной Н.Б. (63) и др. – на фоне ужесточения требований к бюджетным учреждениям в здравоохранении, что отражено в трудах Шишкина С.В. (196) и др.

Неэффективность и этих попыток вынудила государство начать масштабные мероприятия по финансовому оживлению в социальной сфере – приоритетные национальные проекты. Инициатива реформирования здравоохранения из отрасли перешла к вершине исполнительной власти в стране.

К необходимости реформирования здравоохранения извне к этому времени созрела и экономическая мысль – этому посвящены труды экономистов Чубаровой Т.В. (188), Шеймана И.М. (191, 192), Шишкина С.В. (195, 197) и др. На основании оценки результатов десятилетних реформ Чубарова Т.В. ставит вопрос о целесообразности использования механизмов

обязательного медицинского страхования для решения проблем, стоящих перед здравоохранением страны.

Ведущие экономисты страны Кузьминов Я.И., Радаев В.В., Яковлев А.А. и Ясин Е.Г. (53) пришли к выводу, что реформа здравоохранения не состоялась, точнее, новые институты, которые она должна была создать, подверглись извращению. В новом сложившемся балансе интересов не учтены интересы только одной категории акторов – больных.

Научному исследованию теории интересов посвящены труды таких зарубежных исследователей, как Г. Беккер (8), Дж. Кейнс (45), А. Смит (103), А.О. Хиршман (183) и др. Теория экономических интересов разрабатывалась в работах отечественных ученых экономистов, таких как Абалкин Л. И. (1), Агеев В. М. (2), Белоусов Р.А. (9), Гершкович Б.Я. (18), Здравомыслов А.Г. (35), Кураков Л.П. и Берулава М.Н. (54), Радаев В.В. (86), Сиренко В.Ф. (101), Слепаков С.С. (102), Ханипов А.Т. (182), Чинакова Л.И. (187) и др. Особое внимание в этих работах уделено исследованию природы интересов и их роли в экономике, разработке инструментов согласования интересов, диалектике объективного и субъективного в категории интереса. Возникло отдельное направление экономической мысли – наноэкономика как наука об отражении экономики создающей ее средой, развитию которого посвящены труды Клейнера Г.Б. (47) и др. Различным аспектам проблемы согласования интересов товаропроизводителей в условиях рыночной экономики посвятили свои научные труды такие российские экономисты, как Балан А.В. (6), Белоусов В.Ю. (10), Кокуева И.Г. (49), Коломарова Н.Ю. (50), Темижева З.Э. (130), Уколов В.Ф. и соавт. (166), Червонная О.В. (186) и др.; юристы Улаева Н.Л. (167) и др., а также психологи Ковалев В.И. (48), Леонтьев А.Н. (55), Магун В.С. (58) и др. Исследованию интересов субъектов общественных отношений в здравоохранении посвящены труды Иванова А.В. и Тихомирова А.В. (39-41).

В здравоохранении единственно школа В.И.Стародубова последовательно (2002-2007) разрабатывает направление его трансформации в производственную отрасль, индустрию охраны здоровья: изучены

организационно-юридические проблемы учреждений здравоохранения и органов управления здравоохранением, корпоративного менеджмента в здравоохранении и договорной организации оборота медицинских услуг. Эти изыскания подводят к выводу, что без комплексных, системных и существенных изменений здравоохранение будет оставаться пережитком прошлого в политических, экономических и юридических реалиях.

Экономисты Кузьминов Я.И., Радаев В.В., Яковлев А.А. и Ясин Е.Г. (53) пришли к выводу, что следует изменить саму сложившуюся модель реформ, а в некоторых случаях – и сам вектор преобразований. На поставленный Зурабовым М.Ю. вопрос, сколько стоит здравоохранение (36), ответ дан Яковсоном Л.И. (200): социальная политика должна последовательно интерпретироваться в терминах не столько бюджетных ассигнований и технических процедур, сколько обслуживаемых ими социальных взаимодействий, а также Жуковым А.Д. (27): необходима реформа бюджета, нацеленная на получение конечного результата.

Таким образом, здравоохранение не может быть преобразовано изнутри, силами отраслевой экономики социальной сферы. Решение задачи реформирования здравоохранения находится в сфере экономики производственной сферы. Такое решение находится не в сфере платежных институтов, равно государственной казны и медицинского страхования, а в сфере результирующего действия финансовых средств в интересах пациентов (в среде товаропроизводителей), на которые должна быть переориентирована сложившаяся модель реформирования здравоохранения.

§ 1.2. ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.

Поскольку здравоохранение осталось в публичной сфере, его проблемы и происходят из ведомственной ориентации системы органов управления здравоохранением. Административная реформа, наряду с министерствами, образовала федеральные службы и агентства, позиционирование которых в

отрасли в соответствии с существующей ведомственной ориентацией определяет ее состояние.

РАЗДЕЛ 1.2.1. ПРОБЛЕМЫ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ОРГАНОВ НАДЗОРА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

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

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

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

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

Под функциями по контролю и надзору понимаются (165, п.2 «б»):

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

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

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

В ходе административной реформы в структуре государственных органов исполнительной власти произошло (165; 136, С.5), во-первых, отделение функций политических органов от контрольно-надзорных служб и имущественно-распорядительных агентств; во-вторых, разделение функций контрольно-надзорных служб и имущественно-распорядительных агентств (91) (Рис. 1).

Федеральное министерство осуществляет:	
функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в установленной актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации сфере деятельности	
правовое регулирование в установленной сфере деятельности	
координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении федеральных служб и федеральных агентств	
в установленной сфере деятельности не вправе осуществлять функции по контролю и надзору, правоприменительные функции, а также функции по управлению государственным имуществом, кроме случаев, устанавливаемых указами Президента Российской Федерации	
Федеральная служба осуществляет:	Федеральное агентство осуществляет:
функции по контролю и надзору в установленной сфере деятельности	1) платежные функции; 2) функции по управлению государственным имуществом; 3) правоприменительные функции

Рис 1. Схема распределения функций между федеральными министерствами, службами и агентствами (на примере здравоохранения).

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития не вправе осуществлять в установленной сфере деятельности нормативно-правовое регулирование, кроме случаев, устанавливаемых указами Президента Российской Федерации и постановлениями

Правительства Российской Федерации, а также управление государственным имуществом и оказание платных услуг (72, п.7).

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

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

Региональные органы управления здравоохранением не вправе дублировать надзорные функции федеральных органов. Делегировать государственные полномочия органам местного самоуправления им также запрещено законом (92).

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

Отсюда следует:

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

2. надзор подзаконен:

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

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

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

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

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

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

Подраздел 1.1.1.1. Государственная идеология (политика) надзора в здравоохранении.

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

Лицензия – это вариант надления субъекта экономической деятельности специальной гражданской правоспособностью (170, п.1 ст.49). Но лицензия – это административный акт.

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

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

Или не ручается ни в чем, не ручается ничем и ни перед кем, как это имеет место в настоящее время.

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

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

Критерии определения лицензируемых видов деятельности таковы: их осуществление может повлечь за собой нанесение ущерба правам, законным интересам, здоровью граждан, обороне и безопасности государства, культурному наследию народов Российской Федерации, и их регулирование не может осуществляться иными методами, кроме как лицензированием (173, ст.4).

В свете принятого в 2002 году Федерального закона «О техническом регулировании» (174), по существу, лицензированием должна охватываться только рисковая деятельность, на которую распространяются соответствующие требования безопасности.

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

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

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

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

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

Подраздел 1.1.1.2. Формальная определенность оснований надзора в здравоохранении.

Лицензионными требованиями и условиями при осуществлении медицинской деятельности являются (69, п.4):

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

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

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

г) наличие в штате работников (врачей, среднего медицинского персонала, инженерно-технических работников и др.), имеющих высшее или среднее специальное, дополнительное образование и специальную подготовку, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ и предоставляемых услуг, а также наличие у руководителя лицензиата и (или) уполномоченного им лица высшего специального образования и стажа

работы по лицензируемой деятельности (по конкретным видам работ и услуг) не менее 5 лет - для юридического лица;

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

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

Опуская положения преходящего характера, из приведенных лицензионных требований и условий вытекают ограничения гражданских прав и свобод медицинских организаций, с одной стороны, и неисчерпывающий характер таких требований и условий, т.е. недостаточная формальная определенность – с другой:

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

Просрочка внесения арендной платы более двух раз подряд по истечении установленного договором срока платежа является основанием к досрочному расторжению договора по требованию арендодателя (170, п.3 ст.619). Однако приступая к лицензированию не осуществляемой еще медицинской деятельности, предприниматель не имеет источника для оплаты арендуемого помещения – такой источник появится лишь тогда, когда он начнет эту деятельность осуществлять, за счет доходов от которой сможет вносить арендную плату. Это вынуждает его обращаться за внешними

заимствованиями – кредитами, на которые начисляются соответствующие проценты за обслуживание долга.

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

Постановление Правительства Российской Федерации, в Положении о лицензировании медицинской деятельности установившее такой порядок, превентивно ограничило соискателя лицензии в правах, несмотря на то, что гражданские права могут быть ограничены не Постановлением Правительства, а только федеральным законом и только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства (170, п.2 ст.1).

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

Это означает, что чиновник – крупный или не очень, добросовестный или не очень, грамотный или не очень и т.д. – может в своей системе обоснований, истолковывая как соответствующие организационно-технические условия и материально-техническое оснащение соискателей

лицензии, сформулировать правила, для них обязательные. А это – ограничение гражданских прав, которые могут быть ограничены только федеральным законом (170, п.2 ст.1).

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

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

Постановлением Правительства в этой части вновь ограничиваются его права, которые могут быть ограничены только федеральным законом (170, п.2 ст.1).

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

Вряд ли стоит останавливаться на значении сертификата специалиста – похоже, отсутствие такого значения у этого документа (141) становится очевидным для всех.

С учетом ведомственной тенденции, заложенной Приказом Министерства здравоохранения РФ от 27.08.99 № 337 (81), который ввел «Номенклатуру (классификатор) специальностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения Российской Федерации», врачебные специальности стали подвергаться последовательному дроблению, не находящему правовых оснований. Оправдать это чрезмерное и ненужное дробление, по существу, можно только различием в образовательных документах. Иначе трудно объяснить, почему врач проработал, например, стоматологом 15 лет, а потом должен получить дополнительный образовательный документ (да еще на 500 часов), чтобы работать им же, но в рамках новой, более узкой специальности.

На каком правовом основании требованиями к квалификации врача подменяются требования к его врачебному статусу и врачебной специальности?

Опуская нелепости периода принятия Основ законодательства об охране здоровья граждан (сертификат специалиста, а также лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности, которую должен получать не врач, а хозяйствующий субъект), право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание (32, ст.54).

Врачебный статус приобретается в силу диплома об окончании соответствующего факультета медицинского вуза. Врачебная специальность приобретается с окончанием интернатуры или ординатуры. Это тот

необходимый уровень, по достижении которого врач в состоянии работать самостоятельно и которого должно быть достаточно для допуска его к работе по врачебной специальности. Дальнейшее совершенствование в специальности (специализация) или расширение числа врачебных специальностей – личное дело врача. Обратное, т.е. поражение его в правах считаться врачом соответствующей специальности иначе, чем при наличии документов об усовершенствовании или тем более – о дополнительном образовании, не имеет законных оснований. Не его вина, что в других государствах существует, а в нашем – нет:

- сдача экзамена на врачебную степень (MD, medical degree), обеспечивая допуск к работе по врачебной специальности, даже в других странах (в случае ее подтверждения);

- деятельность медицинских сообществ, в которых состоят медицинские работники и которые способствуют профессиональному совершенствованию своих членов.

В существующих границах незаконных правил и требований к квалификации врачей есть ограничение Постановлением Правительства РФ их гражданских прав, которые могут быть ограничены только федеральным законом (170, п.2 ст.1).

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

гражданских прав предпринимателя, которые могут быть ограничены только федеральным законом (170, п.2 ст.1).

4. На основании чего у руководителя юридического лица – лицензиата и (или) уполномоченного им лица должно быть высшее специальное образование и стаж работы по лицензируемой деятельности (по конкретным видам работ и услуг) не менее 5 лет, а у предпринимателя без образования юридического лица – высшее или среднее медицинское образование, дополнительное образование и специальная подготовка, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ и предоставляемых услуг, и стаж работы по лицензируемой деятельности не менее 2 лет?

Существуют ли правовые – т.е. установленные федеральным законом – основания для вменения в обязанность предпринимателю от медицины обладать медицинским образованием? Нужно ли объективно предпринимателю от медицины иметь медицинское образование, если предмет его деятельности – организация не лечебно-диагностического процесса в советском варианте, а бизнеса – в капиталистическом? Почему законные экономические основания занятия бизнесом заменяются незаконными неэкономическими требованиями к профессионально-медицинскому статусу соискателя лицензии? Ведь он не на работу наниматься в качестве врача приходит в лицензирующий орган. И не планирует подменять работающих у него врачей. А если помимо медицинской деятельности предприниматель намеревается заниматься образовательной, туристической, строительной и т.п. деятельностью, он должен получать образование по каждому из этих направлений?

Понятно, что в этой части Постановление Правительства Российской Федерации также ограничивает гражданские права предпринимателей, которые могут быть ограничены только федеральным законом (170, п.2 ст.1).

Подраздел 1.1.1.3. Практика надзора в здравоохранении.

Практика является зеркалом тех кажущихся нецелесообразностей, которые упрочились в устройстве надзора в сфере здравоохранения. И она

показывает, что истинная целесообразность устройства надзора в здравоохранении имеется, только ориентирована она не на интересы государственной службы, а на другие интересы. Не будь административной реформы, это не стало бы предельно очевидным.

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

В результате сложились следующие группы подобных учреждений:

1) Медицинский информационно-аналитический центр Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга (207) и др., деятельность которых ограничена отношениями с органами управления здравоохранением, в структуру которых они включены (в том числе и в части финансирования);

2) Медицинский информационно-аналитический центр Российской академии медицинских наук (МИАЦ РАМН – 204), который, не представляя государственный орган (Российская академия медицинских наук не включена в механизм государства), оказывает услуги третьим лицам;

3) Медицинский информационно-аналитический центр Астраханской области (76), Медицинский информационно-аналитический центр Курганской области (203), Московский областной консультативно-аналитический центр в сфере медицинской и фармацевтической деятельности (75), Консультативно-методический центр по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности по Санкт-Петербургу и Ленинградской области (202), Тульский "Территориальный консультативно-методический центр лицензирования медицинской деятельности" (206) и др., которые, относясь к структуре региональных государственных органов, помимо бюджетного получают финансирование от оказания услуг третьим лицам;

4) Федеральное Государственное учреждение «Консультативно-методический центр лицензирования» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (ФГУ КМЦЛ

Росздравнадзора), которое, позиционируясь при Минздравсоцразвития (Росздравнадзоре), помимо бюджетного получает финансирование от оказания услуг третьим лицам.

В единой Номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (83) среди учреждений здравоохранения особого типа поименованы Центры (п.2) лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности (республиканский, краевой, областной), контроля качества и сертификации лекарственных средств, медицинский информационно-аналитический, информационно-методический по экспертизе, учету и анализу обращения средств медицинского применения (даже если вызывают сомнения основания возникновения и факт их существования), но нет никаких упоминаний о консультативно-методических или консультативно-аналитических центрах, в том числе лицензирования равно медицинской и фармацевтической деятельности, производства товаров медицинского назначения и медицинской техники.

Это, однако, не помешало Правительству Московской области создать Московский областной консультативно-аналитический центр в сфере медицинской и фармацевтической деятельности (75) притом, что позиционирование такого Центра в системе государственных органов Московской области не ясно – например, в Положении о Министерстве здравоохранения Московской области (74) также нет никаких упоминаний о консультативно-методических или консультативно-аналитических центрах. Ровно так же возникли и продолжают возникать в связке с региональными органами государственной власти и территориальными подразделениями Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития консультативно-аналитические центры.

Как и для других подобных, целью создания Тульского "Территориального консультативно-методического центра лицензирования медицинской деятельности" – ГУЗ ТО "ТКМЦЛМД" (206) является внедрение системы лицензирования медицинской деятельности, осуществляемой на территории

Тулской области, для обеспечения защиты прав потребителей медицинских услуг, повышения качества их обслуживания при переходе здравоохранения на принципы медицинского страхования, соблюдения норм и правил, установленных действующими нормативными актами.

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

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

В отличие от Астраханского, Курганского, Московского, Тульского и др. региональных консультативно-аналитических центров в сфере медицинской и фармацевтической деятельности Консультативно-методический центр лицензирования позиционируется не на региональном, а на федеральном уровне – при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (87, до реформы – при Минздраве России).

Такое позиционирование подтверждается, например, тем, что Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (82, п.4) на ФГУ КМЦЛ Росздравнадзора с целью введения единого реестра лицензий предоставленных, приостановленных, возобновленных, продленных и аннулированных лицензий на медицинскую деятельность возложена обязанность обеспечить формирование единого реестра лицензий на медицинскую деятельность, его анализ, представление в Минздрав России и размещение на сайте www.medlicenz-

reestr.ru (со времени издания Приказа в 2003 году по настоящее время сайт отсутствует). Иными словами, нельзя сказать, что Росздравнадзор дистанцируется от ФГУ КМЦЛ и от его деятельности.

Основная деятельность ФГУ КМЦЛ Росздравнадзора – оказание консультативных услуг по вопросам лицензирования (205): медицинской деятельности; фармацевтической деятельности; деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ; производства лекарственных средств; производства медицинской техники.

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

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

Подобный опыт накапливался годами. Известны, например, прежние ставки за регистрацию зарубежных лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения (рис. 2) – предусматривается

необходимость проведения "консультативно-экспертных работ" в ФГУ КАЦККЛС, заключение которого является необходимым условием регистрации зарубежных лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения.

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

Рис. 2. Список организаций, устанавливающих административные барьеры, в том числе через аффилированные структуры (208).

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

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

1. Запрещается образование министерств, государственных комитетов, других федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления с целью монополизации производства или реализации товаров, а также наделение существующих министерств, государственных комитетов или других структур государственного управления полномочиями, осуществление которых имеет либо может иметь своим результатом ограничение конкуренции. Запрещается совмещение функций федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления с функциями хозяйствующих субъектов, а также наделение хозяйствующих субъектов функциями и правами указанных органов, в том числе функциями и правами органов государственного надзора, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации (30, п.2. ст.7¹).

2. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития не вправе осуществлять в установленной сфере деятельности оказание платных услуг (72, п.7).

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

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

Не являющиеся государственными органами, но состоящие в инфраструктуре государственных органов и причастные к осуществлению ими публичных функций государственные учреждения не могут

¹ см. корреспондирующие нормы действующего закона «О защите конкуренции».

осуществлять деятельность с результатом, имеющим форму товара.

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

Изложенное позволяет сделать следующие выводы:

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

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

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

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

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

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

4. Осуществление не являющимися государственными органами, но состоящими в инфраструктуре государственных органов и причастными к осуществлению ими публичных функций государственными учреждениями

товарной деятельности (оказание консультационных услуг бизнесу), в том числе в сфере государственного надзора, противозаконно.

Выводы к разделу 1.2.1:

1. Притом что здравоохранение должно осуществляться в интересах общества, надзор в здравоохранении происходит в интересах государства – причем так, как эти интересы истолковываются органами управления здравоохранением.

2. Репрессивность надзора не служит целям повышения продуктивности здравоохранения в обществе.

3. Зоны экономической активности складываются при органах надзора в здравоохранении.

РАЗДЕЛ 1.2.2. ПРОБЛЕМЫ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ОРГАНОВ РАЗМЕЩЕНИЯ СРЕДСТВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Согласно Конституции Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений (51, п.1 ст.41).

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан источниками финансирования охраны здоровья граждан являются (32, ст.10): средства бюджетов всех уровней; средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование в соответствии с Законом Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"; средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан; средства государственных и муниципальных предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов, общественных объединений; доходы от ценных бумаг; кредиты банков и других кредиторов; безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования; иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации. Из этих источников формируются финансовые средства

государственной, муниципальной систем здравоохранения и финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования (31, ст.10).

Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования создаются Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения (31, ст.12). Обязанность реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования вменена не государственному органу, а государственной финансово-кредитной организации, не имеющей статуса государственного органа.

Наряду с Пенсионным фондом, Фондом социального страхования, Государственным фондом занятости населения, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования отнесен законом к числу государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (171, ст.144).

Государственный внебюджетный фонд - форма образования и расходования денежных средств, образуемых вне федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации (171, ст.6). Государственный внебюджетный фонд - фонд денежных средств, образуемый вне федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации и предназначенный для реализации конституционных прав граждан на пенсионное обеспечение, социальное страхование, социальное обеспечение в случае безработицы, охрану здоровья и медицинскую помощь. Расходы и доходы государственного внебюджетного фонда формируются в порядке, установленном федеральным законом, либо в ином порядке, предусмотренном бюджетным законодательством (171, ст.13). Вне федерального бюджета образуются государственные фонды денежных средств, управляемые органами государственной власти Российской Федерации и предназначенные для реализации конституционных прав граждан на социальное обеспечение по возрасту; социальное обеспечение по болезни, инвалидности, в случае потери кормильца, рождения и воспитания детей и в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации о социальном обеспечении;

социальное обеспечение в случае безработицы; охрану здоровья и получение бесплатной медицинской помощи. Средства государственных внебюджетных фондов вообще и фондов обязательного медицинского страхования в частности находятся в федеральной собственности, не входят в состав бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации и изъятию не подлежат (31, ст.12; 171, ст.143).

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

Субъектную организацию государственных внебюджетных фондов бюджетное законодательство выносит за пределы сферы своего действия: правовой статус, порядок создания, деятельности и ликвидации государственных внебюджетных фондов определяются федеральным законом в соответствии с бюджетным законодательством (171, п.2 ст.143).

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

Первоначально действовало Постановление Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 22 сентября 1993 г. N 930 (68), в соответствии с которым субъектный статус был придан Исполнительной дирекции Федерального фонда обязательного медицинского страхования как постоянно действующему органу фонда. Дирекция в период между заседаниями правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования решает все вопросы деятельности фонда, кроме тех, которые входят в исключительную компетенцию правления. Имущество и денежные средства Федерального фонда находятся в полном хозяйственном ведении дирекции. Дирекция подотчетна Верховному Совету Российской Федерации,

Совету Министров - Правительству Российской Федерации и правлению Федерального фонда обязательного медицинского страхования (68, п.1).

По вступлении в действие Бюджетного кодекса Российской Федерации вместо Положения об исполнительной дирекции Федерального фонда обязательного медицинского страхования был утвержден Устав Федерального фонда обязательного медицинского страхования (169). Тем самым фонду обязательного медицинского страхования придано положение субъекта права, а не объекта прав.

В соответствии с Уставом основными задачами фонда являются (169, п.7):

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

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

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

Взносы в государственные социальные внебюджетные фонды относятся к федеральным налогам и сборам (172, п.6 ст.13). В случаях, предусмотренных законодательством о налогах и сборах, полномочиями налоговых органов обладают и органы государственных внебюджетных фондов (172, ст.30).

Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование. Страхователями при обязательном медицинском страховании являются: для неработающего населения - Советы Министров республик в составе Российской Федерации, органы государственного

управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация; для работающего населения - предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, и лица свободных профессий (далее предприятия) (31, ст.2). При недостатке средств местного бюджета страховые взносы дотируются за счет соответствующих бюджетов в порядке, установленном Советом Министров Российской Федерации (31, ст.17). Помимо поступлений от хозяйствующих субъектов, бремя взносов в фонды обязательного медицинского страхования несет бюджет.

Договор медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования. Форма типовых договоров обязательного и добровольного медицинского страхования, порядок и условия их заключения устанавливаются Советом Министров Российской Федерации (31, ст.4). Будучи обязательным по закону, обязательное медицинское страхование требует заключения договора страхователем и страховщиком. В заключении такого договора страхователь не волен: и его обязанность заключить договор предусмотрена законом, и размер страховых взносов predetermined без его согласия.

Тарифы на медицинские услуги при обязательном медицинском страховании определяются соглашением между страховыми медицинскими организациями, Советами Министров республик в составе Российской Федерации, органами государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местной администрацией и профессиональными медицинскими ассоциациями. Тарифы должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений и современный уровень медицинской помощи (31, ст.24). Притом что в установлении тарифов на медицинские услуги

при обязательном медицинском страховании учреждения здравоохранения не участвуют, и механизм обеспечения рентабельности медицинских организаций при установлении таких тарифов законом не предусмотрен.

Подытоживают изложенное следующие обобщения:

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

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

3. Ни страхователь, ни застрахованный не причастны к обязательствам по договору между страховщиком (страховой медицинской организацией) и медицинской организацией (учреждением здравоохранения). При этом страховщик не причастен ни к интересам застрахованных, ни к интересам медицинских организаций – объективно его интерес состоит в том, чтобы сэкономить финансовые средства, поменьше оплатив вторым медицинские услуги, потребленные первыми.

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

фондами, между органами управления здравоохранением, фондами обязательного медицинского страхования и государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения.

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

Наряду с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования существуют территориальные фонды ОМС, действующие во всех регионах страны (13, 67). Изначально поступления взносов работодателей в территориальные фонды автономны от поступлений взносов в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Для погашения задолженности территориальных бюджетов перед территориальными фондами ОМС за неработающее население не существует действенных механизмов ответственности. Финансовый клиринг между территориальными фондами ОМС не налажен. Тарифы, по которым оплачивается медицинская помощь из средств ОМС, в каждом регионе устанавливаются самостоятельно и разнятся. В результате по замыслу единая система обязательного медицинского страхования представляет собой совокупность удельных финансово-кредитных институтов, самодостаточных в приходно-расходных операциях и имеющих претензии друг к другу и к органам исполнительной власти, но отстраненных от нужд практического здравоохранения.

В ходе административной реформы в соответствии с Указом Президента Российской Федерации (165) создано Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию (73).

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

При этом:

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

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

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

Таким образом, возлагаемые на агентства функции по оказанию государственных услуг являются функциями по оплате государством услуг, оказываемых их исполнителями – хозяйствующими субъектами (136, С.5).

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

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

Если Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в качестве субъекта (финансово-кредитного учреждения) управляет финансовыми активами федеральной части внебюджетного фонда, территориальные фонды ОМС – находящимися в их ведении финансовыми активами региональных частей государственного внебюджетного фонда, то

Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию и его территориальные подразделения осуществляет управление средствами федерального бюджета, а комитеты, департаменты, министерства здравоохранения субъектов Федерации – региональными бюджетами здравоохранения. Двуканальность финансирования здравоохранения этим не устраняется, а увеличившаяся множественность источников финансирования здравоохранения лишь усложняет административную иерархию и увеличивает расходы на ее содержание, отдаляя практическое здравоохранение от источников его финансирования (127).

Выводы к разделу 1.2.2: Множественность внебюджетных фондов приводит к повышенным тратам государственных средств в социальной сфере на содержание каждого из них.

Выводы к § 1.2: Органы управления здравоохранением должны преследовать интересы общества в здравоохранении, а не преследовать общество в искусственно создаваемых интересах отрасли.

§ 1.3. ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ИДЕОЛОГИИ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

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

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

Как известно, первую систему здравоохранения создало Советское государство. Системообразующими принципами здравоохранения были всеобщность, доступность, бесплатность квалифицированной специализированной медицинской помощи и др. Эти принципы составляли

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

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

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

В современной Конституции Российской Федерации сохранены только экономические и организационные принципы: каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь **в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения** оказывается гражданам **бесплатно** за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. В Российской Федерации **финансируются** федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека,

развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию (п.п.1-2 ст.41). Политика постсоветского государства не находит выражения ни в каких государственных документах.

Но если экономические принципы идеологии здравоохранения (финансирование государством бесплатной для граждан медицинской помощи) подходят равно для прежнего и настоящего государственного устройства, то организационные принципы – оказание такой помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения – нет.

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

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

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

В отсутствие в течение длительного времени пригодных для современного периода организационных принципов идеологии здравоохранения происходит ползучее внедрение зарубежного опыта (например, появление института врачей общей практики), несмотря на неприятие медицинской общественностью (19) не угрожающее здравоохранению: опасен полный слом его существующего устройства, а не частичное заимствование зарубежного опыта.

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

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

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

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

Отсюда возникает вопрос, в чем состоит государственность здравоохранения.

В каких странах существует государственное здравоохранение? В тех, в которых медицинская помощь гражданам оплачивается государством. Чтобы иметь возможность оплачивать медицинскую помощь гражданам, получающим ее бесплатно, государство должно собирать специализированные налоги. Если государство не взимает налогов на

здравоохранение, ему не из чего платить за бесплатную для граждан медицинскую помощь. Если государство ориентировано на частичную оплату медицинской помощи гражданам, то – на условиях либо соплатежей, либо частичного объема для всех, либо полного объема для части граждан (с возможными переходными вариантами). В случаях, когда не государство платит за медицинскую помощь, ее оплачивают либо сами граждане, либо в их пользу третьи лица (работодатели, страховщики, благотворительные организации и т.д.). В той мере, в какой государство оплачивает из аккумулированных налогов медицинскую помощь гражданам, здравоохранение является государственным. Следовательно, государственность здравоохранения – это оплата государством медицинской помощи гражданам за счет налогов.

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

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

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

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

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

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

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

продукт разделяются по признакам имущественной принадлежности и источника финансирования деятельности; практикуется страхование профессиональной ответственности врачей вместо страхования гражданской ответственности хозяйствующих субъектов и т.д.

Государственность здравоохранения в отечественном варианте – это и содержание медицинских организаций (учреждений здравоохранения), и оплата их деятельности государством; системность – объединение органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения по имущественной принадлежности (государственная и муниципальная системы здравоохранения); основательность – ведомственное нормотворчество, непригодное для применения в отношении частных медицинских организаций, а нередко противоречащее объективному (77, 80) или субъективному (84) праву. На этом остается построенной идеология современного отечественного здравоохранения.

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

Вместо такой альтернативы возникают и множатся всевозможные медицинские предложения. Новой идеологией здравоохранения предлагается признать «уникальную систему лечения и оздоровления, основанную на теории П.К. Анохина об опережающем отражении нервной системы» Г.Н.Сытина (209), «интегративную медицину» (189) и т.д.

Очевидно, что этого недостаточно (147).

Необходима дальнейшая диверсификация функций в здравоохранении. Направление этому придала административная реформа. Введение министерств, федеральных служб и федеральных агентств позволило разделить политические функции, функции надзора и платежные функции государства, в том числе в здравоохранении. Однако с этим не произошло

разделение деятельности с результатом, не имеющим товарной формы (государственных и муниципальных органов), и деятельности с результатом, имеющим форму товара (учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций). Не произошло также разделения экономической деятельности по предмету финансирования (по видам договоров и пр.) и соответствующей ему диверсификации направлений финансирования здравоохранения. Равным образом, не произошло выделения и обособления государственного платежного института от посреднического механизма системы обязательного медицинского страхования.

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

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

Выводы к § 1.3:

1. Здравоохранение осталось анклавом прошлого в настоящем: финансирование здравоохранения представляет собой круговорот средств государственной казны без перехода собственности и без участия в нем граждан.
2. Доктрина (идеология), стратегия (политика) развития здравоохранения государством не определена и обществу не известна.
3. Простые заимствования зарубежного опыта в здравоохранении непригодны для внедрения в существующую российскую действительность:

в здравоохранении повсеместно в мире существует товарообмен, и нигде нет медицинских организаций, основанных на несобственном имуществе (учреждений здравоохранения).

4. Проблему доктрины здравоохранения представляет интеграция отрасли в политические, экономические и юридические реалии современной России.

§ 1.4. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

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

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

Поэтому здравоохранение разделяет два полюса: полюс социальных ориентиров и полюс имущественных ориентиров. Достижение социальных ориентиров осуществляется ценой непрогнозируемых имущественных затрат, а достижение имущественных ориентиров – ценой непрогнозируемых социальных утрат (137).

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

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

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

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

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

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

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

В пределах консолидированного бюджета источники финансирования здравоохранения имеют отношение к государственной и муниципальной системам здравоохранения в том, что и имущество учреждений здравоохранения, и предназначенные для них бюджетные и внебюджетные средства являются государственной или муниципальной собственностью.

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

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

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

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

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

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

То, что учреждения здравоохранения являются бюджетными и основаны на имуществе государственной или муниципальной принадлежности, или что плательщиком за оказываемые ими медицинские услуги выступает бюджет или внебюджетные фонды ОМС, не придает этим услугам характера государственных или муниципальных (бюджетных) услуг. Такие услуги

оказываются не государством или муниципальным образованием, а учреждениями здравоохранения – юридическими лицами, являющимися при их оказании хозяйствующими субъектами.

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

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

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

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

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

отдельные правила, то на величину такого обособления свертывается экономический оборот и расширяется административная сфера.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Заказчиком медицинских услуг может выступать любое лицо: как их получатель и/или как плательщик за их получение – в свою пользу или в пользу других получателей (в зависимости от того, как складываются договорные отношения).

В любом случае непреложно, что:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Учреждения же здравоохранения, как и частные медицинские организации будучи производителями медицинских услуг, осуществляют их реализацию в едином экономическом обороте. Конкурентный характер экономического оборота исключает возможность его объединения в систему. В экономическом обороте по имущественной принадлежности исполнителей, как и по имущественной принадлежности плательщиков за медицинские услуги, можно различать государственный, муниципальный и частный секторы.

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

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

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

Региональный орган управления здравоохранением осуществляет и политическую, и надзорную, и платежную функции, а муниципальный орган управления здравоохранением, не будучи наделен государственно-властными полномочиями, - только платежную. На соответствующие социально-политические цели выделяются средства оплаты медицинских услуг, распорядителем которых являются соответствующие федеральное, региональные и муниципальные агентства. Они могут размещать в порядке социального заказа на конкурсной (договорной) основе бюджетные средства. На договорной же (но

внеконкурсной) основе размещаются средства внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования. Получателями этих средств на условиях договоров являются равно государственные и муниципальные учреждения здравоохранения и частные медицинские организации.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Все зависит от того, какую позицию займет государство.

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

Повышать финансирование социальной сферы не позволяет бюджет, а вкладываемые в социальную сферу средства сопровождаются не улучшением, а

ухудшением ее состояния. Одновременно ветшают материально-технические ресурсы, а кадровые ресурсы не имеют адекватного материального содержания. Из-за функциональной неспособности социальной сферы в ней развивается теневой оборот, а борьба с любого рода правонарушениями в ней сопровождается не уменьшением, а увеличением этих нарушений.

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

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

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

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

Выводы к § 1.4:

1. Проблемой для государства является разрыв между социальными ориентирами существующей организации здравоохранения и имущественными ориентирами окружающей организации общества.

2. Поскольку социальный результат (общественное здоровье) происходит из товарных отношений, в которых плательщик (государство) оплачивает деятельность медицинских товаропроизводителей в интересах потребителей,

постольку проблема отрасли происходит из неэкономической ориентации организации практического звена здравоохранения.

3. Бюджетные учреждения здравоохранения не являются участниками товарных отношений постольку, поскольку в круговороте средств государственной казны не происходит товарообмена.

Выводы к главе 1: Проблемы управления здравоохранением происходят из несоответствия модели организации отрасли политическому, экономическому и юридическому окружению.

Глава 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Программа исследования, являющаяся способом организации познания изучаемого ресурса, позволяет сконструировать в необходимой достаточности и логической связи и последовательности вариативные пути достижения цели исследования. В разработке программы настоящего исследования использованы труды Лисицына Ю.П. (56, 106), Стародубова В.И. (108-128), Щепина О.П. (14, 168, 181, 193, 198) и др., а также труды Керимова Д.А. (46) и Нерсисянца В.С. (64) по философии права, Шевченко Ю.Л. (190) по философии медицины, Львова Д.С. (65), Конотопова М.В. (52) и Самсина А.И. (97) по философии экономики, Уколова В.Ф. и соавт. (166) по философии управления.

Формирование концепции социально-ориентированной модернизации (рыночной реформы, прагматизации, индустриальной трансформации) здравоохранения в России, прежде всего, в общем виде охватывает экономические, юридические и организационные аспекты здравоохранения как функции государства.

Под функциями государства понимаются основные направления его деятельности, в которых раскрываются его социальная сущность и значение для общества. Выделяются следующие функции современного государства:

1. **Финансовая.** Эта функция возникает вместе с появлением государства и безотносительно к его типу, форме, характеру развития сохраняет свое значение. Финансовая функция современных государств направлена на выполнение следующих основных задач: а) налогообложение, взимание налогов, сборов и пошлин; финансирование и кредитование; осуществление финансового контроля (определение и учет доходов производителей, таможенный контроль и др.); б) формирование государственного бюджета и его исполнение.

2. **Экономическая.** Применительно к современному государству содержание этой функции охватывает: а) формирование экономической политики государства (разработка стратегических направлений экономического развития страны); б) создание правовых основ рынка

(формирование системы рыночного законодательства; обеспечение равноправия форм собственности; развитие предпринимательства; государственно-правовая охрана собственности, прав и интересов потребителей; ограничение монополизма и недобросовестной конкуренции);
в) внешнеэкономическая деятельность государства (деятельность, связанная с интеграцией национальной экономики в мировую, государственное стимулирование иностранных инвестиций).

3. **Социальная.** Социальная деятельность (политика) - сравнительно новый вид государственной деятельности. Ее определяет назначение социального государства (ч. 1 ст. 7 Конституции РФ).

4. **Охранительная,** которая предполагает: а) защиту прав и свобод граждан, охрану правопорядка, борьбу с преступностью и поддержание режима конституционной законности; б) оборону страны и обеспечение национальной безопасности; в) государственную поддержку мирового правопорядка.

5. **Экологическая.** Это жизненно важная функция любого современного государства. В системе права современных государств есть специальная отрасль - природоохранное законодательство, призванное регулировать деятельность людей и различных организаций в области использования природной среды (законы об охране животного мира, атмосферного воздуха, природных ресурсов, вод, земли, лесов). Экологическая деятельность государства имеет планетарное значение и не ограничивается собственной территорией.

6. **Протекционистская.** Это – функция поддержки социально значимых отраслей деятельности (науки, культуры, образования, здравоохранения). Протекционистская политика государства в этих сферах - наиболее специфическая форма государственной деятельности.

Краеугольным является вопрос о значении здравоохранения для государства и государства для здравоохранения.

По традиции качественно однородные группы хозяйственных единиц, характеризующиеся особыми условиями производства в системе общественного разделения труда и играющие специфическую роль в

процессе расширенного воспроизводства определяются как отрасли народного хозяйства. С прежних времен народное хозяйство подразделяется на сферу материального производства и непроеизводственную сферу. Совокупность всех видов производственной деятельности, в результате которых создаются материальные блага в форме продуктов, энергии и в форме перемещения грузов, хранения продуктов, сортировки, расфасовки, упаковки и др. функций, являющихся продолжением производства в сфере обращения, образует сферу материального производства. Остальные виды деятельности, не создающие материальных благ, составляют непроеизводственную сферу. Внутри каждой из отраслей выделяют группировки хозяйственных единиц, выполняющих однотипные экономические функции или социальные виды деятельности.

Здравоохранение как отрасль непроеизводственной сферы охватывается:

- финансовой функцией государства. Позиционируя здравоохранение в бюджетной сфере, государство содержит публичную собственность, которую составляет в том числе и имущество учреждений здравоохранения.

- экономической функцией государства. Государство оплачивает деятельность в области здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования.

- социальной функцией государства. Позиционируя здравоохранение в социальной сфере, государство возлагает на него задачи, сходные с задачами социального обеспечения.

- протекционистской функцией государства. Государство, наряду с наукой, культурой, образованием, придает здравоохранению особую социальную значимость, предусматривая обеспечивать отрасли такую поддержку, которая не позволила бы ухудшаться ее состоянию.

Отнесение здравоохранения к различающимся функциям государства не позволяет сформулировать, является ли здравоохранение функцией государства в качестве отрасли. Иными словами, имеет ли государство реально такую функцию, как здравоохранение, в чем она состоит и соответствует ли задачам ее

реализации выделение здравоохранения как отрасли, и наоборот: требует ли выделение здравоохранения как отрасли обособления выполняемой им функции.

Отсюда возникает вопрос, является ли здравоохранение отраслью и, если является, то отраслью какой – публичной, то есть политической, или экономической, то есть экономической, хозяйственной – деятельности.

Следующий вопрос состоит в том, что если здравоохранение представляет собой отрасль, то что определяет ее системообразование, единство, целостность. Иными словами, вопрос заключается в том, является ли здравоохранение в качестве отрасли реально единой и цельной системой, чтобы можно было исследовать ее общие экономические, юридические и организационные характеристики. Если же здравоохранение не представляет собой единой и цельной системы, тогда экономические, юридические и организационные характеристики его частей требуют обособленного изучения.

Такие характеристики приобретают конституирующее значение для определения значения здравоохранения для государства и государства – для здравоохранения.

Экономические, юридические и организационные начала присущи государству и обществу. Государство в интересах общества стимулирует развитие экономики, то есть сферы товарного обращения. В интересах общества государство устанавливает законы, призванные оформлять отношения товарного обмена. Организация товарного обращения происходит по экономическим законам, законам рынка.

Здравоохранение в той мере обладает экономикой, в какой в нем существует товарное обращение. В той части, в какой товарный обмен в здравоохранении не происходит, оно находится вне сферы экономики.

В той мере, в какой в здравоохранении существует товарное обращение, оно находится в сфере действия частного (гражданского) права. В той части, в какой товарный обмен в здравоохранении не происходит, оно находится в сфере действия публичного права.

Соответственно, в той части, в какой товарное обращение в здравоохранении происходит, его организация имеет частные экономические

ориентиры. А в той части, в какой товарное обращение в здравоохранении не происходит, оно организуется по правилам публичной сферы.

Если к той части здравоохранения, характер отношений в которой имеет экономическую природу, обращаются неприменимые к ней требования, она будет не в состоянии функционировать, и наоборот.

Следовательно, если здравоохранение не представляет собой единой и цельной системы, а его составляющие разнородны по своей природе, каждой из них свойственны свои объективные характеристики, применимые только к ней и неприменимые – к другой. Каждой из разнородных составляющих здравоохранения в этом случае присущи свои ориентиры, которым соответствует или не соответствует фактическое его устройство.

Однако если разнородные составляющие здравоохранения не разделены, прямое измерение подобного соответствия или несоответствия их фактического устройства модельным ориентирам не представляется возможным.

В этом смысле новые возможности, в том числе и метрических подходов, дает осмысление институционального характера здравоохранения. До настоящего времени здравоохранение позиционируется как публичный институт. С точки зрения финансирования здравоохранения это действительно так. Между тем с точки зрения конечного места приложения результата деятельности здравоохранение – это общественный институт. Ведь государство осуществляет функцию охраны здоровья граждан, общества. Практическое здравоохранение осуществляется вне пределов механизма государства – в обществе, которое охватывает равно медицинских работников и пациентов, сферу общественного воспроизводства (экономику) и сферу общественного потребления. В этой связи практическое здравоохранение как общественный институт оказания медицинской помощи не только имеет другие характеристики, чем публичный институт финансирования здравоохранения, но и является более устойчивым: практическое здравоохранение не исчезнет, если государство окажется не в состоянии его финансировать – это бремя примет общество. Однако при

наличии и функционировании публичного института финансирования здравоохранения состояние практического здравоохранения является и его характеристикой тоже. Тем самым состояние практического здравоохранения как общественного (социального) института позволяет судить о существующем состоянии здравоохранения в целом.

Социальные институты представляют собой относительно стабильные общественные образования, выполняющие функцию воспроизводства определенных социальных отношений и взаимодействий в определенных жизненных циклах. Они направлены на сохранение существующей системы в неизменном состоянии, не будучи ориентированы на социальные изменения.

Однако в условиях социальной дезорганизации, в кризисные эпохи развития общества социальная неудовлетворенность широких масс населения существующей системой распределения материальных и духовных благ, властных полномочий, льгот и привилегий, органически соединяющаяся с представлениями о социальной неудовлетворенности, господствующей в обществе, резко возрастает. Любое общество, входящее в полосу социально-экономических, политических, социокультурных трансформаций, оказывается в той или иной степени подверженным дезорганизации. В таком обществе многие индивиды и даже социальные группы утрачивают привычные ориентиры, ценностные ориентации, традиционные способы идентификации. Таким же изменениям подвергаются и социальные институты, ищущие путей изменений. Они ориентированы не на революционные ниспровержения существующих социально-политических порядков, а на изменение и совершенствование существующей системы посредством проведения реформ.

Поскольку Россия уже более пятнадцати лет пребывает в состоянии преобразований, постольку именно такая нестабильность социальных институтов и необходимость изменений характеризует современное российское общество. Неэффективность преобразований провоцирует нестабильные оппозиционные настроения (например, последствия монетизации льгот). Накопление гражданами отрицательного опыта

отношений с социальными институтами заставляет государство идти на паллиативные – зачастую весьма дорогостоящие – меры (например, национальные приоритетные проекты) как своего рода аванс в преддверии будущих изменений. Однако подобные меры до бесконечности воспроизводиться не могут, поскольку не влекут реальных положительных сдвигов, а негативный опыт в обществе продолжает накапливаться, многократно увеличивая потребность в реформах.

Практическое здравоохранение представлено равно медицинскими работниками и пациентами, то есть теми, кто составляет общество. Иными словами, общество делится на медицинских работников и пациентов. Те и другие по-разному могут относиться к существующему устройству здравоохранения, его проблемам и перспективам переустройства. Существует несколько вариантов такого отношения. Те и другие могут испытывать удовлетворенность тем, как устроено здравоохранение. Те и другие могут быть равно не удовлетворены им. Медицинские работники могут быть не удовлетворенными, в то время как пациентов это устраивает. И наоборот, существующим устройством здравоохранения могут быть вполне довольны медицинские работники, а пациенты – пребывать в неудовлетворенности. Следовательно, удовлетворенность или неудовлетворенность устройством здравоохранения медицинских работников и пациентов как составляющих общество позволяет судить о его текущем состоянии.

Подобная удовлетворенность или неудовлетворенность граждан охватывается понятием общественного мнения как совокупностью суждений и оценок, характеризующих консолидированное отношение массового сознания к наиболее значимым и актуальным проблемам, событиям и фактам экономики, политики, культуры, общественной жизни. Общественное мнение в наиболее общем значении – это одобрение или неодобрение публично наблюдаемых позиций и поведения, которые выражаются определенной частью общества или обществом в целом.

Выяснение подобных индикаторов потребностей изменений здравоохранения позволяет установить основные экономические, юридические и организационные препятствия его развитию – т.е. решить исследовательскую задачу настоящей работы.

Получение информации об отношении различных категорий населения к проблемам, событиям и фактам в конкретной социально-политической ситуации достигается опросом общественного мнения, в том числе посредством интервьюирования. С эффектом подобных опросов в настоящее время происходят диалоги государства и общества во всемирной сети Интернет. Интернет предоставляет и множество иных возможностей по изучению общественного мнения.

Эмпирические исследования, осуществляемые с помощью сети Интернет, обладают определенной привлекательностью для исследователей различных научных направлений – социологов, психологов, экономистов, политологов и других. Это обусловлено рядом их неоспоримых преимуществ по сравнению с традиционными формами таких исследований. К очевидным плюсам и дополнительным возможностям, которые отмечают различные авторы (25), проводившие исследования через Интернет, относятся следующие: экономия ресурсов; большой объем выборки; быстрота опроса; возможность оперативного реагирования; широта охвата; достижимость; нацеленность; релевантность (самостоятельность); высокий уровень доверия; широта охвата предметных полей; организационная гибкость; строгая логика проведения опроса; оперативный контроль по ходу опроса; возможность последующей коммуникации с респондентами; возможности автоматического сбора дополнительной информации о респондентах.

К недостаткам исследований через Интернет относят следующие: репрезентативность выборки лишь для компьютеризированной части генеральной совокупности; стихийность выборки; опасность смещения выборки; подвижность, изменчивость социального пространства в Интернете.

Таких недостатков лишены инициативные (активные) действия пользователей сети Интернет: вместо заполнения предлагаемых форм и ответов на предлагаемые формулировки вопросов они по собственному усмотрению удовлетворяют свои нужды в искомой информации или формулируют свои обращения на предлагаемых в сети Интернет площадках (в чатах, на форумах и конференциях). Особую подобную площадку представляют собой специализированные сайты, предлагающие оставить обращение целевого содержания конкретному адресату – например, руководителям государства (Президенту России, Вице-Премьеру Правительства). Инициативные (активные) действия пользователей сети Интернет порождаются их интересом.

Интерес – это реальная причина деятельности социальных субъектов, направленная на удовлетворение определенных потребностей, лежащая в основе непосредственных побуждений, мотивов, идей и т.п. и определяемая положением и ролью этих субъектов в системе общественных отношений. Интересы лежат в основе формирования общественного мнения.

Интересы различаются по степени общности (индивидуальные, групповые), по направленности (экономические, политические, духовные), по степени действительности (реальные и мнимые), по степени осознанности (осознаваемые и неосознаваемые) и т.д.

Экономический интерес – это основная категория для обозначения реальных причин и коренных, наиболее глубоких мотивов экономической деятельности и экономического поведения людей, стоящих за их непосредственными побуждениями - мотивами, помыслами, идеями и т.д. Именно экономический интерес способствует согласованности во взаимодействии различных социальных групп и слоев в ходе непрерывного приспособления к экономическим изменениям, формирующим это взаимодействие. Экономический интерес выступает формой выражения отношений между субъектами экономической деятельности по поводу производства, распределения, обмена и потребления ограниченных

материальных ресурсов. Экономические отношения, проявляясь в экономических интересах, приобретают характер движущих сил общественного развития, побудительных мотивов хозяйственной деятельности людей. Люди занимаются хозяйственной деятельностью в конечном счете для того, чтобы удовлетворять свои потребности, которые заключаются в необходимости и возможности приобретения, сохранения и использования благ, в чем бы они не состояли.

Поскольку общество представлено медицинскими работниками и пациентами, а в здравоохранении – сферой общественного воспроизводства (экономикой) и сферой общественного потребления, постольку медицинским работникам и пациентам одинаково свойственны экономические интересы, позволяющие удовлетворять экономические и неэкономические потребности.

Известно разрабатываемое научной школой В.В.Радаева рассмотрение экономического интереса как социального механизма, обеспечивающего трансформацию стимула (как внешнего объекта стремления) в мотив (как внутреннее побуждение к действию), что позволяет судить о регулятивных возможностях, заложенных в этом механизме относительно экономического поведения субъекта хозяйственной деятельности. Существуют два основных канала регуляции экономического интереса - через изменение (индивидуальных или групповых) социально-экономических характеристик субъекта либо путем коррекции частного экономического интереса через соотнесение его содержания с содержанием общего экономического интереса (группы, класса, общества в целом). Если в результате такого сравнения субъект хозяйствования убедится в большей экономической перспективности (как он сам ее понимает) следования направлению и содержанию общего экономического интереса, то и содержание частного экономического интереса неизбежно изменится. Использование концепции анализа экономического интереса позволяет государственным органам сбалансировать основные составляющие экономической политики в переходный период - стабилизацию и структурную перестройку экономики -

таким образом, чтобы удовлетворить экономические интересы различных социальных групп и обеспечить их максимальный вклад в трансформационные процессы общества.

Аналогичными являются исследования категории интереса в юриспруденции (например, Н.Л.Улаевой). Отнесение субъекта к той или иной группе позволяет определить его интересы, и, наоборот, несовпадение интереса субъекта с той или иной группой интересов позволяет индивидуализировать субъект. Отражение интереса в праве необходимо рассматривать в двух аспектах: 1) интерес как предпосылка, фактор, воздействующий на волю законодателя; 2) интерес как цель, к достижению которой посредством использования правовых норм стремятся субъекты права. Развитие права и государства требует разделения, а также согласования и компромисса интересов. Вопросы согласования интересов вообще относятся к категории перманентных. Признание объективного конфликта интересов в обществе и необходимости их согласования с помощью права приводит к неизбежной мысли о необходимости согласования интересов в законотворчестве. Именно продукт законотворчества – закон является и результатом, и средством согласования различных интересов. Возможности преодоления конфликтов интересов в обществе состоят в использовании такого инструмента как положительное право, выражающиеся в разных теориях права как способа согласования интересов. Участие государства, муниципальных образований в частноправовых отношениях порождает такие острые и дискуссионные вопросы, как определение характера и степени публичных и частных интересов, которые государство и иные публично-правовые образования (субъекты Российской Федерации, муниципальные образования) должны преследовать при участии в гражданско-правовых отношениях, определение нормативного закрепления соответствующих целей деятельности публичных образований, направления, в которых возможно и необходимо осуществлять реализацию публичных и частных интересов.

В здравоохранении социальная обстановка определяется тем, соответствует ли объективно положение участников общественных отношений их субъективным интересам или нет. Деление общества на медицинских работников и пациентов не соответствует позиционированию сторон в отношениях между сферой общественного воспроизводства (экономикой) и сферой общественного потребления: первую представляют не медицинские работники, а медицинские организации. Тем самым экономические интересы медицинских работников зависят от экономических интересов медицинских организаций. Соответствуют ли объективно субъективные интересы медицинских работников и пациентов тому, как они позиционируются в экономических отношениях, определяется их удовлетворенностью или неудовлетворенностью, выражающейся в общественном мнении и отражающейся в социологических опросах, в том числе, в сети Интернет, наиболее демонстративно – в инициативных действиях, включая обращения к руководителям государства.

Однако экономические отношения разделяют интересы на разные корреспондирующие пары:

- интересы медицинских организаций и интересы пациентов (потребителей). Эти интересы являются связанными (в том числе опосредованно – через внешние платежные институты, включая государство, систему обязательного медицинского страхования и т.д.) и противоположными в экономических отношениях. Медицинские организации заинтересованы побольше получить, пациенты – поменьше заплатить, в том числе, через налоговые механизмы;

- интересы медицинских организаций и интересы их работников. Эти интересы являются связанными и противоположными в трудовых отношениях. Медицинские организации в качестве работодателя заинтересованы поменьше заплатить, а медицинские работники – побольше получить;

- интересы медицинских работников и интересы пациентов. Эти интересы являются связанными опосредованно через интересы медицинских организаций и потому – противоположными. Медицинские работники

заинтересованы побольше получить, а пациенты – поменьше заплатить, в том числе, через налоговые механизмы. Вместе с тем интересы медицинских работников и интересы пациентов являются прямо связанными через принадлежность к сфере потребления и потому – однонаправленными. Равно медицинские работники и пациенты как члены общества заинтересованы в собственном благосостоянии.

Отсюда, в случае неудовлетворенности приведенных интересов, выражающейся в общественном мнении, вытекают следующие причины этого:

- неудовлетворенность интересов только пациентов отражает недостатки организации публичной сферы финансирования здравоохранения;

- неудовлетворенность интересов только медицинских работников отражает недостатки организации сферы общественного воспроизводства (экономики) в здравоохранении;

- неудовлетворенность интересов равно медицинских работников и пациентов отражает системный кризис здравоохранения, требующий пересмотра системы организации здравоохранения в целом.

Поскольку сфера общественного потребления в здравоохранении представлена двумя частями (пациентами и медицинскими работниками) как противоположностями экономических интересов, удовлетворяемых за счет другой части, постольку состояние каждой из них требует обособленного рассмотрения.

Пациенты как часть сферы потребления в здравоохранении в счет медицинской помощи, бесплатно оказания которой гарантирована государством, уплачивают налоги. Если в силу неэффективности государства здравоохранение перестает быть для пациентов бесплатным, им некуда деваться, кроме как – вне зависимости от достатка – оплачивать медицинскую помощь за свой счет, как это имеет место в настоящее время. Совокупное состояние части сферы потребления в здравоохранении, которую составляют пациенты, не является репрезентативным, поскольку все они имеют разный достаток, относятся к разным слоям общества, в зависимости

от чего пользуются или вообще не пользуются услугами государственного (муниципального) здравоохранения.

Медицинские работники как часть сферы потребления в здравоохранении состоят из двух разнородных групп: практические медицинские работники и руководители медицинских организаций. Каждую группу характеризуют свои показатели достатка и единство источников существования. В отличие от пациентов, медицинские работники обеих групп имеют возможности приспособления к окружающей действительности в потребительских (за счет поборов с пациентов) и хозяйственных (за счет поборов с поставщиков) отношениях. Поэтому с учетом групповых различий совокупное состояние той части сферы потребления в здравоохранении, которую составляют медицинские работники, является репрезентативным. Формируемое самими медицинскими работниками общественное мнение свидетельствует, как они сами оценивают это состояние. И если в периоды относительной стабильности – в отсутствие социальных перемен – подобная оценка не является объективной (ее определяют по преимуществу субъективные факторы), то вслед за теми или иными переменами она достаточно показательна (например, в период после дефолта).

Если состояние той части сферы потребления в здравоохранении, которую составляют медицинские работники, прямо пропорционально (соответствует) состоянию той ее части, которую составляют пациенты, это свидетельствует о репрессивности управления здравоохранением.

Если состояние той части сферы потребления в здравоохранении, которую составляют медицинские работники, обратно пропорционально (улучшается на фоне ухудшения) состоянию той ее части, которую составляют пациенты, это свидетельствует о неуправляемости здравоохранения.

Поскольку общественное мнение в подавляющем большинстве представлено домохозяйствами, то есть сферой общественного потребления, постольку значение имеют не охватываемые им интенции, складывающиеся в сфере общественного воспроизводства в здравоохранении. Поскольку

сфера общественного воспроизводства опосредует связь публичной сферы финансирования здравоохранения со сферой общественного потребления, такого рода интенции показательны как реакция первой на состояние второй и третьей. Реакция сферы общественного воспроизводства неизбежна на отражаемое общественным мнением в сфере общественного потребления недовольство равно только пациентов, только медицинских работников или и пациентов, и медицинских работников вместе. Во всех случаях такая реакция свидетельствует о несостоятельности опосредуемой сферой общественного воспроизводства (экономикой) связи публичной сферы финансирования здравоохранения и сферы общественного потребления. Если со стороны сферы общественного воспроизводства нет реакции на отражаемое общественным мнением недовольство в сфере общественного потребления, это свидетельствует о несостоятельности самой сферы общественного воспроизводства (экономики) в здравоохранении.

Сферу общественного воспроизводства в здравоохранении представляют руководители медицинских организаций. Это главные врачи, их заместители и работники администрации государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, а также топ-менеджеры (руководители, их заместители и т.д.) частных медицинских организаций. Находясь в информационном поле потребностей управления возглавляемыми организациями, они испытывают прогрессивно возрастающий дефицит необходимой информации. Степень их информированности требует постоянного пополнения новыми знаниями. Подобная информация имеет прикладной характер, соответствующий потребностям управления в сфере общественного воспроизводства (экономики) в здравоохранении. Естественно ожидать, что это – экономическая по своей природе информация, соответствующая организационным (управленческим) потребностям.

Социальная (в институтах общества) и публичная (в институтах государства) нестабильность порождает ожидания стабильности, а понимание, что она может быть достигнута только теми или иными

изменениями – их боязнь из-за незнания путей, по которым они будут происходить. Отсюда востребованность дополнительной информации в управленческой среде медицинских организаций является индикатором состояния сферы общественного воспроизводства в здравоохранении. Низкая востребованность целевой информации свидетельствует о слабости управленческой среды медицинских организаций, высокая – о соответствии ее уровня характеру осуществляемой деятельности. Целенаправленность поиска необходимой информации свидетельствует о высоком уровне осознания потребностей управления, и наоборот.

Состояние сферы общественного воспроизводства в здравоохранении выясняется средствами традиционных (пассивных) социологических опросов посредством анкетирования, однако более показательны результаты изучения активных поисков необходимой информации, прежде всего, возможностями, предоставляемыми сетью Интернет. Таковых немало. Поисковые системы (Яндекс, в меньшей степени Рамблер, Апорт, Google, Yahoo! и т.д.) позволяют изучить статистику запросов по различным словам и словосочетаниям в динамике, в географическом срезе и т.д. На сайтах, связанных между собой баннерами (кнопками перехода, на которых текстуально или графически изложена цель перехода на другой ресурс), возможно изучить статистику баннерных переходов с ресурса на ресурс. Наконец, на сайтах существуют специализированные опросы, позволяющие изучить их статистику. Поскольку пользование Интернетом связано с денежными и временными затратами, постольку лишь целевая аудитория пользователей проявляет интерес к вопросам управления медицинскими организациями, переходит с одного посвященного этой теме ресурса на другой, участвует в специализированных опросах и т.д. В целом, это позволяет выяснить структуру инициативных (активных) запросов пользователей Интернет, интересующихся тематикой управления медицинскими организациями.

Недовольство сферы общественного потребления, отражаемое общественным мнением и выражающее степень неудовлетворенности субъективных интересов пациентов и медицинских работников, сопоставимо с интересами, которыми руководствуется сфера общественного воспроизводства (экономика) здравоохранения. Если степень недовольства первой высока или низка, а активность второй соответствует этому, то их взаимообусловленность очевидна. Если степень недовольства первой высока, а активность второй низка, это свидетельствует о том, что сфера потребления и сфера воспроизводства в здравоохранении не находятся в зависимости друг от друга и между собой не связаны.

Кроме того, сопоставление состояния группы руководителей медицинских организаций в той части сферы потребления в здравоохранении, которую составляют медицинские работники, с интересами, которыми руководствуется сфера общественного воспроизводства (экономика) здравоохранения, также информативно.

Если руководители учреждений здравоохранения в потребительской части успешны и проявляют интерес к вопросам управления, это свидетельствует о том, что система управления здравоохранением вполне жизнеспособна.

Если руководители учреждений здравоохранения в потребительской части не успешны и проявляют интерес к вопросам управления, это свидетельствует о том, что существующая система управления здравоохранением сохраняет потенциал развития, препятствия которому находятся вне здравоохранения.

Если руководители учреждений здравоохранения в потребительской части успешны или не успешны, но не проявляют интерес к вопросам управления, это свидетельствует о негодности системы управления здравоохранением.

При этом публичная сфера финансирования здравоохранения и сфера общественного воспроизводства (экономики) здравоохранения связаны между собой безусловно – вторая находится в финансовой зависимости от первой. Вторая формируется мерой такой зависимости от первой.

Зависимость от публичной сферы финансирования здравоохранения демонстрирует структура сферы общественного воспроизводства (экономики) здравоохранения.

Вопрос сферы общественного воспроизводства (экономики) здравоохранения состоит в том, кто является получателем созданных в ней благ общественного потребления: призванный производить эти блага или нуждающийся в их потреблении. Если получателем благ общественного потребления является тот, кто призван их производить, то наряду с ним есть тот, кто в качестве потребителя их не получает.

Если учреждения здравоохранения относятся к сфере общественного воспроизводства, они не могут быть получателями благ общественного потребления. Если учреждения здравоохранения являются получателями благ общественного потребления, то они не относятся к сфере общественного воспроизводства. Если получателями благ общественного потребления являются учреждения здравоохранения, то положение потребителей таких благ утрачивают пациенты. Иными словами, если учреждения здравоохранения не относятся к сфере общественного воспроизводства, то заменяют пациентов в положении получателей благ общественного потребления. Тем самым структура сферы общественного воспроизводства (экономики) здравоохранения порочна настолько, насколько пациенто-замещающим является положение в ней учреждений здравоохранения.

Таким образом, в целом программа исследования индикаторов потребностей изменений здравоохранения (рис. 3) находит теоретическое обоснование в изучении выражения логики интересов позиционирования участников общественных отношений, отражающейся в состоянии общественного мнения, в структуре сферы общественного воспроизводства (экономики) в здравоохранении.

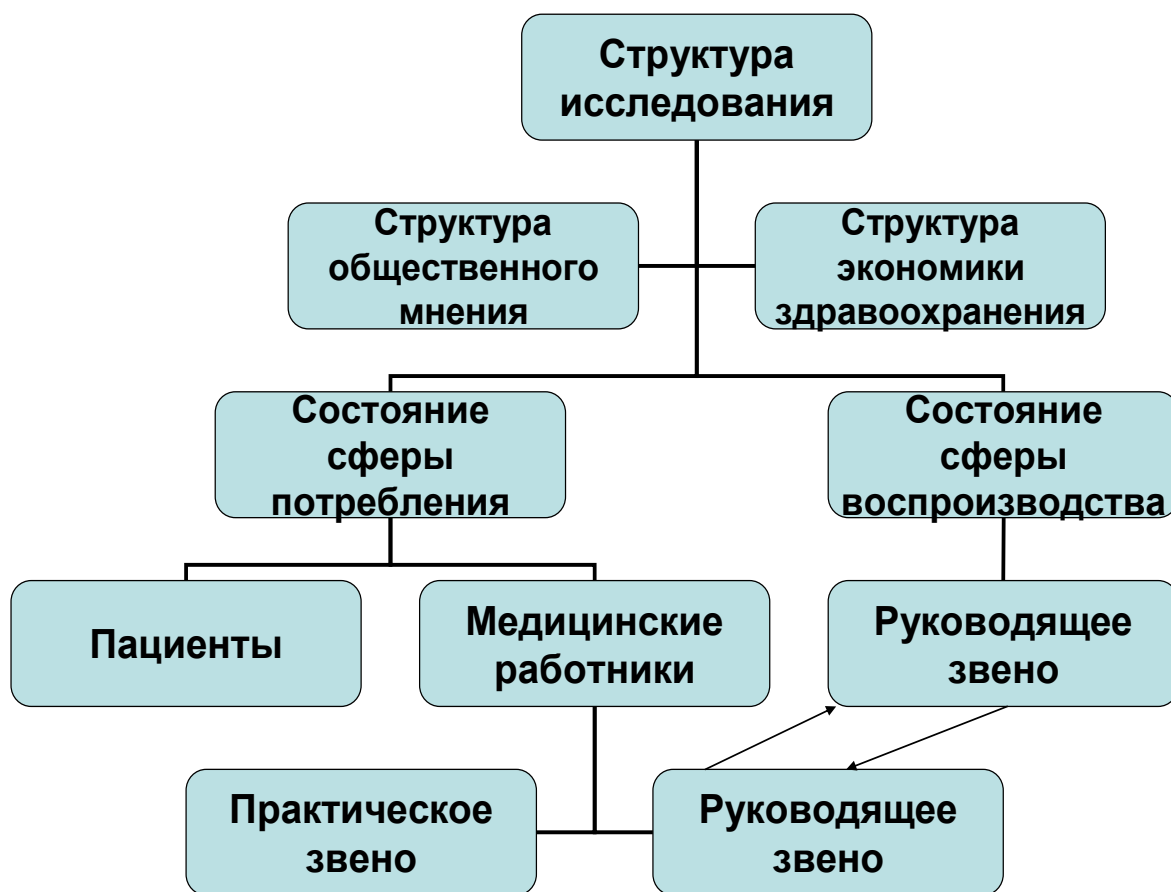


Рис. 3. Структура исследования индикаторов потребностей изменений здравоохранения.

Под понятием объекта исследования в целях настоящей работы понимается явление, порождающее проблемную ситуацию и избранное для изучения. Объектом исследования в настоящей работе выступает сложившаяся система организации отечественного здравоохранения как комплекс элементов и связей, образующих во взаимодействии органическое целое, в котором фактическое или предполагаемое изменение одного из элементов ведет к изменению других элементов и всей системы в целом.

Часть определенных элементов и связей включается в сферу исследования и образует его предмет. Предмет исследования - существенные свойства или отношения объекта исследования, познание которых важно для решения теоретических или практических проблем. Предмет исследования определяет границы изучения объекта в конкретном исследовании.

Под понятием предмета исследования в целях настоящей работы признается все то, что находится в границах объекта исследования в определенном темой аспекте рассмотрения. Предметом исследования в настоящей работе является организация экономики здравоохранения, т.е. внутренняя упорядоченность экономической составляющей системы организации здравоохранения.

Если говорить об объекте исследования как о системе организации здравоохранения, представляющей собой комплекс избирательно вовлеченных элементов, взаимодействующих достижению заданного полезного результата, то упорядоченность экономической составляющей как предмет исследования рассматривается в качестве основного системообразующего фактора института организации здравоохранения.

Определенный темой аспект рассмотрения обусловил совокупность изучаемых характеристик объекта (предмета) исследования. В свете принятого в настоящем исследовании подхода его особенностью является изучение субъективных показателей состояния и структуры сферы общественного потребления, с которыми сопоставлены субъективные и объективные показатели состояния и структуры сферы общественного воспроизводства в здравоохранении. Иными словами, исследованию подвергнуты не внутренние прямые параметрические характеристики объекта, а его внешняя оценка, воплощенная в общественном мнении, отражающем меру удовлетворенности интересов членов общества, на соответствие которой изучена структура объекта.

Методология как система наиболее общих принципов и положений, способов и методов, составляющих основу организации и построения теоретической и практической частей настоящего исследования, соответствует теоретическому обоснованию программы и структуре исследования.

Из теории известно, что метод исследования должен включать способы, приемы и средства изучения проблемы, обеспечивающие достижение

конечной цели исследования. При этом методы исследования подразделяются на общие и частные.

Предложенная в диссертации методология базируется на использовании ряда основополагающих общих и частных методов исследования.

Важнейшими из примененных методов исследования являются:

1. Анализ и синтез, позволившие структурировать предмет исследования.

Под понятием анализа в целях настоящей работы понимается расчленение целостного предмета на составляющие части (стороны, признаки, свойства или отношения) с целью их всестороннего изучения.

Аналізу подвергнуто состояние и структура общественного мнения в сфере общественного потребления и в сфере общественного воспроизводства в здравоохранении, а также существующая структура экономики здравоохранения.

Под понятием синтеза в целях настоящей работы понимается соединение ранее выделенных частей предмета в единое целое.

В результате группировки данных в соответствии с определенным темой аспектом рассмотрения изучены состояние и структура общественного мнения в сфере общественного потребления и в сфере общественного воспроизводства в здравоохранении дифференцированно в группах пациентов и медицинских работников – отдельно в практическом и руководящем звеньях, а также структура сферы общественного воспроизводства в здравоохранении.

Синтез, дополняющий проведенный анализ, позволил вычлени из множества полученных результатов наиболее значимые и имеющие первостепенное значение для достижения поставленной цели.

2. Частнонаучные методы:

2.1. Системно-структурный метод позволил определить границы исследования, выявить пороки сложившегося системообразования организации отечественного здравоохранения.

Системой признается множество элементов, находящихся в отношениях и связях друг с другом, образующих определенную целостность, единство.

Под системой в целях настоящей работы принимается не здравоохранение как функция государства и отрасль народного хозяйства, а организация здравоохранения как порядок, обусловленный правильным, закономерным расположением составляющих здравоохранение частей в определенной взаимосвязи, т.е. как институт.

Системообразование здравоохранения как взаимосвязанной общим управлением, назначением или условиями функционирования образующей единое целое совокупности различных объектов и отношений между ними обусловлено системностью института организации здравоохранения.

Системность здравоохранения порождается его организацией. Однако присущая организации здравоохранения как управляющему институту системность может не порождать системности здравоохранения как управляемой среды. В противоположность гармоничному устройству организации здравоохранения само здравоохранение может представлять собой бессистемное соединение разнородных составляющих.

В целях настоящей работы изучалась система экономической организации здравоохранения как управляющего института и управляемой среды.

2.2. Функциональный метод, использование которого позволяет выяснить, как изменение одного явления ведёт к изменению другого с точки зрения следствий (благоприятных, неблагоприятных - дисфункциональных или нейтральных - афункциональных), вызываемых изменением одного параметра в других параметрах объекта (функциональность), или взаимосвязи отдельных частей в рамках некоторого целого (функционирование). Этот метод дает возможность определить круг, установить роль и характеризовать взаимосвязи исследуемых явлений в пределах предмета исследования. В настоящем исследовании функциональный метод использован для установления факторной связи интересов и сопряженных с ними явлений, а равно последних между собой.

2.3. Статистический и сравнительный методы использованы для выявления удельного веса исследуемого явления как отдельно, так и в сопоставлении.

Научный метод является фундаментом научного познания на основе получающих значение доказательств объяснений явлений, подтверждающих или опровергающих сделанное предположение, гипотезу.

Основная гипотеза настоящего исследования состоит в том, что существующие общественные отношения в здравоохранении строятся вне связи с интересами их участников, из-за чего экономика здравоохранения не ориентирована на удовлетворение общественных потребностей, а состояние сферы общественного воспроизводства в здравоохранении – на состояние сферы общественного потребления.

Использованные методы приводятся применительно к месту соответствующей части исследования в общей структуре работы (рис. 4).

Первоначально изучены состояние и структура сферы потребления в здравоохранении по результатам сопоставления данных предшествующих сторонних социологических опросов:

1. пациентов:

- исследования фонда ИНДЕМ (2017 респондентов, 2001, 98);
- исследования Акопяна А.С. (данные опроса населения Москвы 1995 года – 1198 респондентов, 3);

2. медицинских работников – равно практического и руководящего звена – Пиддэ А.Л. (данные оценки 4026 врачами изменения своих личных доходов за период 1996-2001 г.г., 85).

Данные последнего исследования подвергнуты изучению преобразования структуры рангов по методике Елисеевой И.И. и Юзбашева М.М. (26). Это сделало возможным выяснить состояние среды общественного потребления в части, образуемой медицинскими работниками – дифференцированно в практическом и руководящем звене.

Самооценка медицинскими работниками собственных доходов как показатель удовлетворенности интересов позволила соотнести их с данными нерезидентных сторонних социологических опросов пациентов, демонстрирующих их готовность удовлетворять интересы медицинских работников.

<p>Задача: Установить основные экономические, юридические и организационные препятствия развитию современного отечественного здравоохранения.</p>
<p>Общий способ решения: Исследование индикаторов потребностей изменений здравоохранения</p>
<p>1. Исследование состояния общественного мнения – общего и отдельно в общественных группах медицинских работников и граждан-пациентов Объект исследования – Интернет-обращения к Президенту России Предмет исследования – структура недовольства здравоохранением Единица исследования – Интернет-обращение, зарегистрированное на специализированном сайте president.yandex.ru База исследования – 4625 Интернет-обращений Методы исследования – информационного поиска, контент-анализа, логико-аналитический, сравнительно-аналитический</p>
<p>2. Исследование изменения структуры самооценки удовлетворенности медицинских работников – отдельно в практическом и руководящем звене – получаемыми доходами Объект исследования – самооценка удовлетворенности медицинских работников получаемыми доходами Предмет исследования – сдвиг структуры самооценки удовлетворенности медицинских работников получаемыми доходами за период 1996-2001 г.г. Единица исследования – показатель самооценки удовлетворенности получаемыми доходами медицинских работников разных групп за отдельный временной период База исследования – данные опроса 4026 врачей за период 1996-2001 г.г. Методы исследования – статистические методы изучения структурного сдвига</p>
<p>3. Исследование востребованности руководящим звеном медицинских работников информации по вопросам управления микроэкономикой здравоохранения Объект исследования – востребованность информации по вопросам управления микроэкономикой здравоохранения Предмет исследования – состояние и структура интересов руководителей медицинских организаций к информации по вопросам управления микроэкономикой здравоохранения Единица исследования – Интернет-запрос (поисковый, баннерный) База исследования – выборка из 360 000 запросов в месяц по относящимся к теме исследования поисковым словосочетаниям в русскоязычном Интернете в структурном, динамическом и географическом срезе за год; выборка из 13579 баннеров в динамике за год (с 16 июля 2005 года по 16 мая 2006 года) по шести замерам средних и средне-интервальных величин с двухмесячным лагом Методы исследования – информационного поиска, контент-анализа, логико-аналитический, сравнительно-аналитический, статистический</p>
<p>4. Исследование структуры экономики здравоохранения Объект исследования – данные Госкомстата РФ Предмет исследования – использование и создание ВВП в здравоохранении Единица исследования – оплата медицинских услуг в расчете на медицинскую организацию База исследования – в среднем 334 млрд. руб. на 114 тыс. организаций в год Методы исследования – информационного поиска, логико-аналитический, сравнительно-аналитический</p>

Рис. 4. Схема построения хода исследования.

Далее выполнено исследование структуры общественного мнения по данным Интернет-обращений к Президенту РФ по теме «Здоровье нации». Из общей совокупности 4625 по состоянию на 6 июля 2006 года произведена выборка:

- 399 единиц (8,6%) – для характеристики общей структуры обращений;
- 271 единица (5,9%) – для характеристики структуры обращений пациентов;
- 438 единиц (9,5%) – для характеристики структуры обращений медицинских работников (субтотальная выборка).

Общественное мнение по данным Интернет-обращений к Президенту РФ качественно и количественно характеризует недовольство (неудовлетворенность интересов) медицинских работников и граждан сложившимся организационно-финансовым устройством здравоохранения. Структура такого недовольства демонстрирует степень и меру зрелости готовности к изменениям – дифференцированно в обеих группах.

Затем произведено собственное резидентное исследование структуры поисковых Интернет-запросов по вопросам управления медицинскими организациями (структура потребностей управления медицинскими организациями по поисковым Интернет-запросам – 120). Установлена доля среди аналогичных запросов вовне здравоохранения и структура наиболее часто используемых в месяц (по девяти номинациям – всего 2627454), которые затем изучены в динамике за 2005 год по трем системам показателей (абсолютные, относительные – простые и приведенные – величины) по трем динамическим категориям (год, квартал и месяц), а также в географическом разрезе в месяц – по федеральным округам и по регионам (крупным городам). С целью выяснить наличие статистической связи между изучаемыми временными рядами поисковых словосочетаний проведен корреляционный анализ. Изучены приведенные к средней поквартальные показатели поисковых словосочетаний, которые также впоследствии ранжированы по прогнозу востребованности.

В соответствии с целью исследования был проведен комплексный анализ выборки из 360 000 запросов в месяц по релевантной теме исследования

поисковым словосочетаниям в русскоязычном Интернете (Рунете). Для создания выборки использована поисковая Интернет-система Yandex. Изучена структура, динамика и география поисковой обращаемости в течение 2005 года.

Первоначально проведена рекогносцировка состояния обращаемости в популяции с поисковыми запросами по 3 ключевым словам и словосочетаниям: «менеджмент», «корпоративное управление» и «бизнес-администрирование».

Это позволило приступить к изучению структуры обращаемости с поисковыми запросами по этим словам и словосочетаниям в сочетании со словами «здравоохранение» и «медицина».

После элиминации незначимых для целей настоящего исследования номинаций остались поисковые запросы по 9 ключевым словам и словосочетаниям («менеджмент», «корпоративное управление», «бизнес администрирование», «бизнес управление», «менеджмент здравоохранения», «менеджмент медицина», «бизнес здравоохранение», «бизнес медицина» и «медицинский бизнес»).

По этим поисковым словам и словосочетаниям проведено статистическое исследование динамики их изменений в течение всего 2005 года. Исследование проведено путем ежемесячного и поквартального подсчета запросов по каждому из этих словосочетаний и сравнения их в динамике за год. Сравнение проводилось, в том числе, в расчете на средние относительные величины в месяц ($100\%:12=8,3\%$) и в квартал ($100\%:4=25\%$). Эти приведенные величины демонстрируют отклонения фактических показателей от расчетных средних за квартал и за месяц. Таким образом, использовались три системы показателей (абсолютные, относительные – простые и приведенные – величины) по трем динамическим категориям (год, квартал и месяц). С целью выяснить наличие статистической связи между изучаемыми временными рядами поисковых словосочетаний проведен корреляционный анализ с помощью программы Statistica 6.0. С целью

выяснить наиболее и наименее надежную перспективу повышения востребованности поисковых словосочетаний на очередной год относительные величины ежемесячно за первый и за последний квартал суммированы по отдельности (с учетом знака), а затем между собой (без учета знака). Сумма расхождения этих величин за первый и последний квартал позволяет ранжировать поисковые словосочетания по степени надежности того, что на следующий год продолжится рост востребованности этого поискового словосочетания.

По тем же поисковым словам и словосочетаниям проведено статистическое исследование географии их применения во всех 7 федеральных округах и во всех 89 регионах России. Изучалась средняя величина по каждому из запросов в месяц по федеральным округам и по регионам (крупным городам). Чтобы выяснить географическое представительство запросов по всем изучаемым поисковым словосочетаниям, проведено исследование их совокупности по федеральным округам и регионам (региональным центрам и крупным городам).

В дополнение к исследованию Интернет-запросов по вопросам управления медицинскими организациями осуществлено также собственное резидентное исследование структуры потребностей управления медицинскими организациями по специализированным Интернет-баннерам (всего 13579) в динамике за год (с 16 июля 2005 года по 16 мая 2006 года) по шести замерам средних и средне-интервальных величин с двухмесячным лагом (37). При исследовании внутренних (внутри группы) и внешних (в разных группах) смысловых ассоциаций изучаемых номинаций применялся корреляционный анализ.

Результаты изучения потребностей управления медицинскими организациями продемонстрировали уровень интереса руководителей медицинских организаций к информации по кругу проблематики управления.

Полученные результаты изучения потребностей управления медицинскими организациями сопоставлены с предшествующими собственными исследованиями автора – опубликованными (111, 114, 115,

119, 124-126, 128) и неопубликованными (исследование результатов специализированных опросов на специализированном сайте).

Было установлено соотношение степени удовлетворенности интересов сферы общественного потребления: пациентов и медицинских работников – отдельно практиков и руководителей – и степени заинтересованности последних в освоении проблематики управления.

С тех же позиций соотношения интересов в сфере общественного потребления (использование ВВП) и в сфере общественного воспроизводства (создание ВВП) изучена существующая структура экономики здравоохранения.

Установлена мера пациенто-замещающего участия учреждений здравоохранения в использовании ВВП (в пределах единой принадлежности имущества и продукции) в соотношении с созданием ВВП (с переходом права на продукцию) от реализации медицинских услуг.

Было сопоставлено соотношение степени удовлетворенности интересов сферы общественного потребления: пациентов и медицинских работников – отдельно практиков и руководителей – и степени заинтересованности последних в освоении проблематики управления с существующей структурой экономики здравоохранения.

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

Концепция реформы здравоохранения основана на логике интересов позиционирования участников общественных отношений в здравоохранении и решает следующие задачи:

- исключение конфликта интересов;
- финансирование медицинских услуг, а не медицинских организаций;
- договор – единственное основание оказания и оплаты медицинских услуг;
- принадлежность медицинских организаций не имеет значения для государства в здравоохранении;
- отделение государства от экономики в здравоохранении;

- охрана здоровья – по возможностям казны, а не бюджет – по потребностям охраны здоровья;

- социальный результат – следствие экономической деятельности;

- переход от политики использования ВВП к политике создания ВВП в здравоохранении;

- микроэкономика здравоохранения – не для пополнения казны;

- регулирование – на основе взвешенных правил, а не усмотрения должностных лиц;

- государственность (федерализация) здравоохранения.

Масштаб необходимой достаточности разрешения задач обоснования концепции реформы здравоохранения определяется ответами на вопросы, ориентированы ли на удовлетворение потребностей общества на основе встречной мотивации сторон механизмы общественных отношений и социальные и публичные институты в здравоохранении.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ФАКТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

§ 3.1. СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СЛОЖИВШЕЙСЯ ОРГАНИЗАЦИИ ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Сегодня потребителю приходится оплачивать медицинскую помощь многократно. Во-первых, через систему обязательных страховых взносов. Во-вторых, добровольных страховых взносов, так как оба вида страхования заложены в цену продукции и услуг. В-третьих, за счет подоходного налога. В-четвертых, плата «за благодарность» (сейчас «благодарят» заранее и в сумме, названной врачом). В-пятых, на пациента перекалывают плату в стационаре за медикаменты, постельные принадлежности, посуду, тапочки. Более того, медицинские работники изыскивают любые возможности для получения личных дополнительных доходов. Например, внеочередная госпитализация, неучтенный прием пациентов за плату, в ходе которого используются оборудование лечебного учреждения, лекарства, площади, покрытие затрат на оказание оплаченных населением услуг через кассу медучреждения за счет средств ОМС и бюджета, возможность отнести услугу одному и тому же пациенту на статьи: «по договору», «индивидуальная оплата», «в счет бюджета», «бесплатно» (29).

По социологическим данным российского Союза потребителей, помимо общей для всего мира проблемы дороговизны лекарств, основной отечественной проблемой является сокращение объема бесплатной медицинской помощи (Таблица 1).

Проблемы	В целом	Город	Село
	%	%	%
1. Высокая стоимость лекарств	76	79	70
2. Сокращение объема бесплатной медпомощи	52	60	35
3. Отсутствие правовой защиты пациентов	33	38	23
4. Падение качества медобслуживания	29	32	24
5. Отсутствие особого внимания к здоровью детей	25	29	18
6. Недостаточное число поликлиник, больниц, аптек	10	18	7

Таблица 1. Данные опроса населения в 14 регионах, декабрь 1995 г. – 1400 респондентов (62).

Фондом ИНДЕМ под руководством Г.Сатарова опубликованы результаты анализа данных анкетного опроса населения, выполненного группой «Monitoring.ru» (2017 респондентов, 2001, 98, 99).

Как поступают граждане в условиях постоянного сокращения объемов бесплатных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, показывают их ответы на вопрос 1 «Как Вы поступаете, если в Вашей районной поликлинике не хватает каких-либо услуг (лечение, диагностика, анализы, лекарства, процедуры и т.п.) для решения проблем с Вашим здоровьем или эти услуги слишком низкого качества?», частоты которых приведены на схеме (рис. 5).

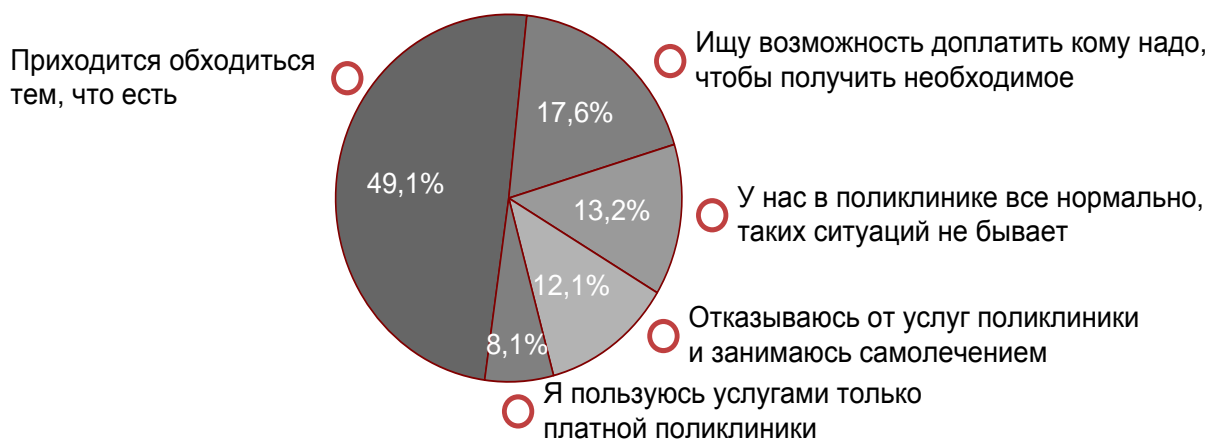


Рис. 5. Ответы респондентов на вопрос 1.

Наиболее благополучным является положение с медицинским обслуживанием в мегаполисах. В них чаще, чем в среднем по выборке респонденты отвечают, что у них нет проблем с получением медицинской помощи, либо они пользуются услугами только платных поликлиник. Респонденты, проживающие в других типах населенных пунктов, реже, чем в среднем по выборке, отмечают отсутствие проблем с получением медицинской помощи и, одновременно, значительно реже, чем в среднем по выборке отмечают, что пользуются только услугами платных поликлиник. Поэтому в малых городах и в сельской местности респондентам скорее приходится отказываться от медицинской помощи и обходиться тем, что есть, а в сельской местности значительно чаще, чем в среднем по выборке,

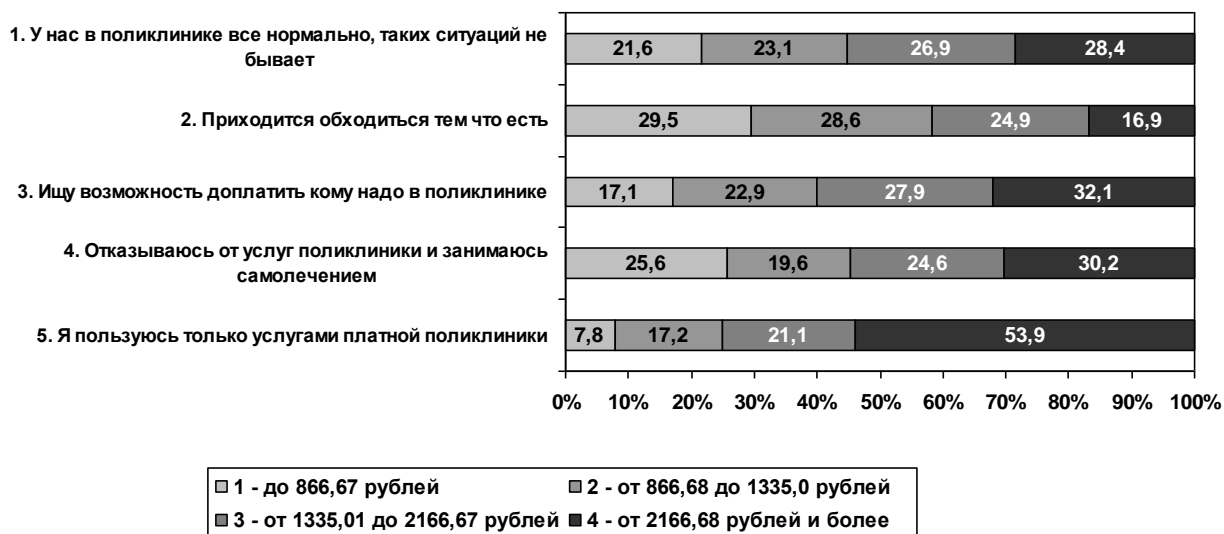
заниматься самолечением. Практика доплат за получение номинально бесплатной медицинской помощи наиболее развита в крупных и средних городах. При этом женщины, как правило, пытаются обходиться тем, что есть, а мужчины ищут возможности доплатить кому надо в поликлинике, чтобы получить необходимое медицинское обслуживание.

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

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

Доходы на одного члена семьи в месяц во многом определяют возможности получения медицинской помощи. На схеме приведено распределение граждан, выбравших тот или иной ответ на предшествующий вопрос, в зависимости от уровня ежемесячных доходов на одного человека в их семьях (таблица 2).

Таблица 2. Распределение ответов респондентов на вопрос 1.



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

Приходилось ли респондентам прибегать к дополнительным неформальным вознаграждениям (подаркам, услугам, взяткам и т.п.) работникам медицинских учреждений для решения своих проблем со здоровьем или проблем со здоровьем членов семьи, и в каких ситуациях это было в течение последнего года, представлено на схеме (рис. 6).



Рис. 6. Ответы респондентов на вопрос 2.

В каких случаях респондентам приходилось прибегать к этим неформальным дополнительным вознаграждениям медицинских работников, показано на следующей схеме. Проценты на этой диаграмме рассчитаны от числа респондентов, к таким неформальным дополнительным вознаграждениям прибегавшим. Как видно, из общего числа доплат реже всего респондентам приходится доплачивать за услуги скорой помощи, включая доставку в больницы. Напротив, примерно треть респондентов, прибегавшим к неформальным дополнительным вознаграждениям медицинских работников делали это для получения услуг в больницах (таблица 3).

Таблица 3. Распределение ответов респондентов на вопрос 2.



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

Необходимость получения медицинских услуг государственных и муниципальных лечебных учреждений возникает у респондентов практически

всех социальных групп. Поэтому и к дополнительной оплате таких услуг прибегают респонденты практически независимо от своего социального статуса.

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

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

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

За проведение анализов и диагностики в поликлинике значительно чаще, чем в среднем по выборке, приходится доплачивать жителям мегаполисов и крупных городов и значительно реже, чем в среднем по выборке, жителям

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

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

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

За нормальное обслуживание в больницах значительно чаще, чем в среднем по выборке, приходится доплачивать жителям крупных городов и значительно реже, чем в среднем по выборке, жителям небольших городов. В этом отношении, скорее всего, должна проявляться определенная дискриминация жителей небольших городов и сельской местности: они, скорее всего, такую услугу просто не в состоянии получить, потому и оплачивают ее реже. То, что данные проведенного исследования не позволяют считать жителей мегаполисов сильно отличающимися от средних показателей по выборке по доплатам за нормальное обслуживание в больницах, может быть связано с преобладанием больниц именно в мегаполисах и с тем, что именно в мегаполисах больше всего граждан нуждаются в стационарном лечении, т.е. именно жители мегаполисов и определяют уровень средних показателей. В этом случае более частую, чем в среднем по выборке, необходимость доплат за нормальное обслуживание в больницах жителями крупных городов можно объяснить тем, что их жители получают в них стационарное лечение, но ресурсов больниц даже

в крупных городах на всех не хватает, и потому за нормальное обслуживание приходится доплачивать. Такую услугу значительно чаще, чем в среднем по выборке, оплачивают группы населения, имеющие доход от 2167 рублей в месяц на члена семьи, и оценивающие свой уровень жизни выше среднего в сравнении с окружающими, т.е. респонденты, имеющие достаточно высокие доходы и достаточно высокий уровень жизни.

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

Вместе с тем, вопреки объяснению, что «ресурсов больниц даже в крупных городах на всех не хватает, и потому за нормальное обслуживание приходится доплачивать», подтверждены данные о как минимум 30% «лишних», недостаточно, нерационально используемых коек, сокращение которых дало бы большой экономический и медицинский эффект (3, С.27).

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

То, что для граждан плата «за благодарность» (заранее и в сумме, названной врачом) стала нормой в учреждениях здравоохранения, обусловлено не ресурсной обеспеченностью этих государственных и муниципальных

организаций и не в части состояния средств производства, а материальной обеспеченностью производительных сил – медицинских работников. И то, что в мегаполисах и крупных городах доля неофициальных вознаграждений врачей выше, чем в небольших городах и на селе, объясняется большей концентрацией не средств производства, а производительных сил. Распространенность же и величина таких неофициальных вознаграждений тем выше, чем выше покупательная способность граждан.

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

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

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

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

Это понимает и большинство граждан, обращающихся за помощью медицинских работников (таблица 4).

Таблица 4. Данные опроса населения Москвы 1995 года – 1198 респондентов (3).

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

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

При этом более 60% граждан согласны платить за лечение: из них три четверти – официально, и лишь одна четверть – неофициально; противников платы за лечение – треть от общего числа респондентов (таблица 5).

Таблица 5. Данные опроса населения Москвы 1995 года – 1198 респондентов (3, С.23).

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

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

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

Проведенное исследование доходов врачей в динамике за шесть лет показало следующее (таблица 6).

Таблица 6. Данные оценки 4026 врачами изменения своих личных доходов (85, С.10), дополнены показателями рангов и графой показателей затруднившихся с ответом).

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

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

По произведенным нами расчетам (26, С.462-463), абсолютный сдвиг структуры содержательных ответов респондентов за шесть лет составил 43,6 процентных пункта, из них на две трети (29,5 процентных пункта) – с 1996 по 1999 годы и на одну треть (14,1 процентных пункта) – с 1999 по 2001 годы. Существенное преобразование структуры рангов ответов респондентов произошло уже к 1999 году (линейный коэффициент изменения рангов долей составил 50%) и далее не происходило.

С 1996 по 1999 годы здравоохранение продолжало стагнировать, система ОМС обеспечивала самое себя и благосостояние своих руководителей, платная медицина превзошла все мыслимые размеры цен на услуги, а пациенты были поставлены перед альтернативой: «Плати или потеряешь» (131, С.16-31). Именно в этот период происходило размежевание источников платежей за медицинские услуги, появилось понятие «платных» услуг (71), т.е. получило не только официальное признание, но и внедрение в практику понятие платы за медицинские услуги, которое врачами государственного и муниципального здравоохранения, не желающих отставать от своих коллег в частном секторе, истолковывалось как источник получения доходов от своей деятельности, а не вклад в доходы учреждения здравоохранения в целом, от которых им не доставалось почти ничего. Отсюда и внеочередная госпитализация, и неучтенный прием пациентов за плату, в ходе которого используются оборудование лечебного учреждения, лекарства, площади, и покрытие затрат на оказание оплаченных населением услуг через кассу

медучреждения за счет средств ОМС и бюджета, и возможность отнести услугу одному и тому же пациенту на статьи: «по договору», «индивидуальная оплата», «в счет бюджета», «бесплатно».

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

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

Об изменении личных доходов врачей в зависимости от их должности и характера учреждения здравоохранения в развитие ранее представленных свидетельствуют следующие данные (таблица 7).

Таблица 7. Данные оценки 4026 врачами изменения своих личных доходов (85, С.10), дополнены показателями рангов.

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

Если в 1996 году увеличение своих личных доходов отмечала почти половина главных врачей и их заместителей (по 47%), то с этим соглашалась

лишь треть (32%) заведующих отделениями, вполнину меньше (16%) врачей поликлиник и лишь каждый десятый из числа врачей стационаров (10%). В 1999 году такого же мнения придерживалось больше всего заместителей главных врачей – треть (33%) от общего их числа, 28% главных врачей, 22% врачей поликлиник, 18% заведующих отделениями и 14% врачей стационаров.

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

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

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

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

Судя по структуре рангов ответов респондентов в целом, менее всего независимо от времени склонно считать свои личные доходы увеличившимися практическое звено респондентов – врачи стационаров и поликлиник, притом что если врачи поликлиник более расположены считать

свои доходы неизменными, а в последнее время и увеличившимися, то врачи стационаров – только уменьшающимися. И, напротив, управленческое звено респондентов (главные врачи и их заместители) склоняется к тому, что достигло благополучия (увеличения на фоне стабильности) со своими доходами. Заведующие отделениями занимают промежуточное положение, предпочитая только стабильность получения доходов.

Этому находят следующие объяснения.

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

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

здравоохранения, нежелание переходить в амбулаторную практику сдерживает перемещение врачей стационаров в частный сектор.

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

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

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

При этом что граждане, готовые платить за лечение, на три четверти предпочитают делать это официально, врачи взимают платежи за лечение – как с готовых, так и с не готовых платить – неофициально. Это свидетельствует лишь о том, что проблема не в платежах за лечение, а в том, что, производимые официально, они не приносят доходов медицинским работникам.

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

Из результатов статистического анализа соотношений между уровнем заработной платы и коррупции, выполненного фондом ИНДЕМ (2002, 98), вытекают следующие выводы:

- низкая заработная плата способствует коррупции;

- повышение заработной платы не является определяющим снижением уровня коррупции;

- заработная плата оказывает воздействие на коррупцию только в сочетании с другими мерами (штрафами, уменьшением пенсии, и т.п.).

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

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

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

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

- профессиональное и материальное самоопределение. При этом что медицинские работники государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и

частных медицинских организаций должны иметь абсолютно одинаковые профессиональные возможности, не должно быть разительных отличий заработной платы медицинских работников в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения и частных медицинских организациях;

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

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

Изложенное выше в целом позволяет сделать следующие выводы:

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

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

3. Социальный эффект от деятельности учреждений здравоохранения достижим при условии такого их организационно-имущественного устройства, при котором признаются их имущественные интересы, и эти интересы являются не противоречащими имущественным интересам медицинских работников.

Вывод к § 3.2: Неэкономическая ориентация организации практического звена здравоохранения приводит к созданию теневого оборота в отрасли, в который по-разному интегрированы руководители и медицинский персонал стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения.

§ 3.2. ОБЩЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИОННО-ФИНАНСОВОГО СОСТОЯНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (по данным контент-анализа Интернет-обращений к Президенту России 2006 года).

6 июля 2006 года состоялась Интернет-конференция Президента России¹. Всего на сайте president.yandex.ru было опубликовано 175 895 обращений и принято 1 259 420 голосов за них².

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

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

На сайте president.yandex.ru представлено 4625 обращений по теме «Здоровье нации». Эта совокупность обращений подвергнута структурному и содержательному исследованию.

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

¹ Эта конференция третья, первые две состоялись 19 декабря 2002 и в декабре 2001 года.

² Имеются в виду голоса пассивно присоединившихся к активным обращениям.

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

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

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

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

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

совокупностях сгруппированы в зависимости от их перспективности, конструктивности и осуществимости.

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

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

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

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

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

Раздел 3.2.1. Общая структура Интернет-обращений к Президенту России о здоровье нации.

Методом стратифицированной теоретической выборки из общего массива Интернет-обращений к Президенту РФ сформирована совокупность для исследования общей структуры Интернет-обращений граждан к Президенту России о здоровье нации в целом. Результаты ее статистической обработки представлены в следующей таблице 8.

Таблица 8. Общая структура Интернет-обращений к Президенту России по теме «Здоровье нации».

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

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

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

Полученные результаты позволили установить ведущие номинации и удельный вес каждой.

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

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

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

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

Раздел 3.2.2. Структура Интернет-обращений граждан к Президенту России об организационно-финансовом состоянии здравоохранения.

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

Структура исследованных обращений граждан-пациентов к Президенту РФ об организационно-финансовом состоянии здравоохранения представлена в таблице 9.

Таблица 9. Структура Интернет-обращений граждан к Президенту России.

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

Выводы:

1. Мы все содержим медицину вторым бюджетом.
2. Попытка улучшить существующую систему здравоохранения напрасна, и его необходимо реформировать полностью.
3. За годы безденежья наша медицина потеряла сочувствие к пациенту, уважение к собственной профессии, а вслед за этим и профессиональные навыки. Меры по повышению зарплаты врачам опоздали. ЭТИ врачи уже не будут лечить лучше. Трудно ожидать иного и от молодых врачей с купленными дипломами. Молодые специалисты пока не заменили старых медиков, а те в свою очередь лечить не умеют и просто не хотят.
4. Проводится в жизнь национальный проект в сфере здравоохранения. Общественное мнение склоняется к тому, что начинаниям не хватает системности. На местах это проявляется бессмысленной тратой денег на роскошества при отсутствии необходимого. Будет кто-нибудь оценивать рациональность сделанных вложений и каким образом?

Вопросы-размышления:

- какие политические программы направлены на развитие медицины?
- почему на западе сначала оказывают сразу медицинскую помощь больному, а затем изыскивают возможность оплаты, а у нас сначала требуют денег и предоставляют неквалифицированную помощь?
- в нашей стране постоянно говорят о бесплатной медицине, которой не существует в принципе! Мы платим подходящий налог, отчисляем в ФОМС. Многие медслужбами не пользуются десятилетиями. Оплатили все заранее и сполна! Но не можем получить достойное и грамотное обслуживание. Зарплату многим врачам хоть заповышайся – квалификация потеряна, работать разучились. Что делать - ждать новое поколение?
- почему у нас в стране провозглашены бесплатные медицинские услуги, когда за элементарное лечение необходимо платить, хотя бы за лекарства, при операции – за нормальные обезболивающие. Если приходится платить за лечение, то зачем называть его бесплатным, а первую медицинскую помощь

во всех странах производят бесплатно, зачем имитировать то, чего на самом деле нет? Не является ли это лицемерием, может быть стоит называть вещи своими именами, тогда в стране будет порядок?

- какова перспектива развития платных услуг в медицине, приватизации муниципальных больниц, страхования врачебной деятельности?

- когда будет баланс: достойное медицинское обеспечение здоровья нации и достойная оплата медицинских работников, независимо от их направления и узости специализации?

- когда в России будет нормальное здравоохранение, без мздоимства врачей?

- какую функцию выполняет обязательное медицинское страхование, кроме создания никому не нужного буфера между отправителями и получателями денег (государством и больницами)? Почему при наличии полиса обязательного медицинского страхования нельзя рассчитывать на оплату хотя бы части услуг частных больниц? Почему я должен быть прикреплен к какой-то больнице не потому что она хорошая, а потому что она рядом? Собственно все вопросы сводятся к одному, почему нас заставляют ходить в плохие больницы?

- почему деньги выделяются медицинским учреждениям, а не больным?

- что будет сделано для того, чтобы медицина, все её последние достижения, стали доступны для всех?

- когда российские дети перестанут умирать от отсутствия у родителей финансовой возможности их лечить.

Основные предложения:

1. Почему нельзя назвать нашу медицину платной? Ведь кто-то за наше лечение платит (государство, страховой фонд, граждане). Если каждое лечебное учреждение будет *выставлять счет за оказанные услуги* больным, а те обращаться с этим счетом в медицинские фонды, то система станет прозрачной;

2. ввести систему *личного счета*, чтобы гражданин отчислял не в общий фонд, а на личный счет, и при этом во время получения медицинской помощи мог воспользоваться этим счетом:

- создать счет на каждого человека, подобно полису пенсионного страхования, на который *помимо текущих выплат* по медицинским услугам предприятия-работодатели будут пересылать какую-то сумму, например, 5% от зарплаты, в накопительный фонд. Понадобились деньги на, скажем, операцию – человек воспользовался своим счетом. Не хватило – добавил какую-то сумму.

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

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

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

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

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

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

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

- притом что есть деление пациентов медицинских учреждений на имеющих и на не имеющих полис, нет разницы, кому оказывать услуги, и есть

возможность отслеживать работоспособность учреждения хотя бы *по данным паспорта* пациента, а не по иному документу, которого может и не быть;

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

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

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

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

5. В древнем Китае император платил своему врачу только за те дни, когда император был здоров. Принцип оплаты медицинских услуг в нашей стране должен стать аналогичным, чтобы Минздраву было выгодно *здоровье* Россиян, а не *болезнь*. 99% финансов идет «на здравоохранение» - на УЖЕ БОЛЬНЫХ. Врачам не выгодна профилактика – зарплата зависит от численности услуг. Не пора ли направлять основные потоки на профилактику и пропаганду здорового образа жизни?

Вспомогательные предложения:

- провести реформу системы медицинского обслуживания и системы страхования жизни и здоровья;

- обеспечить нашим детям бесплатную вплоть до совершеннолетия ежегодную полную диагностику в медицинских диагностических центрах;

- раз в год сделать для всех жителей бесплатное профмедобследование;

- перенять опыт Германии: у них обследования ежегодно недельные полные происходят, и люди не запускают свое здоровье;

- врачи получают сертификаты за ведение и принятие родов. Но они до сих пор берут деньги за роды. Не у каждой роженицы есть деньги. Может лучше делать выплаты на роды женщинам?

- почему налогоплательщик должен платить за аборты, т.е. за убийство ни в чем не повинных детей!? Пусть, как в той же Англии, детоубийцы платят сами полную стоимость "услуг", да еще не мешало бы – и штраф государству, который расходовался бы на поддержку материнства и детства. Можно эти деньги целиком пустить на антирекламу абортов и на рекламу рождения детей и создание здоровой семьи;

- службу скорой помощи передать МЧС;

- сделать бесплатными сложные и дорогостоящие операции;

Сомнительные предложения:

- система здравоохранения в виде обязательного страхования бесконтрольно проедает народные деньги, с таким же успехом, как и до введения этой системы. Однако если бы после получения любым больным медуслуги в поликлинике, а также после лечения в стационаре, в больнице, его выписка из заведения сопровождалась бы *составлением акта о предоставленных услугах за подписью больного и мед.администрации*. По результатам этих актов начислялись бы финансы данному заведению;

- *если пациент не подпишет выписку – не платить за лечение врачам;*

- не пора ли подстегнуть развитие добровольного мед.страхования за счет средств работодателя? А для этого *вернуть отнесение на себестоимость затрат на ДМС сотрудников в объеме 3% работ, услуг (как было ранее)*. Ведь сейчас на эти цели разрешено относить 3% от фонда оплаты труда;

- на сегодняшний день врачи не заинтересованы в % излеченных пациентов. Даже покупка дорогостоящих аппаратов и препаратов не всегда сможет помочь. Следует *повысить отчисления от зарплаты на обязательное медицинское страхование*, ведь это поможет повысить медицинскую помощь;

- недавнее повышение зарплаты медицинским работникам не изменило ничего, кроме суммы взяток в сторону увеличения. *Зарплата врачей должна зависеть от результатов лечения и отзывов больных;*

- *отказаться от параллельной медицины (для депутатов – ЦКБ, для ГАЗПРОМА – свой медцентр и т.д.);*

- *медицина вся должна быть бесплатной или же государство не обязано отвечать за здоровье нации и бесплатно должна оказываться только экстренная помощь;*

- *перевести медицину на платную основу, тем самым хоть как-то повысить ее уровень, а бесплатную оставить только для пенсионеров и малоимущих;*

- *пора закрыть поликлиники – экономия для бюджета получится;*

- *почему бы не ввести целевые налоги на, скажем, лечение больных раком, сахарным диабетом, гепатитом, СПИДом? Любой работающий россиянин в состоянии отчислять фиксированную сумму в пределах 10-50 руб. в месяц на такие цели;*

- на данный момент почти все платные услуги в медицине оплачиваются через страховые компании. При этом львиная доля этих средств уходит компании, а исполнитель зачастую вообще не получает дополнительных денег. *Почему нельзя перевести эту часть услуг на хозрасчетную основу? Все деньги - больнице. В этом случае это и дополнительное финансирование, и улучшение качества услуг, и расширение их спектра, и уменьшение бюрократии;*

- для получения квалифицированной помощи приходится платить достаточно большие суммы наличными деньгами непосредственно лечащим врачам. *Может быть, следует узаконить эти "тарифы" и брать с них налоги? Вырученные деньги можно направить на предоставление квалифицированной помощи тем, кто не в состоянии платить врачам за лечение (операции, диагностику и т.д.);*

- *использовать средства стабфонда или ПФ на организацию производств;*

- замечательно, что сэкономленные 8 млрд. долларов от выплаченного долга направляются в инвестирование. *Может быть, стоит некоторую часть*

стабилизационного фонда потратить на обеспечение бюджетных больниц необходимыми средствами на оборудование, постельные принадлежности, чтобы лечили бесплатно. *Нельзя ли направить часть средств стабфонда на финансирование операций? Почему не существует общегосударственного фонда, который полностью обеспечил бы лечение детей, которым требуется дорогостоящая операция, как саму операцию, так и период послеоперационного выхаживания?* Средства стабилизационного фонда могли бы полностью решить эту проблему. *Почему бы на деньги из стабилизационного фонда не вылечить в лучших западных клиниках всех больных ДЕТЕЙ нашей страны?* Некоторую часть стабилизационного фонда следует потратить на обеспечение бюджетных больниц необходимыми средствами на оборудование, постельные принадлежности, чтобы лечили бесплатно;

- перевести большинство населения на добровольное медицинское страхование;

- 1. Ввести обязательное медицинское страхование в частных страховых компаниях (по типу ОСАГО); 2. Ввести платную медицину, оставив государству часть бесплатно; 3. Отменить налоги с больниц и поликлиник; 4. Выдать из стабфонда кредиты на постройку частных клиник и больниц, в залог как гарантию возврата этих средств взять построенные объекты; 5. Оплачивать лечение из страховых выплат;

- предоставлять налоговые льготы для российских здравниц для того, чтобы они могли развиваться. В настоящее время здравницы на грани выживания, и все развитие идет за счет прибыли, а ее надо заработать;

- в нашей стране мать-одиночка или вдова должна получать приличную зарплату или компенсацию от государства.

Неконструктивные предложения:

- создать собственную базу, банк доноров костного мозга;

- бороться с мужским (?) бесплодием и распадением семей посредством ЭКО;

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

- на рождение второго ребёнка выделяются 250 тыс. руб., а почему бы тем, кто не может, но очень хочет родить хотя бы одного ребёнка, не выделять на лечение хотя бы 50 тыс. руб.

Раздел 3.2.3. Структура Интернет-обращений медицинских работников к Президенту России об организационно-финансовом состоянии здравоохранения.

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

По данным субтотальной выборки структура исследованных обращений к Президенту РФ со стороны медицинских работников представлена в таблице 9.

Таблица 9. Структура Интернет-обращений медицинских работников к Президенту России.

Обращения по поводу зарплаты: 222 (50,7%) – 100%

О зарплате медиков вообще и в частности – 24 – 10,8%

О зарплате администрации, узких специалистов и медсестер в поликлиниках и стационарах: 121 – 54,5%

в том числе:

О зарплате фельдшеров и медсестер - 14

О зарплате врачей и среднего медперсонала вместе - 9

О зарплате конкретных специалистов - 32

О зарплате специалистов в поликлиниках и стационарах вместе - 59

О зарплате специалистов в поликлиниках – 10

О зарплате специалистов в стационарах – 23

О зарплате специалистов в поликлиниках и стационарах вместе – 1

О зарплате узких специалистов в целом - 25

О зарплате заведующих отделениями - 7

О зарплате не-медиков и не-лечебников: 24 – 10,8%

в том числе:

О зарплате лаборантов - 6

О зарплате медицинских статистиков – 4

- О зарплате водителей скорой помощи – 3
- О зарплате санитарок – 3
- О зарплате судебных медиков и патологоанатомов – 2
- О зарплате преподавателей и аспирантов медвузов – 1
- О зарплате сотрудников медико-социальной экспертизы – 1
- О зарплате технических специалистов, ИТ-инженеров – 1
- О зарплате медицинских работников Роспотребнадзора – 1
- О зарплате работников методкабинетов, отделов кадров – 1
- О зарплате фармацевтов, провизоров, аптечных работников – 1
- О зарплате в ведомственной и постгосударственной медицине: 20 – 9,0%**
- О зарплате Инфекции и социально-значимые заболевания: 18 – 8,1%**
- О зарплате молодых специалистов: 8 – 3,6%**
- О зарплате в стоматологии: 4 – 1,8%**
- О зарплате в зависимости от квалификации и степени: 3 – 1,4%**
- Итоги и сравнения: 158 (36,0%)**
- Остальное: 24 (5,5%) – 100%**
- Ведомственное позиционирование: 2 – 8,3%**
- Оснащение: 3 – 12,5%**
- Разное: 14 – 58,3%**
- Жалобы: 1 – 4,2%**
- Попытки PR: 4 – 16,7%**
- Выводы и предложения: 34 (7,8%) – 100%**
- Выводы: 9 – 26,5%**
- Стратегические предложения: 6 – 17,6%**
- Радикальные предложения: 3 – 8,8%**
- Сопутствующие предложения: 3 – 8,8%**
- Паллиативные предложения: 4 – 11,8%**
- Сомнительные и неконструктивные предложения: 9 – 26,5%**
- Итого: 438 (100%)**

Выводы:

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

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

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

4. В условиях рыночных отношений в стране существует уравниловка и отсутствие легальных материальных стимулов в работе врачей и медсестёр.

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

6. Специализация в медицине чрезмерна.

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

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

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

Стратегические предложения:

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

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

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

Радикальные предложения:

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

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

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

Сопутствующие предложения:

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

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

Паллиативные предложения:

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

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

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

быть создан режим налогового благоприятствования для частных клиник, которые действительно могут составить конкуренцию государственным и муниципальным ЛПУ.

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

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

Сомнительные и неконструктивные предложения:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В целом, содержащиеся в Интернет-обращениях к Президенту России перспективные, конструктивные и осуществимые (основные и вспомогательные, стратегические, радикальные и сопутствующие) предложения медицинских работников и остальных граждан, ассоциированные с выводами, которые дают определение организационно-финансового состояния здравоохранения в целом, позволили сделать следующие обобщения.

Обобщения:

1. Об организационно-финансовом состоянии здравоохранения от граждан - каждое второе, а от медиков - лишь каждое восьмое обращение к Президенту России, притом что эти обращения – не об одном и том же.

2. Организационно-финансовым состоянием здравоохранения недовольны и врачи (медицинские работники), и пациенты (граждане). Если медицинские работники недовольны зарплатой, то граждане-пациенты – платностью медицины – последние почти в 3,5 раза больше, чем первые.

3. Недовольными национальными проектами остались все медицинские работники: и те, которым зарплату повысили, и те, которым ее не повысили.

4. Выводы и предложения содержались почти в каждом третьем (31,7%) обращении граждан и почти в каждом тринадцатом (7,8%) обращении медицинских работников. При этом конструктивными были половина (50%) выводов и предложений граждан и почти $\frac{3}{4}$ - медицинских работников (73,5%).

5. Обобщенные выводы граждан-пациентов и медицинских работников таковы:

5.1. Медицина бесплатна для граждан, но не бесплатна для государства и не за счет нищеты медиков.

5.2. В настоящее время медицину содержит не только государственный бюджет здравоохранения, но и граждане – вторым бюджетом, вынужденно развращая медиков и ни от того, ни от другого не получая того, что вправе получить.

5.3. Система здравоохранения нуждается в реформе – радикальной, системной и реальной.

5.4. Суть реформы здравоохранения состоит в том, чтобы в любой медицинской организации любой гражданин мог получить любые медицинские услуги из числа тех, оплата которых производится за счет и в пределах средств государственного бюджета здравоохранения.

6. В центр реформы здравоохранения должен быть поставлен гражданин как распорядитель тех средств, которые по его персональному счету в пределах средств государственного бюджета здравоохранения обращаются на оплату медицинских услуг субъектам медицинской деятельности вне зависимости от их формы собственности и организационно-правовой формы, нуждающимся также в налоговом послаблении и льготном кредитовании для развития этой деятельности.

7. Не должно быть иных путей финансирования субъектов медицинской деятельности за счет средств бюджета здравоохранения, кроме как по персональному счету гражданина, как не должно быть нормативных ограничений расходования ими этих средств на оплату труда своих работников.

8. Государство должно быть заинтересовано в усилении административного звена в здравоохранении и управление медицинскими организациями должно перейти к менеджерам.

9. Необходима идеология и выраженная в соответствующих программах политика здравоохранения, позволяющая контролировать промежуточные итоги проводимых мероприятий и вносить необходимые поправки по ходу ее осуществления.

Таким образом, гипотеза, основанная на допущении, что большинство и медицинских работников, и остальных граждан в Интернет-обращениях к Президенту России основывается на том, что кризисное организационно-финансовое состояние здравоохранения происходит от пороков

финансирования здравоохранения государством, а не от пороков государственных начал организации здравоохранения, в то время как реальную необходимость обратного видит подавляющее меньшинство, подтвердилась.

А предположение, что здравоохранение нуждается в такой доктрине организационно-финансового устройства, которая способна обеспечить баланс интересов граждан как получателей медицинских услуг, государства как плательщика за них и субъектов медицинской деятельности как производителей медицинских услуг в эквивалентно-товарных взаимоотношениях, обнаружило реальные пути воплощения в действительность, выраженные в предложениях медицинских работников и остальных граждан.

Вывод к § 3.2: Недовольство общества извне здравоохранения результирует в предложения организационных изменений, изнутри – в ожидания изменений финансирования отрасли ради повышения зарплат.

Выводы к главе 3:

1. Интересы общества – равно медицинских работников и остальных граждан – разобщены и противоположны.
2. Здравоохранение изолировано от общества и безразлично к его интересам.
3. Недовольство общества извне здравоохранения вытекает в более массовые поиски путей его изменения, чем изнутри отрасли.
4. В обществе отсутствуют механизмы определения и консолидации интересов в здравоохранении, чтобы был возможен конструктивный диалог с государством.

ГЛАВА 4. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ИНДУСТРИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН.

§ 4.1. ПРЕДМЕТ ОПЛАТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.

Как это установлено законом, источниками финансирования охраны здоровья граждан являются средства бюджетов всех уровней; средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование в соответствии с Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»; средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан; средства государственных и муниципальных предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов, общественных объединений; доходы от ценных бумаг; кредиты банков и других кредиторов; безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования; иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации (32, ст.10).

Из этих источников финансируется охрана здоровья граждан. Средства из указанных источников до граждан доходят в виде оплаченных товаров, работ, услуг медицинского назначения. Граждане и сами оплачивают товары, работы, услуги медицинского назначения – официально или неофициально.

Охрана здоровья граждан, независимо от источников ее финансирования, происходит на уровне получения товаров, работ, услуг медицинского назначения. Уровнем получения товаров, работ и услуг медицинского назначения юридически являются отношения пациентов с учреждением здравоохранения, а фактически – отношения пациентов с медицинскими работниками. Тем самым получение товаров, работ и услуг медицинского назначения связано с определением того, кому производится их оплата. И если в аптеке получение товаров (лекарств) и изделий медицинского назначения в обмен на их денежный эквивалент – это вопрос цены, то получение услуг и работ медицинского назначения в стационарах и поликлиниках связано с определением того, что подлежит оплате гражданами или в их пользу другими плательщиками за соответствующую цену (113).

Действующим законодательством установлено, что оплате подлежит услуга – представляющий собой действия или деятельность, результаты которой не имеют материального выражения, реализуются и потребляются в процессе осуществления этой деятельности (172, п.5 ст.38), объект гражданских прав (170, ст.128), имеющий оборотную (стоимостную) характеристику и потому предоставляемый на условиях договора (170, п.1 ст.779).

Вопрос лишь в том, как оценивается, определяется, измеряется предмет оплаты.

Если предметом оплаты является услуга, то, учитывая ее невещественный характер, довольно сложно рассчитать ее стоимость.

Услуга подлежит эквивалентной оплате: насколько осуществлены соответствующие действия, настолько они должны быть оплачены. И это не только стоимость расходных материалов, амортизации аппаратуры, инструментария, оборудования и т.д., но и стоимость самих действий в составе услуги.

А поскольку услуга представляет собой дискретную величину таких действий, т.е. имеет границы, постольку можно выделить совокупность услуг – параллельных или последовательных. Как правило, пациенту нужна не одна услуга, а соответствующий их комплекс в зависимости от имеющегося заболевания или группы заболеваний. На этом основан метод диагностически связанных групп (ДСГ или DRG – Diagnostic-Related Groups), позволяющий рассчитать стоимость комплекса услуг, необходимых отдельному пациенту.

В остальных случаях применяется усреднение, привязанное либо к периоду исполнения медицинских услуг, либо к фигуре их исполнителя, либо к фигуре их получателя:

1. Усреднение средств оплаты медицинских услуг, привязанное к периоду их исполнения – годовой бюджет, может быть фиксированным или гибким.

Если сумма, выделяемая на цели оплаты медицинских услуг, является фиксированной, то риски увеличения затрат ложатся на их исполнителя.

Если же бюджет не является фиксированным, то плательщик выделяет соответствующие средства с учетом ряда факторов (колебания

эпидемиологической и демографической обстановки, экономической конъюнктуры, социальных запросов и т.д.).

2. Усреднение средств оплаты медицинских услуг, привязанное к фигуре их исполнителя (среднесуточная оплата, заработная плата, бонусная оплата).

Среднесуточная оплата по сравнению с заработной платой отличается лишь периодом расчетов.

Единовременная выплата (бонус) сродни премии сверх иных выплат.

Существенно, что за рубежом наряду с юридическими лицами (госпиталями in-patient или out-patient) субъектом хозяйствования, деятельность которого лицензируется, является медицинский работник, состоящий в профессиональном объединении (ассоциации), выступающем от его имени в отношениях с плательщиком за медицинские услуги (министерством здравоохранения или страховыми организациями). Поэтому усреднение средств оплаты медицинских услуг, привязанное к фигуре их исполнителя (медицинского работника), не опосредовано участием работодателя (больницы или поликлиники). В отечественной практике медицинский работник является работником больницы или поликлиники, которая (а не работник) выступает субъектом хозяйствования, и деятельность которой лицензируется. Тем самым такой вариант оплаты медицинских услуг для российской действительности непригоден.

3. Усреднение средств оплаты медицинских услуг, привязанное к фигуре их получателя (подушевая оплата).

Подушевая оплата может дифференцироваться в зависимости от категории сложности заболевания пациента, от возрастного состава обслуживаемого участка и т.д. (199).

В отечественном здравоохранении принят метод нормативно-целевого финансирования, разновидностями которого являются метод оплаты по нормативам за законченные случаи лечения, метод глобального бюджета (оплата согласованных объемов медицинской помощи), метод оплаты по

подушевым нормативам на число прикрепленных к учреждению здравоохранения граждан и др. (7, С.185).

В любом случае и эквивалентная, и усредненная оплата производится за оказываемые услуги.

Методы оплаты услуг будут эффективными, если цена отдельной услуги покрывает издержки ее производства, создавая добавочную стоимость. Эффективность методов оплаты услуг зависит от эффективности ценообразования на них. А чтобы определиться с соответствующими ценами, необходимо представлять, в каких границах существует отдельная услуга.

В частном секторе здравоохранения понятие услуги нашло свое законное место – и как мера оплаты (налогообложения), и в потребительских отношениях (131-133). Цена услуги – это ее стоимость, которую устанавливает продавец (исполнитель).

В государственном и муниципальном секторах здравоохранения развитие понятия услуги пошло по совершенно иному пути.

С возникновением системы обязательного медицинского страхования (ОМС) сформировалось понимание услуги как медицинской помощи определенного объема и качества (31, ст.23).

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования (31, ст.1).

К государственным гарантиям оказались отнесены не средства на оплату медицинских услуг, а сами медицинские услуги.

В настоящее время за медицинскую услугу при оказании стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи принимаются койко-день в стационаре; койко-день в дневном стационаре при стационаре; день лечения в дневном стационаре поликлиники.

Под медицинской услугой при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи понимается посещение врача в поликлинике; посещение врача на дому; диагностическое исследование (7, С.112).

Тарифы на медицинские услуги при обязательном медицинском страховании определяются соглашением между страховыми медицинскими организациями, Советами Министров республик в составе Российской Федерации, органами государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местной администрацией и профессиональными медицинскими ассоциациями (31, ст.24) без участия учреждений здравоохранения. Тариф – это цена, которую за услугу готов заплатить плательщик.

Кроме того, было введено понятие «платных» медицинских услуг – «дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи» (71). Тем самым произошло разделение оказываемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения медицинских услуг по источникам их оплаты.

В результате медицинские услуги, оказываемые государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, приобрели совершенно иное значение, чем услуги, оказываемые частными организациями (рис. 7).

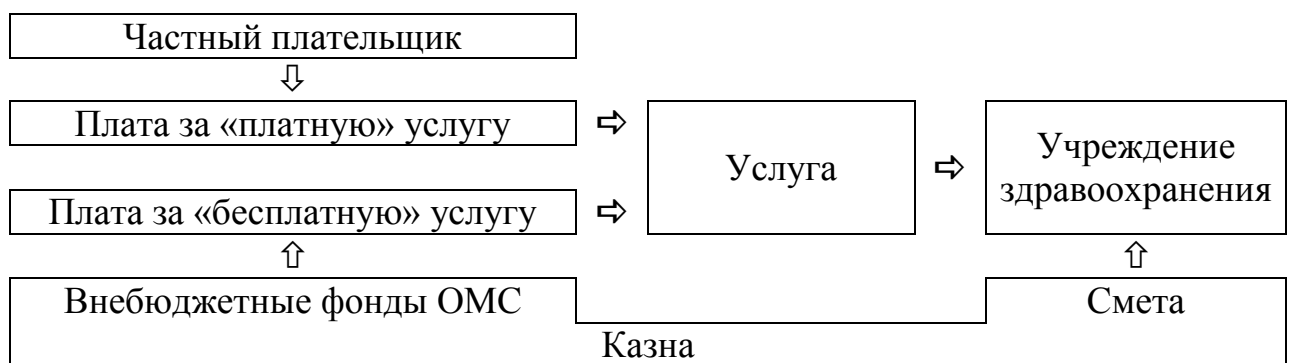


Рис. 7. Схема оплаты медицинских услуг.

Если для частных организаций, в том числе участвующих в системе ОМС, безразлично, кто оплачивает оказываемые ими услуги, то для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения личность плательщика (источник платежей) является определяющей. Если для частных организаций

ведущую роль играет соответствие цены услуги ее содержанию, то для учреждений здравоохранения это неважно, поскольку нормировано то и другое.

Если частные организации финансируются только по основаниям договора, то учреждения здравоохранения – также по основаниям принадлежности имущества. В результате в учреждения здравоохранения из казны поступает как оплата оказываемых ими услуг, так и средства на содержание имущества собственника по смете.

Средства на содержание имущества собственника по смете не являются средствами оплаты оказываемых учреждениями здравоохранения медицинских услуг, как средства оплаты оказываемых учреждениями здравоохранения медицинских услуг не являются средствами, направляемыми на содержание имущества собственника по смете. То обстоятельство, что те и другие поступают из казны, не уравнивает их назначения.

Оплата оказываемых учреждениями здравоохранения медицинских услуг осуществляется на условиях договора в пользу третьих лиц (170, ст.430). Плательщиком в пользу граждан выступают внебюджетные фонды ОМС, либо государство или муниципальное образование средствами казны (170, п.4 ст.214, п.3 ст.215).

Выделение категории «платных» услуг связано лишь с тем, что, во-первых, плательщиком за них выступает лицо иное, чем государство или муниципальное образование, а потому, во-вторых, на условиях иных, чем по фиксированным тарифам.

Тем самым «платные» услуги от «бесплатных» отличает способ ценообразования: цены на «платные» услуги должны соответствовать конъюнктуре спроса и предложения, а на «бесплатные» устанавливаются тарифы. На практике нормируется и то, и другое, и цены на «платные» услуги учреждений здравоохранения не корреспондируют ценам на услуги частных медицинских организаций.

Известны следующие методы ценообразования (184): затратные (основанные на определении полных издержек, ориентирующиеся на прямые

затраты, анализа безубыточности и т.д.); рыночные (текущей цены; конкурсного ценообразования и т.д.); эконометрические (удельных показателей, регрессионного анализа и т.д.).

В отечественном здравоохранении в основном используется затратный метод ценообразования, основанный на определении полных издержек (193, С.6). В настоящее время основным ценовым показателем, используемым в рамках деятельности учреждений здравоохранения по государственным программам, служит тариф на медицинские услуги в системе ОМС. Тарифы на медицинские и иные услуги в системе ОМС являются денежными суммами, определяющими уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинского учреждения по выполнению территориальной программы обязательного медицинского страхования (79, п.2.2). Этим определением практически утвержден затратный метод в системе ОМС (193, С.6), исключая иные методы ценообразования.

Тарифы на медицинские и иные услуги в системе ОМС представляют отдельную группу ценовых показателей, отличающуюся от расчетной стоимости медицинских услуг в новых условиях хозяйствования, цен на платные услуги населению, цен на медицинские услуги по договорам с предприятиями и организациями (79, п.2.1). Услуги, оказываемые в системе ОМС, обособлены от иных услуг, хотя бы и аналогичных и оцениваемых затратным методом, но оказываемых вне системы ОМС.

Таким образом, затратный метод ценообразования на медицинские услуги является ведущим в государственном и муниципальном здравоохранении, а оказываемые в системе ОМС медицинские услуги ограничены тарифами, отличными от цен на услуги учреждений здравоохранения вне системы ОМС, в то время как в частном секторе вообще действует рыночный метод ценообразования на услуги.

Тарифы должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений и современный уровень медицинской помощи (31, ст.24). Однако на практике из-за того, что в системе ОМС оплата медицинских услуг осуществляется не по

себестоимости, а по тарифам, расчеты по счетам могут покрыть 77% стоимости койко-дня по расходам стационара, фактически же покрывают 60% расходов или 78% тарифа по предъявляемым счетам (56, С.195-221).

В условиях, когда нормирование доходов учреждений здравоохранения не обеспечивает покрытие издержек производства услуг, и нормирование этих издержек не обеспечивает окупаемости услуг, собственник вынужден дотировать учреждения здравоохранения по смете, чтобы покрыть их нерентабельность.

Поскольку учреждений здравоохранения несколько, и они различаются по типам (стационары или поликлиники), по степени нерентабельности и т.д., постольку собственник вынужден перераспределять имеющиеся ресурсы, в результате чего их нехватка становится сравнимой для всех учреждений здравоохранения.

Нормирование цен на услуги в государственном и муниципальном здравоохранении является субъектно-зависимым и сказывается либо ограничением доходов исполнителя услуг (учреждений здравоохранения), либо ограничением объема услуг, получаемых потребителем (пациентом), либо тем и другим вместе.

Нормирование доходов и расходов в условиях нехватки средств, распределяемых равно между жизнеспособными и нежизнеспособными учреждениями здравоохранения, приводит к тому (рис. 8), что рыночные отношения устанавливаются не на юридическом (между плательщиками за медицинские услуги и учреждениями здравоохранения), а на фактическом (между пациентами и медицинскими работниками) уровне (110).

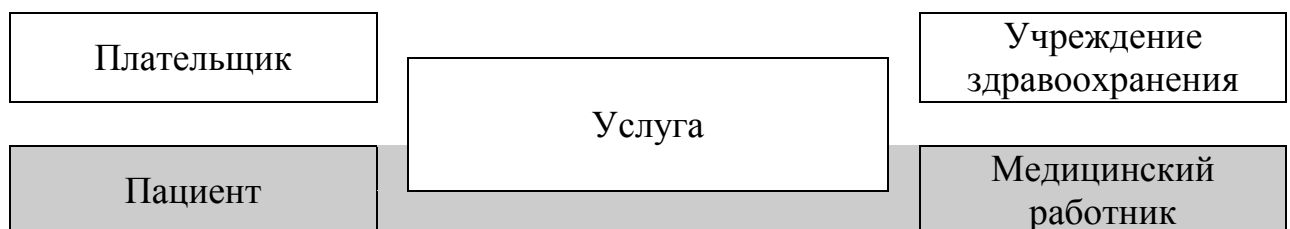


Рис. 8. Отношения оплаты медицинских услуг.

Тем самым государственные гарантии остаются неисполненными, а в здравоохранении складывается теневой оборот, делающий их голыми декларациями.

Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений (51, п.1 ст.41). В Конституции РФ речь идет не о «платных» и «бесплатных» медицинских услугах, а о предоставлении медицинской помощи гражданам бесплатно за счет средств соответствующих плательщиков. Следовательно, задача заключается в том, чтобы средств соответствующих плательщиков было достаточно для того, чтобы граждане получали соответствующую медицинскую помощь бесплатно. Если этих средств недостаточно, то – не по вине граждан. Равно как не по вине учреждений здравоохранения: юридические лица, созданные Российской Федерацией, субъектами Российской Федерации, муниципальными образованиями, не отвечают по их обязательствам (170, п.2 ст.126).

Отсюда вытекают следующие выводы:

- медицинская помощь бесплатно для граждан оказывается в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения не за счет этих учреждений, а за счет соответствующих плательщиков этим учреждениям здравоохранения в пользу граждан;

- гарантиями государства являются не сами медицинские услуги, а оплата этих услуг соответствующим плательщиком;

- бесплатно, т.е. за счет средств соответствующих плательщиков, граждане вправе на получение медицинской помощи, но не всего того, что сопутствует ее оказанию.

Не является услугой койко-день или посещение, даже в порядке усреднения. У одного пациента такой койко-день насыщен диагностическими исследованиями, другому произведено единственное оперативное вмешательство с последующим выхаживанием, а третьему выполнялись лишь терапевтические назначения. Одно посещение заняло половину дня, другое – несколько минут; на приеме одного пациента необходимо углубиться в анамнез и прогноз, а второго – лишь выписать рецепт. Содержание и объем

действий, составляющих услугу – неодинаковые. Границы услуги – разные. В пределах осуществляемых действий их содержание и объем не имеют единства. В рамках койко-дня или посещения оказываются различающиеся – по сути, времени и стоимости – услуги.

Нормирование оплаты койко-дня или посещения, тем более на основе затратного метода определения цены, сводит стоимость отдельных услуг к единому знаменателю оправдания расчетной, но не фактической себестоимости. Это препятствует определению сути отдельной услуги, поскольку цена не зависит от содержания и объема составляющих ее действий. Тем самым услуга лишается и конкурентных свойств, поскольку независимо от того, где, как и посредством каких ресурсов она оказывается, цена на нее остается неизменной. Отсюда невозможна и диверсификация услуг, реально позволяющая определить истинную их цену.

Кроме того, в зависимости от типа учреждений здравоохранения (стационар или поликлиника) различаются не столько медицинские, сколько сопутствующие услуги. В стационаре наряду с медицинскими оказываются услуги размещения, общественного питания, социальной помощи и т.д.; в поликлинике – услуги перевозки, социальной помощи и т.д. (132, С.133).

Койко-день или посещение – это комплекс медицинских и сопутствующих услуг. Однако оплачивается такой комплекс совокупно (без отделения медицинских от немедицинских услуг) и обобщенно (как койко-день или посещение).

Между тем в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно за счет средств соответствующего плательщика гражданам оказывается медицинская помощь, а не совокупность сопутствующих ей услуг. Государством гарантируется оплата медицинских услуг. Оплата сопутствующих медицинским услуг *de jure* не является гарантированной государством, хотя *de facto* производится под видом услуг медицинских (услуги-брутто).

Вместе с тем отраслевые стандарты устанавливаются только на медицинскую помощь, равно как и потребительские споры распространяются только на услуги *per se* (услуги-нетто).

Хозяйственная и потребительская характеристика медицинских услуг расходится: если оплате подлежат услуги-брутто, то ответственность вытекает из услуг-нетто.

Услуги-нетто оказываются скрытыми непригодной для них формой услуг-брутто, жесткость конструкции которой не позволяет проявиться качествам, свойственным отдельной услуге-нетто.

В целом, изложенное позволяет сделать ряд выводов:

1. Только медицинские услуги подлежат оплате, гарантированной государством. Сопутствующие услуги не должны оплачиваться за счет средств, обращаемых на оплату медицинских услуг. Прочие, кроме медицинских, услуги могут оплачиваться за счет средств граждан, если иное не предусмотрено действующим законодательством.

2. Медицинские услуги нуждаются в определении эквивалента оплаты. Затратные методы ценообразования не устанавливают эквивалент оплаты медицинских услуг. Эквивалент оплаты медицинских услуг может быть определен, если в результате диверсификации достигается конечная величина составляющих их действий. Цены на диверсифицированные услуги должны быть конкурентными и сравнимыми с таковыми в частном секторе, а, следовательно – устанавливаться рыночным методом.

3. В настоящее время тарифы определяются методами оплаты медицинских услуг, а не методами ценообразования на них. Возможные усреднения (подушевые нормативы, в частности) не должны приводить к потере эквивалентности оплаты медицинских услуг.

Вывод к § 4.1: То, что в настоящее время в здравоохранении признается медицинской услугой (койко-день, посещение, обследование), не обладает определенностью товара, чтобы подлежать оплате.

§ 4.2. СТРУКТУРА СОВРЕМЕННОЙ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на здравоохранение и физическую культуру в 2003 г. составили 297,8 млрд. руб., на социальную политику – 319,4 млрд. руб. (95, С.566); в 2004 г. на здравоохранение и физическую культуру – 370,1 млрд. руб., на социальную политику – 404,1 млрд. руб. (96, С.318). На то и другое направляется ориентировочно по четверти (25-27%) свода бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации, включая бюджеты внебюджетных фондов.

Иными словами, расходы консолидированного бюджета Российской Федерации, во-первых, охватывают не только отрасль здравоохранения, но и здравоохранение в других бюджетных отраслях, т.е. являются *интегративно-специализированными*; во-вторых, в общем виде происходят из *казны* государства и муниципальных образований; в-третьих, являются *разнородными* по основаниям их производства.

Несмотря на то, что физическая культура со здравоохранением сходна ориентированностью на здоровье, оздоровление, характер деятельности в области физической культуры и здравоохранения лишен сходства: если в первом случае оказывается помощь самим гражданам, по преимуществу юным, в занятиях по самооздоровлению, то во втором – воздействие на здоровье граждан осуществляют не они сами, а специалисты. Вместе с тем, в области физической культуры действуют учреждения здравоохранения (например, лечебно-физкультурные диспансеры) и другие медицинские организации.

Равным образом, учреждения здравоохранения действуют в социальной сфере вовне здравоохранения – например, психоневрологические интернаты, относящиеся к ведению органов социальной защиты. Частью оказываемые ими гражданам услуги являются социальными, частью – медицинскими.

Казна – это то имущество, которым Российская Федерация, субъект Российской Федерации, муниципальное образование отвечают по своим обязательствам, кроме имущества, которое закреплено за созданными ими юридическими лицами на праве хозяйственного ведения или оперативного

управления, а также имущества, которое может находиться только в государственной или муниципальной собственности (170, п.1 ст.126). Казна – это то имущество, которое может расходоваться. Казну составляет бюджет в предназначенной для расходования части и бюджеты внебюджетных фондов. Остальное имущество в собственности государства и муниципальных образований расходованию не подлежит.

Имущество казны (то, которое предназначено для *потребления*) распределяется, во-первых, между бюджетом и внебюджетными фондами; во-вторых, между государственными и муниципальными органами и государственными и муниципальными учреждениями (32, ст.ст.12-13).

Однако если из бюджета оплачивается *содержание* государственных и муниципальных органов, а из государственных внебюджетных фондов финансируется *оплата* медицинских услуг гражданам, то учреждения здравоохранения получают средства как из бюджета на свое содержание, так и из внебюджетных фондов ОМС на оплату оказываемых ими гражданам медицинских услуг. Но гражданам государственные и муниципальные учреждения здравоохранения оказывают медицинские услуги за плату же и из негосударственных (немуниципальных) источников, кто бы ее не производил (сам гражданин, работодатель в его пользу, страховщик или любой иной плательщик).

Тем самым учреждения здравоохранения участвуют в товарных (экономических) отношениях доходами (от оплаты медицинских услуг), остальное финансирование получая в нетоварных (бюджетных) отношениях. При этом и доходы учреждений здравоохранения формируются не только от оплаты медицинских услуг из казны, но и из других (негосударственных, немunicipальных) источников – от «платных» услуг. Доходы от «платных» услуг и от оплаты оказываемых учреждениями здравоохранения услуг за счет средств казны создают экономику государственного и муниципального здравоохранения. Остальные средства казны, расходуемые на содержание учреждений здравоохранения и органов управления здравоохранением из бюджета, осваиваются ими в неэкономических (нетоварных) отношениях (рис. 9).

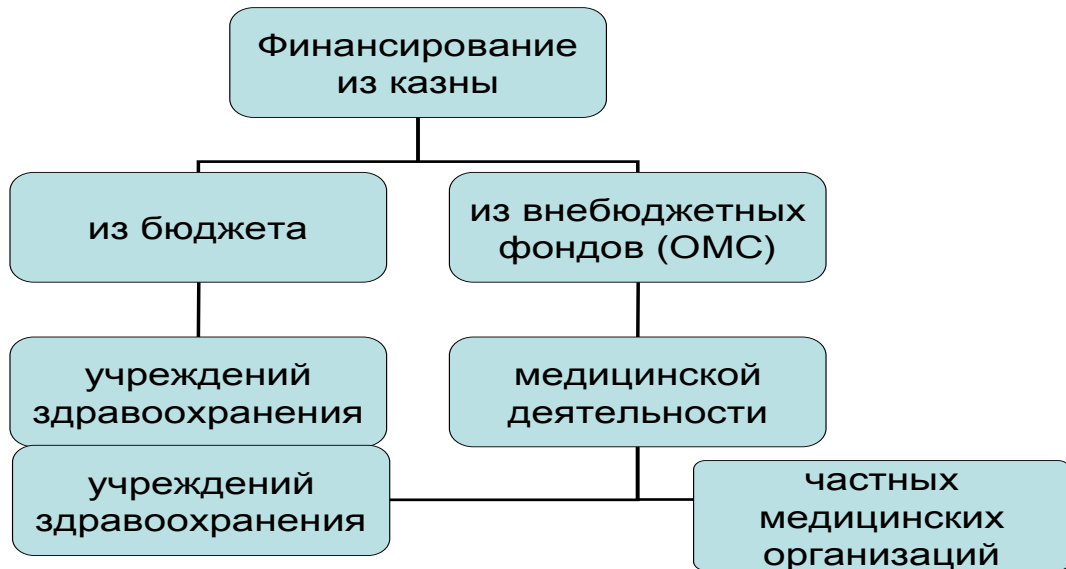


Рис. 9. Схема финансирования здравоохранения.

В этом смысле расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на здравоохранение относятся к экономике здравоохранения в той части, в которой взамен порождают предоставление гражданам материальных благ – товаров, работ, услуг медицинского назначения (производительные расходы). В остальной части расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на здравоохранение являются непроизводительными.

Соответственно, в товарной части расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на здравоохранение относятся к *экономике* здравоохранения, притом что понятием здравоохранения охватывается *бюджетная отрасль* – сфера подведомственности органам управления здравоохранением и финансирования из казны бесплатного оказания медицинских услуг гражданам учреждениями здравоохранения.

Однако экономика не связана *единством принадлежности* государству или муниципальному образованию производителя и продавца (учреждений здравоохранения) товара (медицинских услуг) и средств оплаты этого товара из казны. Медицинские услуги, оплачиваемые из казны, могут оказываться и не государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения, а частными медицинскими организациями (частными являются организации

разных организационно-правовых форм, основанные на частной собственности, т.е. собственники имущества).

Экономику создают отношения товарообмена, и тем самым любые товарные отношения, складывающиеся по поводу медицинских услуг, создают экономику здравоохранения. В таком значении экономика здравоохранения представляет собой пространство товарных отношений, оборот или рынок медицинских услуг.

Экономика здравоохранения не является ограниченной рамками бюджетной отрасли здравоохранения (рис. 10). Рамками бюджетной отрасли здравоохранения ограничен институт оплаты медицинских услуг из казны, а не их оказания. Поскольку государство отделено от экономики, постольку оказание медицинских услуг происходит вне рамок бюджетной сферы, даже если оплачивается из казны.

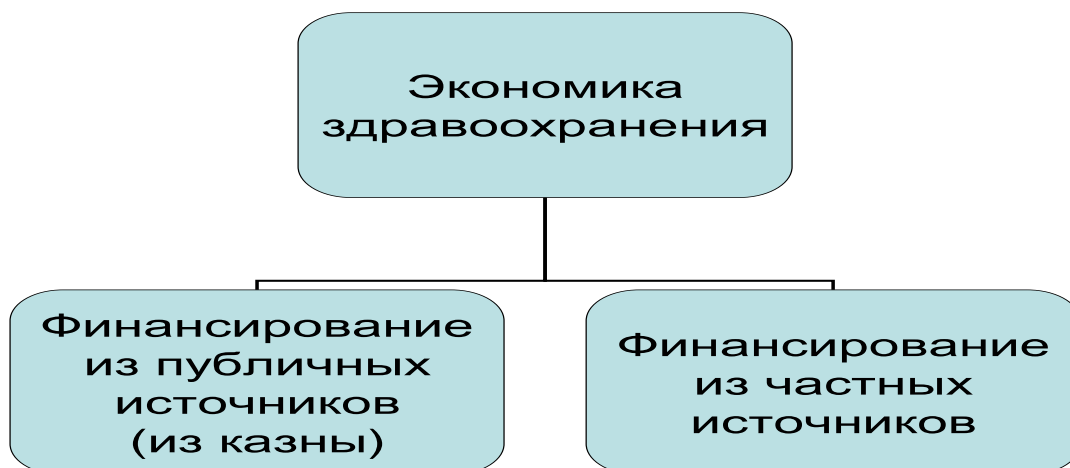


Рис. 10. Структура финансирования здравоохранения.

Вопреки этому в настоящее время экономика здравоохранения (т.е. товарооборот медицинских услуг) разделена на две части.

Первую часть составляет экономика медицинских услуг, оказываемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения и частными медицинскими организациями и оплачиваемых за счет средств внебюджетных фондов (ОМС).

Вторая часть представлена экономикой «платных» медицинских услуг, оказываемых равно государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения и частными медицинскими организациями.

Экономика медицинских услуг, оказываемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения и частными медицинскими организациями и оплачиваемых за счет средств фондов ОМС, в статистическом учете не выделяется из сектора государственных учреждений.

Сектор государственных учреждений объединяет институциональные единицы, выполняющие в качестве основного вида деятельности функции органов государственного управления, которые состоят, в частности, в принятии «ответственности за обеспечение общества товарами и услугами на нерыночной основе для их коллективного или индивидуального потребления», притом что «государственные учреждения осуществляют свою деятельность за счет финансовых средств бюджета, внебюджетных фондов, а также за счет доходов от собственности, продажи рыночных услуг, заимствования» (95, С.327). К сектору государственных учреждений отнесены бюджетные организации: министерства, службы, агентства, школы, больницы, организации культуры и т.п., а также государственные внебюджетные фонды.

Но если государственные внебюджетные фонды (ОМС) относятся к сектору государственных учреждений (как плательщик за медицинские услуги), как и государственные и муниципальные учреждения здравоохранения (как получатели оплаты медицинских услуг), то частные медицинские организации, участвующие в программах ОМС (как получатели оплаты медицинских услуг) – нет.

Если для частных медицинских организаций медицинские услуги, в том числе оказываемые по программам ОМС, являются одинаково «платными», то для государственных внебюджетных фондов (ОМС), как и для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения – нет.

Притом что расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на здравоохранение и физическую культуру в 2003 г. составили 297,8 млрд.

руб. (95, С.566); в 2004 г. – 370,1 млрд. руб. (96, С.318), на финансирование целевых программ обязательного медицинского страхования и отдельных мероприятий по здравоохранению из средств федерального фонда ОМС в 2003 г. израсходовано 600 млрд. руб., на субвенции территориальным фондам ОМС – 5095 млрд. руб. (94; 95, С.570).

Это – средства казны, расходуемые «на нерыночной основе» и не создающие такую экономику, как в промышленности, торговле, строительстве и т.д.

Средства, создающие экономику в здравоохранении подобно экономике в промышленности, торговле, строительстве и т.д., происходят не из казны. Это средства, воспроизводимые на рыночной основе, т.е. в свободном, ненормируемом обороте медицинских услуг, подобно бытовым или финансовым услугам, промышленным и другим товарам, постройкам и другим изделиям. Это – средства *производства* валового внутреннего продукта (ВВП).

По валовой добавочной стоимости ВВП в 2003 г. составил 13201 млрд. руб., производство услуг в его составе – 7060 млрд. руб., из них рыночных – 5758 млрд. руб., нерыночных – 1302 млрд. руб.; в 2004 г. ВВП составил 16779 млрд. руб., производство услуг в его составе – 8806 млрд. руб., из них рыночных – 7227 млрд. руб., нерыночных – 1579 млрд. руб. (аналогичны и показатели по выпуску валового продукта) (96, С.152-153).

В относительных величинах доля услуг в ВВП – 53% (53,5% в 2003 г., 52,5% в 2004 г.), а соотношение рыночных и нерыночных услуг – 82%/18% (81,6%/18,4% в 2003 г., 82,1%/17,9% в 2004 г.).

К числу рыночных статистическим учетом относятся «услуги, которые реализуются на рынке по экономически значимым ценам, такие как услуги транспорта, торговли, культуры, образования, здравоохранения, бытовые услуги, финансы, кредит, страхование и др. В состав нерыночных услуг включаются услуги, оказываемые обществу в целом или отдельным домашним хозяйствам (бесплатные или по экономически незначимым ценам). Они могут быть оплачены из государственного бюджета,

внебюджетных фондов или из бюджетов некоммерческих (общественных) организаций» (96, С.147).

Доля нерыночных услуг в производстве ВВП составила 1302 млрд. руб. в 2003 г. и 1579 млрд. руб. – в 2004 г. (96, С.153).

Если рыночные услуги предоставляются всем и оплачиваются по своей рыночной стоимости, то нерыночные услуги предоставляются только гражданам (обществу в части или в целом), т.е. в социальной сфере, и их оплата, производящаяся из бюджета и внебюджетных фондов, не соответствует их реальной стоимости.

Рыночные услуги, оказываемые гражданам за плату – вне зависимости от того, вносят ее сами граждане или иные лица в их пользу – признаются платными. Объем платных услуг в 2003 году составил 1431770 млн. руб., в 2004 году – 1766071 млн. руб. (96, С.273). В относительных величинах доля платных услуг в общем объеме рыночных услуг составила в 2003 году 24,9%, в 2004 году – 21,8%, т.е. в целом гражданам оказывается каждая четвертая-пятая рыночная услуга.

В здравоохранении платными признаются «дополнительные к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи медицинские услуги» (71). Поскольку медицинские услуги оказываются только гражданам, постольку рыночные услуги в здравоохранении представлены только платными медицинскими услугами. Рыночными, платными являются медицинские услуги, оплачиваемые не из казны (рис. 11).

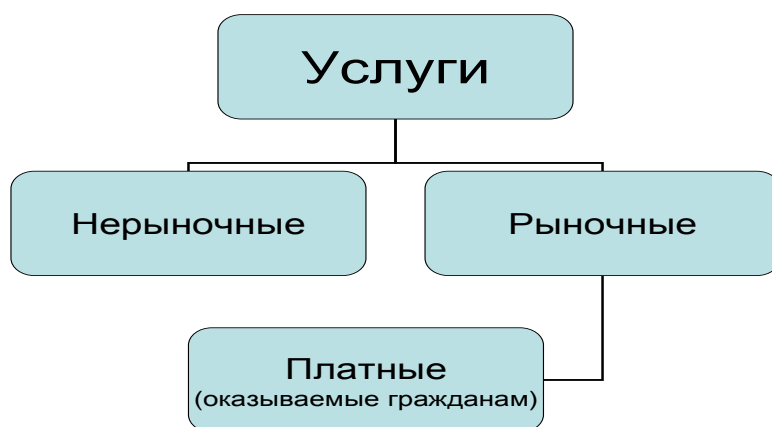


Рис. 11. Классификация услуг по источникам оплаты.

Несмотря на то, что доля нерыночных услуг отражается в статистике производства ВВП (с учетом валовой добавленной стоимости), и нерыночным, дополнительным к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи медицинским услугам придается значение товара как оплачиваемым за счет казны, при этом не происходит товарообмен, переход денежных средств от одного правообладателя к другому, поскольку при существующем устройстве здравоохранения (и бюджетной сферы в целом) и со стороны плательщика, и со стороны получателя средств оплаты выступает казна (государство или муниципальное образование). Иными словами, имеет место перераспределение денежных средств в пределах казны, особыми путями приводящее к такому же нетоварному их потреблению, как и при обычном бюджетном их расходовании (рис. 12).

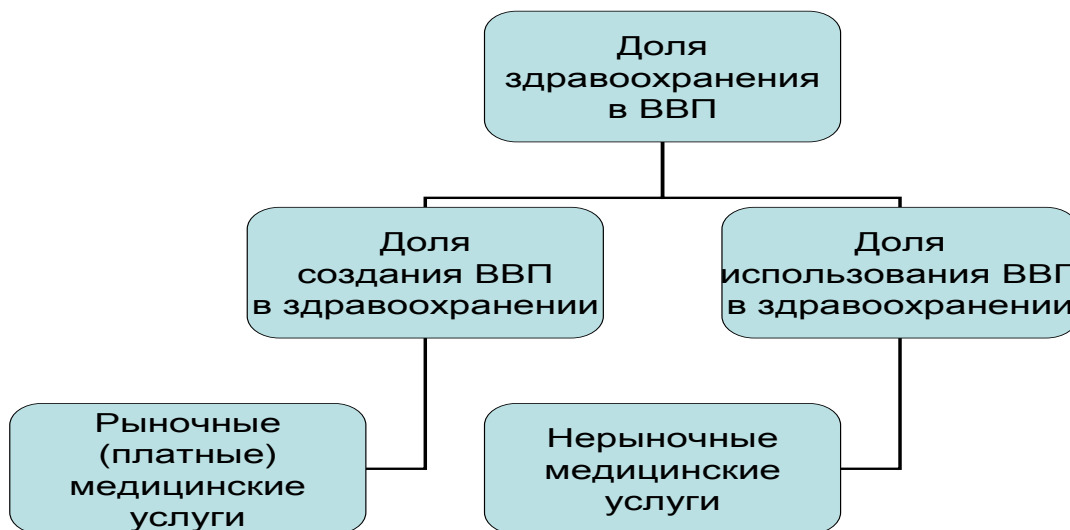


Рис. 12. Схема формирования доли здравоохранения в ВВП.

Нерыночные услуги, как и бюджетная сфера в целом, формируют статистику потребления (нерыночного распределения средств казны), а не статистику воспроизводства.

Притом что в здравоохранении объем потребления составляет сотни и тысячи миллиардов рублей (расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на здравоохранение и физическую культуру в 2003 г. составили 297,8 млрд. руб. – 95, С.566; в 2004 г. – 370,1 млрд. руб. – 96, С.318; на финансирование целевых программ обязательного медицинского

страхования и отдельных мероприятий по здравоохранению из средств федерального фонда ОМС в 2003 г. израсходовано 600 млрд. руб. и на субвенции территориальным фондам ОМС – 5095 млрд. руб. – 95, С.570), объем воспроизводства исчисляется лишь десятками миллиардов рублей (объем платных медицинских услуг в 2004 г. – 85,9 млрд. руб. – 96, С.274).

Поэтому рыночные (платные) медицинские услуги экономически никак не связаны с являющимся способом *использования* ВВП нерыночными медицинскими услугами, составляя часть *производства* ВВП. И именно оборот платных услуг является выражением экономики (товарообмена) в здравоохранении.

Доля платных медицинских услуг (таблица 10) составляет ежегодно около 5% от общего числа платных услуг (96, С.274):

Таблица 10. Доля платных медицинских услуг в структуре платных услуг.

Структура платных услуг:	2003		2004	
	% от общ.	млн. руб.	% от общ.	млрд.руб.
медицинские	4,8	68075	4,9	85,9

Это услуги, которые произведены государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения (за счет оплаты не из казны) и частными медицинскими организациями (включая оплаченные за счет средств казны, поскольку для частных медицинских организаций все услуги – платные) в порядке товарообмена, т.е. перехода денежных средств от одного правообладателя к другому.

Поскольку именно оборот платных услуг является выражением экономики (товарообмена) в здравоохранении, постольку вопросом является, в какой мере экономику здравоохранения создают государственные и муниципальные учреждения здравоохранения и частные медицинские организации.

Статистика выпуска по отраслям здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение в 2002 г. (95, С.309) следующая (таблица 11):

Таблица 11. Структура выпуска организациями социальной сферы.

	2001		2002	
	млн. руб.	%	млн. руб.	%
Нефинансовые предприятия (КО)	93293	24,1	106252	20,5
Государственные учреждения (ГУ)	246129	63,6	351887	67,9
Некоммерческие организации (НО)	31985	8,2	40406	7,8
Домашние хозяйства (ПБОЮЛ)	15321	4,0	19535	3,8
КО + НО + ПБОЮЛ	140599	36,4	166193	32,1
Итого	386728	100	518080	100

Соотношение вклада государственных учреждений, с одной стороны, и остальных коммерческих (КО) и некоммерческих (НО) организаций и некорпоративных хозяйствующих субъектов (предпринимателей без образования юридического лица – ПБОЮЛ), с другой стороны, таково: на долю государственных и муниципальных учреждений здравоохранения приходится приблизительно 2/3 (63,6% в 2001 г. и 67,9% в 2002 г.) выпуска медицинских услуг, создающих ВВП, а на долю остальных – 1/3 (36,4% в 2001 г. и 32,1% в 2002 г.). Иными словами, частные организации производят медицинских услуг вполтину меньше, чем государственные и муниципальные учреждения здравоохранения.

При этом (таблица 12) в общей массе предприятий и организаций в здравоохранении, физической культуре и социальном обеспечении (95, С.331) число малых предприятий составляет приблизительно 17% (95, С.338).

Таблица 12. Доля малого предпринимательства в структуре предприятий и организаций в здравоохранении.

В здравоохранении, физической культуре и социальном обеспечении	2003 (тыс.)		2004 (тыс.)	
	абс.	%	абс.	%
общее число предприятий и организаций	109,2	100	118,8	100
число малых предприятий	19,0	17,4	19,9	16,8

Иными словами, на 5 государственных и муниципальных учреждений здравоохранения приходится 1 частная медицинская организация.

Известно, что медицинский бизнес, как вообще бизнес в социальной сфере – это за редким исключением малый бизнес (118). Нет оснований полагать, что в сфере физической культуры и социального обеспечения соотношение общего числа предприятий и организаций и малых предприятий иное, чем в здравоохранении. Поэтому приведенные пропорции репрезентативны как для социальной сферы в целом, так и для здравоохранения в частности.

Таким образом, государственные и муниципальные учреждения здравоохранения производят 2/3 объема платных медицинских услуг, а в 5 раз меньшие числом частные медицинские организации и частнопрактикующие врачи – оставшуюся 1/3.

При этом платные медицинские услуги государственных и муниципальных учреждений здравоохранения существенно отличаются от тех, которые оказывают частные медицинские организации и частнопрактикующие врачи.

В отличие от частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей, в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения плата за эти услуги, во-первых, нормируется государственными и муниципальными органами; во-вторых, в качестве доходов изымается в казну. Тем самым средства воспроизводства, ограничиваемые в качестве источника рентабельности, переводятся в средства потребления.

Согласно данным исследования, проведенного агентством Snegiri Group при поддержке Межрегионального союза медицинских страховщиков (66), объем российского рынка платных медицинских услуг в 2004 г., включая теневой рынок и неучтенные доходы частных специалистов, составил \$ 6,5 млрд., легальный оборот – \$ 4,2 млрд.

Для более точной оценки в объем рынка необходимо включить теневой сектор медицинских услуг, который в 2004 г. составил 30% от легального оборота (\$ 1,3 млрд.). Теневой оборот медицинских услуг складывается из некассовой оплаты врачам государственных лечебно-профилактических

учреждений. Таким образом, с учетом нелегальных платежей оборот медицинского рынка России в 2004 г. можно оценить в \$ 5,5 млрд.

В расчет также необходимо взять оборот рынка нетрадиционной медицины и частных специалистов, не попадающих под налоговую отчетность и данные государственной статистики. Только в Москве работают около 20 тыс. частных специалистов, занимающихся китайской медициной, программами похудения, гомеопатией, лечебным массажем, и прочими подобными услугами. Оборот рынка неучтенных медицинских услуг в Москве можно оценить в \$ 0,3 млрд., а в целом в России – в \$ 1 млрд. В натуральном выражении московский рынок составляет десятую часть российского рынка платных медицинских услуг. Однако в связи с гораздо более высоким уровнем цен на Москву приходится \$ 1,2 млрд. – 28% легального оборота рынка коммерческой медицины России.

По оценкам Минздрава РФ, в ближайшие годы рынок платных медицинских услуг будет расти на 12% в год (66).

Таким образом, экономика здравоохранения раскололась на три страты (рис. 13):

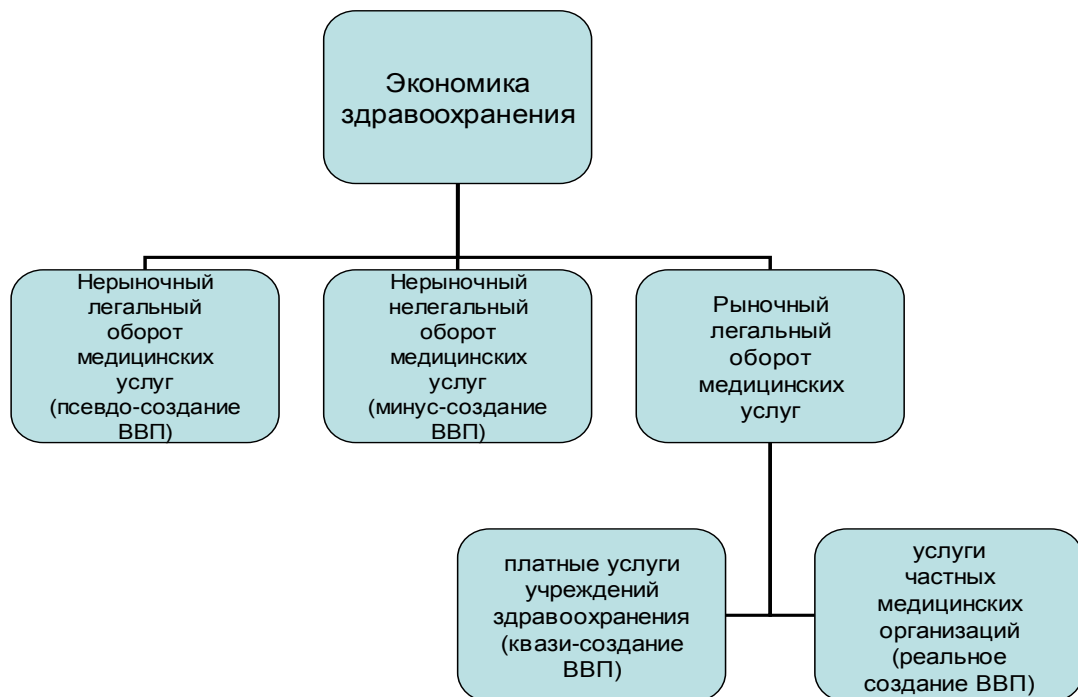


Рис. 13. Структура экономики здравоохранения.

- нерыночный легальный оборот бесплатных для граждан медицинских услуг, предоставляемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения – это сфера легального *использования* или *псевдо-создания* ВВП;

- нерыночный нелегальный оборот платных для граждан медицинских услуг, оказываемых одновременно с бесплатными в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения – это сфера нелегального *использования* или *минус-создания* ВВП;

- составляющий сферу *создания* ВВП рыночный легальный оборот платных медицинских услуг, распадающийся на две подстраты:

- ориентированный на пополнение казны лимитируемый оборот, в котором участвуют государственные и муниципальные учреждения здравоохранения – это сфера *квази-создания* ВВП;

- ориентированный на реинвестирование оборот, в котором участвуют частные медицинские организации (собственно, и являющийся бизнес-оборотом) – это сфера *реального создания* ВВП.

В целом, сфера оказания медицинских услуг является более широкой, во-первых, чем сфера их оплаты из казны; во-вторых, чем сфера государственного и муниципального здравоохранения; в-третьих, чем сфера деятельности бюджетных учреждений; но более узкой, чем сфера финансирования бюджетных учреждений.

С изменением политических, экономических и юридических условий в стране экономика здравоохранения распалась на две – по традиции обобщающиеся – части:

- тех, кто производит продукцию (медицинские услуги) – это учреждения здравоохранения и частные медицинские организации, а также частнопрактикующие врачи;

- и тех, кто оплачивает эту продукцию – это казна, страховщики, работодатели, благотворительные организации в пользу граждан либо сами граждане в свою пользу.

Различает их между собой противоположность экономических интересов: первые заинтересованы побольше получить за свою продукцию, вторые –

поменьше заплатить за нее. Сбалансировать эти интересы может только рынок – любого рода искусственные регламенты способны только создать двойную (тройную и т.д.) экономику, которая и имеет место в настоящее время.

Несоразмерность средств казны – тех, которые обращаются на здравоохранение, и тех, которые доходят до производителя в виде оплаты медицинских услуг, – свидетельствует о том, что понимание того, что финансируется в здравоохранении, в настоящее время не сложилось.

На данном этапе существует лишь псевдо-макроэкономика государственного и муниципального здравоохранения – система нисходящего распределения (потребления) средств казны «на нерыночной основе». В такой системе за отсутствием товарообмена нет места мезоэкономике, а микроэкономика – имущественное состояние учреждений здравоохранения – не учитывается в отрыве от единого финансирования отрасли в целом. Подобное положение дел обусловлено существующими законоустановлениями о финансировании охраны здоровья граждан (32, ст.10).

Экономика государственного и муниципального здравоохранения не включает деятельность частных медицинских организаций, показатели которой учитываются в статистике производства ВВП наряду с деятельностью немедицинских организаций, как бы не имея отношения к здравоохранению.

Макро-, мезо-, микроэкономика здравоохранения на текущий момент не структурирована так, как это определяется действительным положением дел в отрасли.

Изложенное приводит к следующим обобщающим заключениям:

1. Расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на здравоохранение относятся к *экономике* здравоохранения, притом что понятием здравоохранения охватывается *бюджетная отрасль* – сфера подведомственности органам управления здравоохранением и финансирования из казны бесплатного оказания медицинских услуг гражданам учреждениями здравоохранения.

2. Несмотря на то, что доля нерыночных услуг отражается в статистике *производства* ВВП, и нерыночным, дополнительным к гарантированному

объему бесплатной медицинской помощи медицинским услугам придается значение товара как оплачиваемым за счет казны, при этом не происходит *товарообмен*, переход денежных средств от одного правообладателя к другому, поскольку при существующем устройстве здравоохранения (и бюджетной сферы в целом) и со стороны плательщика, и со стороны получателя средств оплаты выступает казна (государство или муниципальное образование). Иными словами, имеет место перераспределение денежных средств в пределах казны, особыми путями приводящее к такому же нетоварному их потреблению, как и при обычном бюджетном их расходовании.

3. В здравоохранении объем *потребления* составляет сотни и тысячи миллиардов рублей, а объем *воспроизводства* (платных медицинских услуг) исчисляется лишь десятками миллиардов рублей, притом что именно оборот платных услуг является выражением экономики (товарообмена) в здравоохранении.

4. Доля платных медицинских услуг составляет ежегодно около 5% от общего числа платных услуг в государстве, из которых на 2 единицы оплаты услуг государственных и муниципальных учреждений здравоохранения приходится 1 единица оплаты услуг частных медицинских организаций, притом что на 5 государственных и муниципальных учреждений здравоохранения приходится 1 частная медицинская организация.

5. На каждые 2 единицы официальной оплаты платных медицинских услуг, оказываемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, приходится 1 единица теневой оплаты (некассовая оплата врачам). С учетом оплаты нерыночных услуг за счет налогов для потребителя государственное и муниципальное здравоохранение является значительно более накладным, чем оплата медицинских услуг частных организаций.

6. Только 1/3 выпуска платных медицинских услуг, производимых 1/5 от числа государственных и муниципальных учреждений здравоохранения численностью частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей, создает легальную сферу реального производства ВВП.

7. **Макроэкономике** здравоохранения как совокупный спрос (общее в стране количество финансовых затрат, совершаемых самими потребителями и плательщиками в их пользу) и совокупное предложение медицинских услуг (общий объем производства в стране) характеризуют итоговые показатели финансирования здравоохранения (использования и производства ВВП) и состояния сети медицинских организаций в стране. Чем сравнимее показатели использования и производства ВВП в здравоохранении, чем более производственным является использование ВВП, тем здоровее экономика здравоохранения.

8. **Мезоэкономике** здравоохранения характеризуют показатели экономического оборота (реального производства ВВП) в здравоохранении – в целом по стране, в регионах и в муниципальных образованиях. Показатели реального производства ВВП свидетельствуют о воспроизводстве капиталов в здравоохранении: чем они выше, тем меньше необходимость непроизводительного использования ВВП в отрасли или привлечения капиталов извне.

9. **Микроэкономике** здравоохранения характеризует экономическое состояние (рентабельность) производителей медицинских услуг (медицинских организаций) – в целом по стране, в регионах и в муниципальных образованиях. Рентабельность медицинских организаций является показателем их способности и дальше участвовать в производстве ВВП: чем она ниже, тем меньше способность к воспроизводству, к реинвестированию осуществляемой деятельности, и наоборот.

Таким образом, здравоохранению лишь предстоит сформировать экономику, соответствующую существующим реалиям в государстве, создать систему статистического учета и обеспечивать мониторинг экономического состояния отрасли.

Выводы к § 4.2:

1. Государственное и муниципальное здравоохранение основано на экономике потребления, отграниченной от экономики общественного воспроизводства, в создании которой участвует медицинский бизнес.

2. Не общественное воспроизводство, а потребление средств государственной казны в отрасли создает долю отечественного здравоохранения в ВВП.

3. Нетоварная организация здравоохранения в условиях товарной организации общества порождает в отрасли теневую экономику.

§ 4.3. ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО В МЕДИЦИНЕ.

Как в России, так и за рубежом бурно развивается частная медицина. Последнее десятилетие XX века стало временем резкого подъема предпринимательской инициативы в здравоохранении европейских стран (88, С.3). Вопреки общественному неприятию предпринимательство в здравоохранении стало фактом, который невозможно отрицать или не замечать.

Применительно к здравоохранению понятия предпринимательской деятельности, прибыли, рынка вызывают одинаково стойкое неприятие у граждан и должностных лиц, как в России, так и за рубежом. Такое неприятие предпринимательства в здравоохранении объясняется субъективными и объективными факторами (139).

Субъективное неприятие предпринимательства в здравоохранении обусловлено следующими факторами.

Прежде всего, отечественное здравоохранение основано на традиционном принципе бесплатности медицинской помощи.

В условиях социалистического распределения здравоохранение признавалось непроизводственной сферой народного хозяйства, и получало финансирование из бюджета. Здравоохранение могло освоить столько бюджетных средств, сколько в него вкладывалось. Если бы в здравоохранение вкладывалась половина государственного бюджета, и такие вложения оно могло бы полностью освоить.

Существовавшие в прежние времена хозрасчетные поликлиники считались исключением. В аптеках же лекарства всегда отпускались за плату.

Товарообменный характер деятельности одних учреждений здравоохранения (аптек) не распространялся на деятельность других (стационаров и поликлиник).

С изменением конституционного строя принцип бесплатности медицинской помощи сохранился, но на фоне поменявшихся юридических и экономических реалий. Возникла юридическая категория услуги. Появилось законодательство о медицинском страховании граждан. Государство стало плательщиком за медицинские услуги, оказываемые гражданам бесплатно. Если услуги оказываются гражданам бесплатно, то производители медицинских услуг получают за это плату. Плата за медицинские услуги для их производителей является доходом. Деятельность по оказанию медицинских услуг экономически стала производственной деятельностью, а юридически – деятельностью, приносящей доходы.

Если прежде бесплатность медицинской помощи была принципом здравоохранения, то в настоящее время она стала конституционной гарантией гражданам со стороны государства. Гарантией того, что в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения они получают медицинскую помощь бесплатно для себя.

Однако поскольку медицинская помощь приобрела экономическую форму услуги, постольку процесс ее оказания стал подвержен экономической оценке. Если прежде медицинская помощь оказывалась не в товарных отношениях, то в настоящее время медицинская помощь стала оказываться в соответствии с оплатой медицинских услуг, в состав которых она входит.

Между государством в качестве плательщика и государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения в качестве производителей медицинских услуг стали складываться отношения товарообмена в пользу граждан, для которых медицинская помощь остается бесплатной.

Однако, несмотря на то, что отношения между плательщиком и производителями медицинских услуг имеют экономический характер, отношения между органами управления здравоохранением и учреждениями

здравоохранения сохранили административный характер. Как и прежде, деятельность учреждений здравоохранения в качестве бюджетных учреждений подчинена нормативным предписаниям. В результате, если деятельность производителей медицинских услуг экономического характера сводится к извлечению доходов, то их распределение в учреждениях здравоохранения происходит в административном порядке.

Выйдя за пределы механизма государства, учреждения здравоохранения не обрели свое место в экономическом обороте. Получая плату за медицинские услуги из государственных внебюджетных фондов, от страховщиков и от иных плательщиков, учреждения здравоохранения дистанцируются от понятия предпринимательской деятельности. Будучи юридическими лицами с предоставленными законом полномочиями хозяйствующих субъектов, учреждения здравоохранения позиционируются в административной подчиненности органам управления здравоохранением.

Юридически различающиеся характером и сферой деятельности, правовым положением и целым рядом других признаков, государственные и муниципальные органы управления здравоохранением и государственные и муниципальные учреждения здравоохранения искусственно объединены в единый публичный институт здравоохранения. Это не отрасль в прежнем понимании и в отсутствие системообразующих признаков – не система.

При этом юридически одинаковые медицинские услуги оказываются за юридически одинаковую плату юридически одинаковыми хозяйствующими субъектами – государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения и частными организациями. Их деятельность одинаково основана на извлечении доходов от оплаты медицинских услуг. Вне зависимости от того, приносит она прибыли или убытки, деятельность в экономическом обороте с результатом, имеющим форму товара, является предпринимательской.

Различия лишь в том, что по общему правилу медицинские услуги гражданам частными организациями оказываются за плату, которую

производит сам гражданин, а государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения – за плату, которую за гражданина производит государство. Будучи бесплатными для граждан, оказываемые им медицинские услуги равно для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и частных организаций бесплатными не являются.

Тем самым детерминантой субъективного неприятия гражданами (обществом) предпринимательства в здравоохранении является не характер деятельности медицинских организаций и не их имущественная принадлежность (государственная, муниципальная или частная собственность), а лишь бесплатность получения медицинской помощи.

Однако неприятие предпринимательства в здравоохранении свойственно не только гражданам (обществу). Предпринимательство вызывает неприятие со стороны публичного института здравоохранения.

Прежде единая государственная система здравоохранения в настоящее время представлена государственной и муниципальной системами здравоохранения и включает соответствующие органы управления здравоохранением и учреждения здравоохранения. И те, и другие связаны единством финансирования из казны государства и муниципальных образований. Противопоставлением финансированию здравоохранения из публичных источников являются поступления от любых частных лиц. Тем самым предпринимательством в публичном институте здравоохранения признается не деятельность, приносящая доходы, а лишь деятельность, доходы от которой происходят из частных источников.

Если следовать логике субъективных факторов неприятия предпринимательства в здравоохранении в совокупности, предпринимательской является деятельность частных организаций, оказывающих медицинские услуги гражданам за плату, не происходящую из казны государства или муниципальных образований.

В соответствии с российским законодательством предпринимательской является самостоятельная, осуществляемая на свой риск деятельность,

направленная на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг лицами, зарегистрированными в этом качестве в установленном законом порядке (170, п.1 ст.2).

Чтобы выявить объективные причины неприятия предпринимательства в отечественном здравоохранении, необходимо раскрытие понятий, связанных с предпринимательством вообще и в здравоохранении в частности.

Предпринимательской является деятельность:

- самостоятельная, направленная на благо приобретений (получение прибыли), неразрывно связанное с бременем утрат (несение рисков);
- систематично осуществляемая в обороте товаров, работ, услуг;
- субъекта, имеющего государственную регистрацию в качестве юридического лица или предпринимателя без образования юридического лица.

Если результат деятельности имеет форму товара, который обменивается на его денежный эквивалент, такая деятельность по характеру всегда является предпринимательской.

Не является предпринимательской спорадическая, несистематическая деятельность в обороте, например, продажа гражданином автомобиля или квартиры.

Не является предпринимательской внеоборотная деятельность, например, объединение лиц для того, чтобы вскладчину последовательно приобрести автомобиль для каждого из них.

Не является предпринимательской деятельность организаций, осуществляемая исключительно за счет взносов своих членов. Не имеет формы товара результат такой деятельности, осуществляемой организацией исключительно в отношении своих членов.

Не является предпринимательской деятельность и не имеет формы товара результат деятельности государственных и муниципальных органов, которым запрещено совмещать свои функции с функциями хозяйствующих субъектов (30, п.2 ст.7).

Медицинской и иной деятельностью в области охраны здоровья является предпринимательская деятельность по производству и реализации товаров, работ и услуг медицинского назначения.

Субъект, имеющий государственную регистрацию в качестве юридического лица или предпринимателя без образования юридического лица и осуществляющий предпринимательскую деятельность, признается хозяйствующим субъектом. Хозяйствующими субъектами являются российские и иностранные коммерческие организации и их объединения (союзы или ассоциации), некоммерческие организации, за исключением не занимающихся предпринимательской деятельностью, в том числе сельскохозяйственных потребительских кооперативов, а также индивидуальные предприниматели (32, ст.4).

В той мере, в какой лицо осуществляет предпринимательскую деятельность, оно является хозяйствующим субъектом вне зависимости от того, обладает ли оно формой коммерческой или некоммерческой организации (предприниматели без образования юридического лица приравниваются к коммерческим организациям – 170, п.3 ст.23).

Обращает внимание, что хозяйствующими субъектами, осуществляющими предпринимательскую деятельность, наряду с коммерческими признаются и некоммерческие организации. Некоммерческие организации могут осуществлять предпринимательскую деятельность лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых они созданы, и соответствующую этим целям (170, п.3 ст.50). Если некоммерческие организации существуют на взносы своих членов, в отношении них осуществляют деятельность, не связанную с производством и реализацией товаров, работ, услуг в обороте, их деятельность не является предпринимательской, и они лишены свойств хозяйствующих субъектов.

Следовательно, различия коммерческих и некоммерческих организаций заключаются не в том, что первые могут, а вторые не могут осуществлять предпринимательскую деятельность. Эти различия состоят в том, как

распределяется прибыль, полученная от предпринимательской деятельности (170, п.1 ст.50). В коммерческой организации прибыль обращается в пользу участников, создавших ее. В некоммерческой организации прибыль обращается на реинвестирование ее деятельности. Исключение составляет потребительский кооператив, который, будучи некоммерческой организацией, распределяет прибыль между его членами, как в коммерческой организации (170, п.5 ст.116).

Если распределение прибыли в некоммерческих организациях возвращает ее в оборот в области охраны здоровья (в виде новой аппаратуры, заработной платы медицинского персонала и т.д.), то распределение прибыли в коммерческих организациях изымает ее из этого оборота.

Первым объективным фактором общественного неприятия предпринимательства в здравоохранении служит способ распределения прибыли в коммерческих организациях.

Коммерческие организации обладают общей правоспособностью и вольны осуществлять любые виды деятельности, не запрещенные действующим законодательством. Напротив, некоммерческие организации обладают ограниченной (специальной) правоспособностью и вправе осуществлять только те виды деятельности, которые определены учредителями в уставе. Некоммерческая организация, созданная для осуществления медицинской и иной деятельности в области охраны здоровья (предпринимательской деятельности по производству и реализации товаров, работ и услуг медицинского назначения), прекращает эту деятельность только с прекращением своей правоспособности, т.е. в случае ликвидации. Коммерческая же организация может в любой момент прекратить медицинскую и иную деятельность в области охраны здоровья и начать заниматься любой другой деятельностью. В любой момент коммерческая организация может перепрофилировать свою деятельность, что влечет изъятие ее активов из оборота в области охраны здоровья. Следовательно,

стабильность обороту в соответствующей области деятельности придают некоммерческие организации.

Отсюда вторым объективным фактором общественного неприятия предпринимательства в здравоохранении является нестабильность существования коммерческих организаций, осуществляющих деятельность по производству и реализации товаров, работ и услуг медицинского назначения, в обороте в области охраны здоровья.

Предпринимательство в сфере производства и реализации товаров, работ и услуг медицинского назначения связано прогрессивно повышающейся стоимостью средств производства и производительных сил. Например, компьютерный томограф не является товаром потребительского назначения – он используется для ведения предпринимательской деятельности, и это определяет его огромную стоимость. С появлением новых лекарств растет цена лекарственной терапии. Хороших врачей хорошей зарплатой можно переманить в другую клинику. А все это закладывается в цену медицинских услуг.

В здравоохранении не работают рыночные механизмы сдерживания цен. Цены на медицинские услуги растут вне зависимости от конъюнктуры спроса и предложения. Неуклонное удорожание медицинских услуг является третьим объективным фактором общественного неприятия предпринимательства в здравоохранении, хотя к предпринимательству это не имеет никакого отношения.

Кроме того, в рамках отдельных медицинских услуг оплаченный лимит зачастую превышает: пациент просит, а врач назначает больше процедур обследования или лекарств либо большей стоимости, чем за это заплачено. Чтобы этого не допускать, приходится держать штат контролеров-экспертов. В результате, например, огромная часть американского медбюджета (до 40%) – административные расходы, т.е. расходы на людей, которым фактически платят за то, чтобы они сдерживали рост издержек (90, С.55).

Административные расходы производятся не только организациями, производящими и реализующими товары, работы, услуги медицинского назначения, но также другой стороной таких отношений – плательщиком.

В разных странах участие государства в качестве плательщика в области охраны здоровья оформлено по-разному: в США – через государственное страхование, в Великобритании – через передачу государством целевых средств в фондодержание медицинским организациям, в Германии – через систему перераспределения в федеральном агентстве средств специальных фондов. Помимо государства плательщиком выступают также частные страховые, благотворительные и др. организации.

Для примера в США в среднем административные расходы для частного страхования составляют 11,9% от общей стоимости оказанной медицинской помощи. Затраты управления правительственными медицинскими программами (не только программ Medicare и Medicaid, но и медицинского обслуживания правительственных чиновников, сотрудников Министерства обороны, индейцев и др.) составляют в среднем 4,6%, т.е. меньше чем наполовину от административных расходов при частном страховании (201, С.40).

Удорожание медицинских услуг происходит не только в сфере их оказания, а в значительной мере в сфере управления их стоимостью.

Поэтому четвертым объективным фактором общественного неприятия предпринимательства в здравоохранении является отождествление предпринимательства в сфере производства и реализации товаров, работ и услуг медицинского назначения и предпринимательства в платежной сфере.

Цены растут не столько на дорогостоящие, сколько на наиболее распространенные медицинские услуги.

Из-за прогрессивного роста цен на медицинские услуги постепенно сокращается число платежеспособных плательщиков.

Например, компания Daimler-Chrysler тратит на здравоохранение (т.е. на медицинское страхование работников) больше, чем на производство отдельных видов продукции (90, С.54). Работодатели стремятся минимизировать затраты

на медицинское страхование работников, и набор оплаченных ими в порядке медицинского страхования услуг становится все меньше.

Лишь платежеспособные граждане в силу неэластичности цен на медицинские услуги могут их оплачивать самостоятельно.

Однако платежеспособный спрос и реальный спрос сильно отличаются друг от друга. По мере роста цен на медицинские услуги платежеспособных плательщиков становится все меньше, и нагрузка на государство по их оплате возрастает. При развитии такой ситуации государство постепенно становится вынужденным монополистом по оплате медицинской помощи.

Перед ним возникает ряд проблем. Прежде всего, среди нуждающихся в оплате медицинских услуг есть работоспособные и неработоспособные граждане (пенсионеры, дети, инвалиды и т.д.). Среди них есть те, которым необходима малозатратная медицинская помощь, а есть те, кто нуждается в длительной и дорогостоящей медицинской помощи. Среди них также те, кому нужна помощь врачей общей практики, и те, кому нужна помощь специалистов и т.д. При этом если все нуждающиеся одновременно обратятся за медицинской помощью, средств у государства не хватит на оплату и малой доли ее стоимости.

Следовательно, задача заключается в распределении этих средств таким образом, чтобы потребности всех нуждающихся в медицинской помощи были удовлетворены.

Если этого не происходит, граждане оказываются в безальтернативном положении и вынуждены самостоятельно оплачивать медицинскую помощь. Несмотря на то, что причиной этого является порочность публичного распределения средств на оплату медицинской помощи, сожаление о потраченных средствах на медицинскую помощь, которую граждане могли бы получить бесплатно, вызывает негативное отношение к частной медицине.

Пятым объективным фактором общественного неприятия предпринимательства в здравоохранении является неспособность публичных институтов нормализовать ситуацию с оплатой медицинской помощи.

Государство призвано регулировать оборот товаров, работ и услуг, в том числе медицинского назначения. Однако, учитывая высокую социальную значимость здоровья, по поводу которого находятся в обороте товары, работы и услуги медицинского назначения, государство устанавливает нормативно-правовой регламент (совокупность запретов, предписаний, требований, нормативов, стандартов и т.д.) к субъектам и объектам этой деятельности. Но государство может осуществлять недостаточное регулирование экономического оборота в области охраны здоровья либо избыточное нормирование в отношении реализации товаров, работ, услуг медицинского назначения. Государство может избрать неверный объект нормирования (как, например, стандартизация услуг или нормативная тарификация их оплаты). Государство может осуществлять неэффективную налоговую политику или нерациональное использование и распределение средств на общественные нужды, в том числе в области охраны здоровья.

Поэтому тезис о том, что в здравоохранении не работают рыночные механизмы сдерживания цен, может свидетельствовать о неэффективности государства, а снижение платежеспособного спроса на фоне роста цен – о недостаточной конкуренции в экономическом обороте в области охраны здоровья.

Из-за действия перечисленных факторов предпринимательство в здравоохранении не достигает тех социальных результатов, которые могли бы проявиться, будь действие этих факторов оптимизировано государством.

В целом, объективных причин неприятия предпринимательства в здравоохранении – всего две:

- недостаточность публичных средств для оплаты товаров, работ, услуг медицинского назначения в пользу граждан;
- избыточность нормативно-правового регламента и (или) недостаточность правового регулирования оборота товаров, работ, услуг медицинского назначения.

Недостаточность публичных средств для оплаты товаров, работ, услуг медицинского назначения в пользу граждан обусловлена тем, что, будучи

предназначены для потребления, эти средства не участвуют в воспроизводстве, не оборачиваются с прибылью.

Капитал должен воспроизводить добавочный капитал, а распределение капитала не должно приводить к сокращению его величины. Существующее нормативное распределение денежных средств при обязательном медицинском страховании приводит к тому, что капитал не только не воспроизводится, но и сокращается в процессе распределения через фонды и страховые организации, а в конечном звене (учреждениях здравоохранения) – не работает так, как должен работать.

Соответственно, недостаточность публичных средств для оплаты товаров, работ, услуг медицинского назначения в пользу граждан может быть преодолена через:

- устранение посредничества страховых организаций;
- инвестиционное размещение денежных средств фондов ОМС;
- переход от обязанностей по нормативам к ответственности по обязательствам.

Избыточность нормативно-правового регламента и (или) недостаточность правового регулирования оборота товаров, работ, услуг медицинского назначения может быть преодолена оптимизацией законодательства в области охраны здоровья и организации его исполнения.

Оптимизация законодательства в области охраны здоровья заключается в том, чтобы:

- этим была достигнута всеобъемлющая формальная определенность регулируемых отношений, а также применимых к ним ограничений и запретов в исчерпывающем перечне;
- публичные, социальные и имущественные интересы в этих отношениях были законодательно не смешиваемы;
- соответствующие таким интересам механизмы правового регулирования соответствовали характеру регулируемых отношений;
- юридическая общность субъектов и объектов регулируемых отношений не позволяла их разделять по каким бы то ни было признакам;

- законодательство предусматривало ответственность исполнительной власти за расширительное применение права в отношении в области охраны здоровья.

Оптимизация организации исполнения закона в области охраны здоровья состоит в том, чтобы:

- управление здравоохранением сконцентрировалось на размещении средств казны среди субъектов предпринимательской деятельности для достижения социального результата;

- деятельность с имущественным результатом субъектов предпринимательства обеспечивала конкуренцию между ними за размещаемые на социальные цели средства казны;

- деятельность с имущественным результатом субъектов предпринимательства отражалась прогнозируемым органами управления здравоохранением социальным результатом;

- вложения средств казны корреспондировали достигаемому социальному результату, а несоответствия между ними служили мерой оценки эффективности деятельности органов управления здравоохранением;

- субъекты предпринимательства в обороте товаров, работ и услуг медицинского назначения были заинтересованы в сохранении капитала в этой сфере.

В целом, не предпринимательство угрожает бесплатности медицинской помощи в порядке социальных гарантий государства, а бездумное нормирование в этой сфере, непонимание существа предпринимательской деятельности и неопределенность понятия здравоохранения и предмета публичного управления в области охраны здоровья.

Вывод к § 4.3: В обществе вызывает неприятие не товарная организация здравоохранения, а утрата бесплатности медицинской помощи.

Выводы к главе 4:

1. Товарной организации общества, товарному характеру общественных отношений в социальной сфере не соответствует ее нетоварная организация.

2. Интересы продавцов и покупателей не находят удовлетворения в здравоохранении, что влечет его неэффективность и развитие теневого оборота в отрасли.

3. Макроэкономика здравоохранения обособлена от макроэкономики страны, в создании которой участвует медицинский бизнес.

4. Ключевым препятствием является противопоставление предпринимательства государству в отрасли, что равносильно отрицанию экономики здравоохранения.

ГЛАВА 5. УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ.

§ 5.1. ИССЛЕДОВАНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ (по поисковым Интернет-запросам).

Проведено исследование запросов в поисковой системе Яндекс (Yandex) русскоязычной части Интернета (Рунета). Выбор системы Яндекс среди остальных поисковых систем (Rambler, Aport, Google, Yahoo и т.д.) обусловлен тем, что ею индексируются, регулярно обновляются и сохраняются базы сделанных в ней запросов по любым словам и словосочетаниям.

Поисковые запросы формулируются самими пользователями Рунета. Это означает, что сходные поисковые запросы объединяют соответствующую целевую аудиторию пользователей Рунета. Специфические формулировки поисковых запросов исключают причастность к ним случайных, празднoлюбoпытствующих пользователей Рунета.

Особенностью поисковых запросов является безразличие к регистру (заглавным буквам), отсутствие знаков пунктуации, не индексируемых поисковой системой. Поэтому в них спряжения и склонения не имеют значения – играют роль только словоформы.

Гипотезой настоящего исследования послужило предположение, что руководители медицинских организаций значительно меньше, чем руководители немедицинских организаций, интересуются вопросами управления ими.

Управление организациями, участвующими в экономическом обороте, называется бизнес-администрированием. Управление организациями, в отличие от управления некорпоративными участниками экономического оборота (предпринимателями без образования юридического лица), называется корпоративным управлением. Понятием «менеджмент» традиционно охватывается управление как организациями (частный менеджмент), так и государственными и муниципальными органами (публичный менеджмент).

Тем самым круг сигнальных слов в поисковых запросах (рис. 14) определился между менеджментом, корпоративным управлением и бизнес-администрированием с различными переходными вариантами (корпоративный менеджмент, деловое администрирование, управление бизнесом, бизнес-управление и т.д.).

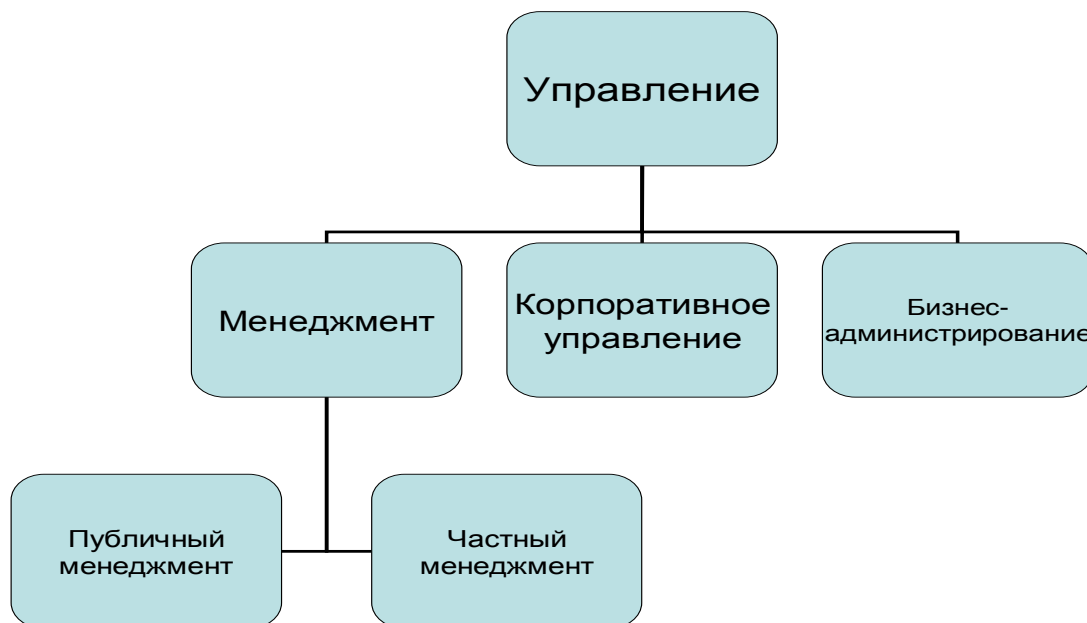


Рис. 14. Структура исходных понятий для уточнения поисковых слов.

Объектом управления, т.е. что находится в сфере управления организациями, участвующими в экономическом обороте, является хозяйство, бизнес, действующее предприятие с различными вариациями (хозяйствование, предпринимательство и т.д.).

Поскольку исследование посвящено управлению медицинскими организациями, постольку другим рядом сигнальных слов в поисковых запросах стали «здравоохранение» и «медицина».

Так изучена структура поисковых запросов по проблематике управления медицинскими организациями.

Поскольку поисковая система представляет среднее число запросов в месяц, и есть возможность выяснить, какова их динамика в течение года, постольку изучена динамика репрезентативных показателей.

Поскольку поисковая система позволяет выяснить географическое происхождение запросов, изучена также и их локализация по репрезентативным показателям.

Раздел 5.1.1. Статистическое исследование структуры потребностей управления медицинскими организациями по Интернет-запросам.

Прежде всего, выяснено, насколько велика в Рунете востребованность слов (словосочетаний) «менеджмент», «корпоративное управление», «бизнес-администрирование» (таблица 13).

Таблица 13. Структура общих поисковых словосочетаний на тему управления.

	Запросов в месяц	%
менеджмент	351332	97,8
корпоративное управление	7890	2,2
бизнес-администрирование	155	0,04
Всего	359377	100,0

Понятие «менеджмент» в Рунете является наиболее употребимым: понятие «корпоративное управление» применяется в 50, а понятие «бизнес-администрирование» - в 2500 раз реже.

Словосочетания «бизнес администрирование медицина здравоохранение», «корпоративное управление медицина здравоохранение» в поисковых запросах в Рунете не встречались ни разу. Это означает, что ни понятие «бизнес-администрирование», ни понятие «корпоративное управление» применительно ни к понятию «здравоохранение», ни к понятию «медицина» никем в поисковых запросах ни в каких сочетаниях не употреблялось.

Понятие «менеджмент» применительно к понятиям «здравоохранение» и «медицина» в поисковых запросах в Рунете используется в общей сложности 656 раз в месяц: «менеджмент здравоохранения» - 500 (76,2%), «менеджмент медицина» - 147 (22,4%), «менеджмент медицина здравоохранение» - 9 (1,4%).

Из 500 запросов в месяц по словосочетанию «менеджмент здравоохранения» 33 (6,6%) посвящены финансовому менеджменту здравоохранения, 18 (3,6%) - программе менеджмента здравоохранения; 9

(1,8%) – кадровому менеджменту здравоохранения; 9 (1,8%) – задачам менеджмента здравоохранения и их решению. В 23 (4,6%) востребовался реферат на тему «менеджмент здравоохранения». В остальных случаях запросы не допускают тематическую группировку.

Среди 147 запросов в месяц по поисковому словосочетанию «менеджмент медицина» 15 (10,2%) посвящены финансовому менеджменту медицины, 7 (4,8%) – перспективному менеджменту медицины. В остальных случаях запросы не допускают тематическую группировку.

В 21 поисковом запросе в месяц содержится словосочетание «управление учреждениями здравоохранения», из них в 7 (33,3%) востребуются социальные аспекты управления учреждениями здравоохранения. Ни в одном случае не обнаружены запросы по словосочетаниям «управление негосударственными учреждениями здравоохранения» или «управление частными учреждениями здравоохранения».

В 12 поисковых запросах в месяц содержится словосочетание «управление медицинской организацией».

В целом, поисковые запросы в Рунете по тематике управления в здравоохранении (медицине) структурируются следующим образом (таблица 14).

Таблица 14. Структура поисковых словосочетаний на тему управления в здравоохранении.

	В месяц	%
менеджмент здравоохранения	500	73,5
менеджмент медицина	147	21,6
управление учреждениями здравоохранения	21	3,1
управление медицинской организацией	12	1,8
корпоративное управление медицина здравоохранение	0	0
бизнес администрирование медицина здравоохранение	0	0
Всего	680	100,0

По поисковым запросам в Рунете изучена востребованность определения объекта управления, т.е. того, что находится в сфере управления организациями, участвующими в экономическом обороте.

Понятие «хозяйств...» (хозяйствование, хозяйственный, хозяйствующий и т.п.) применительно к понятию «медицина» употребляется в 14; понятие «предпринимательство» применительно к понятию «медицина» - в 72, применительно к понятию «здравоохранение» - в 80, а применительно к обоим понятиям «медицина» и «здравоохранение» - в 17 поисковых запросах в месяц.

Понятие «бизнес» применительно к понятию «медицина» употребляется в 224 поисковых запросах в Рунете в месяц, в том числе, «бизнес план медицина» - в 65 (29,0%), «управление бизнесом медицина» - в 11 (4,9%), «медицина здравоохранение бизнес» - в 6 (2,7%).

Понятие «бизнес» применительно к понятию «здравоохранение» употребляется в 169 поисковых запросах в Рунете в месяц, в том числе (таблица 15):

Таблица 15. Поисковые запросы в здравоохранении на тему бизнеса.

	В месяц	%
бизнес здравоохранение	69	40,8
бизнес план здравоохранение	46	27,2
бизнес план учреждения здравоохранения	16	9,5
бизнес планирования здравоохранения	12	7,1
составление бизнес планов здравоохранении	11	6,5
планирование здравоохранения бизнес реферат	9	5,3
бизнес планирование здравоохранения реферат	6	3,6

Понятие «медицинский бизнес» употребляется в 443 поисковых запросах в месяц, в том числе (таблица 16):

Таблица 16. Структура поисковых запросов на тему медицинского бизнеса.

	В месяц	%
бизнес план медицинского	188	42,4
бизнес центр медицинский	116	26,2
центр медицинской бизнес план	80	18,1
бизнес план медицинского учреждения	21	4,7
рентабельность медицинского бизнеса	15	3,4
управление медицинским бизнесом	15	3,4
оценка медицинского бизнеса	13	2,9
продажа медицинского бизнеса	13	2,9
образец бизнес медицинского центра	7	1,6
пример бизнес плана медицинского учреждения	6	1,4
бизнес план медицинского консультационного центра	6	1,4
бизнес план медицинской поликлиники	6	1,4

Словосочетание «управление бизнесом» («бизнес управление») встречается в 4197 поисковых запросах в Рунете в месяц, в том числе (таблица 17):

Таблица 17. Структура поисковых запросов на тему управления бизнесом.

1. управление бизнес процессами	552	13,2
2. управление малым бизнесом	373	8,9
39. управление медицинским бизнесом	15	0,4
48. управление бизнесом медицина	11	0,3

Иными словами, из 95 мест на тему «управление бизнесом» на 39-ом находится поисковый запрос по словосочетанию «управление медицинским бизнесом» (15 – 0,4% в месяц) и на 48-ом – по словосочетанию «управление бизнесом медицина» (11 – 0,3% в месяц), вместе (26) составляющие 0,6% от числа тематических запросов, т.е. занимающие 27-28 место – после управления гостиничным, ресторанным, туристическим, рекламным бизнесом.

Обращает внимание, что при отсутствии поисковых запросов по словосочетаниям «управление медицинск...», «управление лечебно-профилактическ...», по словосочетаниям «управление ЛПУ» встречается 78, «бизнес план ЛПУ» - 22, «структура управления ЛПУ» - 10, «ЛПУ управление персоналом диплом» - 6 запросов в месяц.

В целом, исследование структуры поисковых запросов по проблематике управления медицинскими организациями позволяет сделать следующие выводы:

1. Как в популяции в целом, в здравоохранении употребляется понятие «менеджмент», притом что в отличие от популяции в целом в обиходе здравоохранения вообще не используются понятия «корпоративное управление» и «бизнес-администрирование».

Обращение по поисковым запросам к понятию «менеджмент» в здравоохранении многократно (в 556 раз) меньше, чем в популяции (таблица 18).

Таблица 18. Структура поисковых запросов на тему менеджмента.

	В месяц	%
менеджмент	351332	100,0
менеджмент медицина	108	0,03
менеджмент медицина здравоохранение	9	0,003
менеджмент здравоохранения	500	0,14
Всего	617	0,18

2. Понятие управления (менеджмента) в здравоохранении делится с понятием управления в медицине. Об этом свидетельствует раздвоенность поисковых запросов в Рунете – запросам с поисковым словом «здравоохранение» всегда корреспондируют запросы с поисковым словом «медицина».

3. Понятие управления медицинскими организациями (частный менеджмент) не дифференцируется с понятием управления здравоохранением, т.е. деятельностью государственных (муниципальных) органов в области охраны здоровья (публичный менеджмент). Об этом свидетельствует то обстоятельство, что ежемесячно запросов по поисковому словосочетанию «менеджмент здравоохранения» (500 – 100%) многократно больше, чем по словосочетанию «управление медицинской организацией» (12 – 2,4%) или даже «управление учреждениями здравоохранения» (21 – 4,2%).

Отсюда вытекает неоднозначность того, кто является субъектом и какого управления.

4. Понятие управления государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения не дифференцируется с понятием управления частными медицинскими организациями (управления бизнесом). Об этом свидетельствует то обстоятельство, что ежемесячно поисковой системе адресуется не менее 70 запросов о бизнес-плане учреждений здравоохранения («бизнес план ЛПУ» - 22, «бизнес план медицинского учреждения» - 21, «бизнес план учреждения здравоохранения» - 16, «бизнес план медицинской поликлиники» - 6, «пример бизнес плана медицинского учреждения» - 6), притом что учреждения здравоохранения в настоящее время не являются участниками бизнеса.

Отсюда вытекает неоднозначность того, что является содержанием управления медицинскими организациями.

5. В здравоохранении (медицине) не сформировалось единого отношения к деятельности медицинских организаций как к бизнесу (предпринимательству, процессу хозяйствования и т.д.) – таблица 19.

Таблица 19. Структура поисковых запросов на темы предпринимательства в здравоохранении (медицине).

хозяйств медицина	14	1,7
предпринимательство медицин	75	8,8
предпринимательство здравоохранение медицина	17	2,0
бизнес здравоохранение	69	8,1
медицинский бизнес (бизнес медицины)	667	78,7
медицина здравоохранение бизнес	6	0,7
Всего	848	100,0

Отсюда вытекает неоднозначность того, что является объектом управления, т.е. того, что находится в сфере управления организациями, участвующими в экономическом обороте.

В целом, проведенное исследование структуры поисковых запросов в Рунете по проблематике управления медицинскими организациями показывает, что в здравоохранении (медицине):

- во-первых, не сложился понятийный аппарат управления хозяйственными единицами: запросы об отраслевом или публичном менеджменте здравоохранения имеют подавляющий приоритет над запросами об управлении учреждениями здравоохранения и об управлении медицинскими организациями;

- во-вторых, понятийный аппарат управления хозяйственными единицами, общий для промышленности, торговли, сферы немедицинского обслуживания и т.д., не используется в здравоохранении (медицине): неприменимыми являются понятия «хозяйствование», «корпоративное управление», «бизнес-администрирование» и др.;

- в-третьих, понятийный аппарат в запросах об управлении медицинскими организациями беден и сводится, как правило, к 2-3 номинациям, в то время как в запросах вовне здравоохранения (медицины) число номинаций колеблется от 95-100 («управление бизнесом») до 4-5 тыс. («менеджмент»).

Раздел 5.1.2. Статистическое исследование динамики потребностей управления медицинскими организациями по Интернет-запросам.

В динамике за 2005 год изучена обращаемость с поисковыми запросами по 9 ключевым словам и словосочетаниям («менеджмент», «корпоративное управление», «бизнес администрирование», «бизнес управление», «менеджмент здравоохранения», «менеджмент медицина», «бизнес здравоохранение», «бизнес медицина» и «медицинский бизнес»).

Исследование проведено путем месячного и поквартального подсчета запросов по каждому из этих словосочетаний и сравнения их в динамике за год.

Учитывая значимые различия в абсолютных величинах, их годовые, месячные и поквартальные значения по поисковым запросам по каждому словосочетанию были выражены в относительных величинах, допускающих сравнение.

Сравнение проводилось, в том числе, в расчете на средние относительные величины в месяц ($100\%:12=8,3\%$) и в квартал ($100\%:4=25\%$). Эти приведенные величины демонстрируют отклонения фактических показателей от расчетных средних за квартал и за месяц.

Таким образом, использовались три системы показателей (абсолютные, относительные – простые и приведенные – величины) по трем динамическим категориям (год, квартал и месяц).

По слову «менеджмент» за 2005 год сделано 2503460 поисковых запроса (рис. 15): за 1 квартал – 555557, за 2 – 457862, за 3 – 344423 и за 4 – 936618.

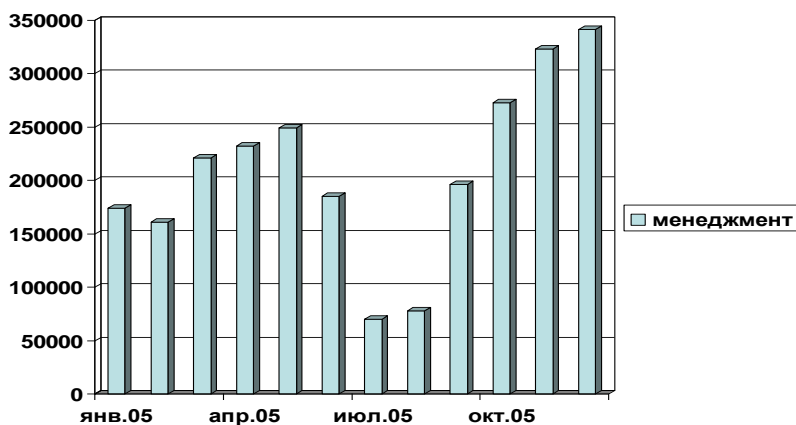


Рис. 15. Структура поисковых запросов по слову «менеджмент».

Кривая за год демонстративна: два пика, приходящиеся на весенний и осенне-зимний период (до новогодних праздников), и два спада – незначительный, недолгий и крутой посленовогодний и существенный, длительный и пологий летний, приходящийся на пору отпусков.

Первые три квартала происходит последовательное снижение доли от годовой величины (22,2% - 18,3% - 13,8%) и существенное ее повышение приходится только на 4 квартал (37,4%).

Самые низкие показатели – в феврале (6,4%, - 1,9%), самые высокие – в четвертом квартале: октябрь – 10,9% (+ 2,6%), ноябрь – 12,9% (+ 4,6%), декабрь – 13,6% (+ 5,3%), что – в случае продолжения роста в последующие периоды – отражает тенденцию.

По словосочетанию «корпоративное управление» за 2005 год сделано 63845 поисковых запросов (рис. 16): за 1 квартал – 13635, за 2 – 17263, за 3 – 11035 и за 4 – 21912.

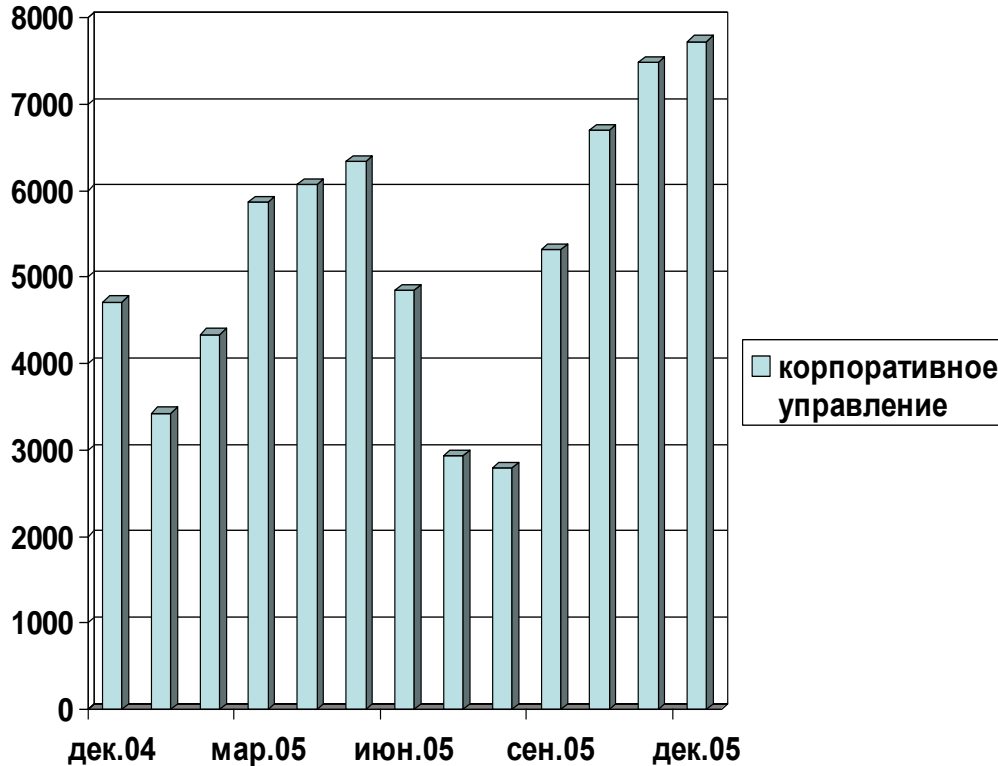


Рис. 16. Структура поисковых запросов по словосочетанию «корпоративное управление».

Кривая за год аналогична предшествующей.

Отличие в том, что пик, приходящийся на весенний период, более значителен. Поэтому низкое значение доли от годовой величины в 1 квартале (21,4%, - 3,6%) сменяется более высоким значением во 2 квартале (27,0%, + 2,0%), затем падая до 17,3% (- 7,7%) в 3 квартале и значительно вырастая в 4 квартале (34,3%, + 9,3%).

Самые низкие показатели приходятся на два летних месяца (июль – 4,6% и август – 4,4%), а самые высокие – на последующие месяцы года, с постепенным ростом от нулевого приведенного прироста в сентябре до + 3,8% в декабре (октябрь – 10,5%, ноябрь – 11,7%, декабрь – 12,1%), что – в случае продолжения роста в последующие периоды – отражает тенденцию.

По словосочетанию «бизнес администрирование» за 2005 год сделано 2532 поисковых запроса (рис. 17): за 1 квартал – 579, за 2 – 592, за 3 – 671 и за 4 – 690.

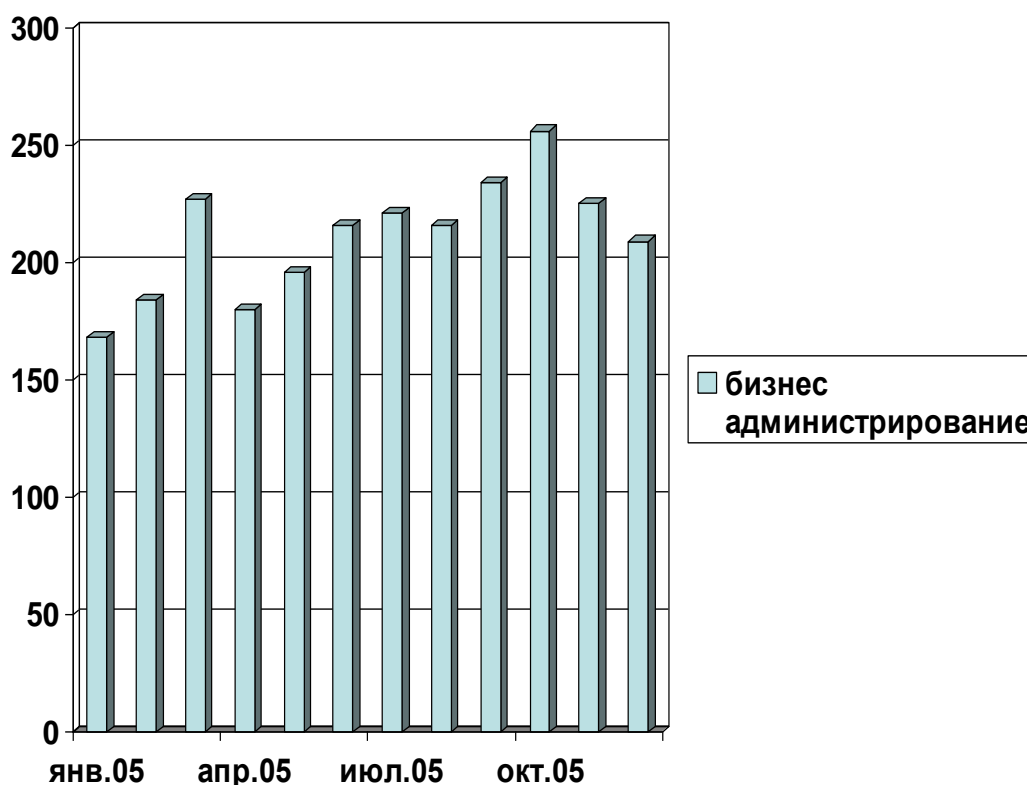


Рис. 17. Структура поисковых запросов по словосочетанию «бизнес администрирование».

Кривая за год значительно отличается от предшествующих: она уплощена, с единственным пиком в марте и незначительным спадом в апреле, вместо летнего спада – незначительный всплеск с последующим ростом до октября, когда наблюдается второй пик.

Поквартально на протяжении года происходит прогрессивное повышение доли от годовой величины: 1 квартал – 22,9% (- 2,1%), 2 квартал – 23,4% (- 1,6%), 3 квартал – 26,5% (+ 1,5%), 4 квартал – 27,3% (+ 2,3%), что явно свидетельствует о тенденции.

Самый низкий показатель – в январе (6,6%, - 1,7%), самый высокий – в октябре – 10,1% (+ 1,8%), притом что амплитуда колебаний показателей в остальные месяцы незначительна.

По словосочетанию «бизнес управление» за 2005 год сделано 42548 поисковых запросов (рис. 18): за 1 квартал – 8290, за 2 – 11561, за 3 – 9359 и за 4 – 13338.

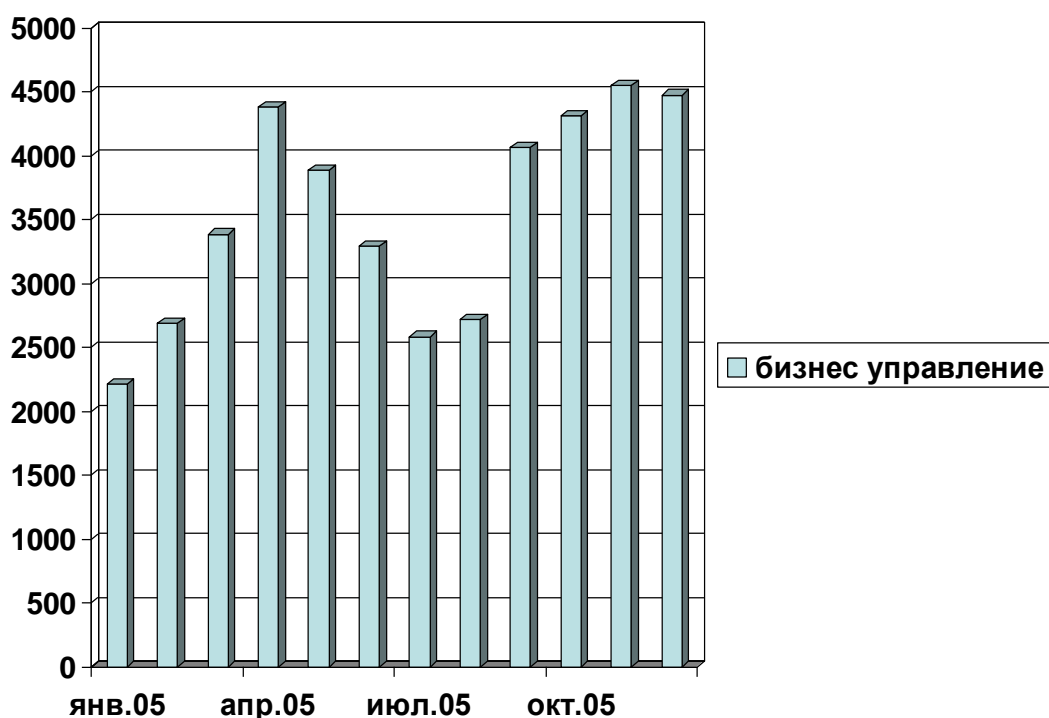


Рис. 18. Структура поисковых запросов по словосочетанию «бизнес управление».

Кривая за год представляет два пика, приходящиеся на весенний и осенне-зимний период (до новогодних праздников), и два сходных спада – посленовогодний и летний, приходящийся на пору отпусков.

Низкое значение доли от годовой величины в 1 квартале (19,5%, - 5,5 %) сменяется более высоким значением во 2 квартале (27,2%, + 2,2%), затем падая до 22,0% (- 3,0%) в 3 квартале и существенно вырастая в 4 квартале (31,3%, + 6,3%).

Самые низкие показатели – в январе (5,2%, - 3,1%), самые высокие – в апреле – 10,3% (+ 2,0%) и в последние четыре месяца: сентябрь – 9,5% (+ 1,2%), октябрь – 10,1% (+ 1,8%), ноябрь – 10,7% (+ 2,4%), декабрь – 10,5% (+ 2,2%), что – в случае продолжения роста в последующие периоды – может отражать тенденцию.

По словосочетанию «менеджмент здравоохранения» за 2005 год сделано 4146 поисковых запросов (рис. 19): за 1 квартал – 1039, за 2 – 903, за 3 – 767 и за 4 – 1437.

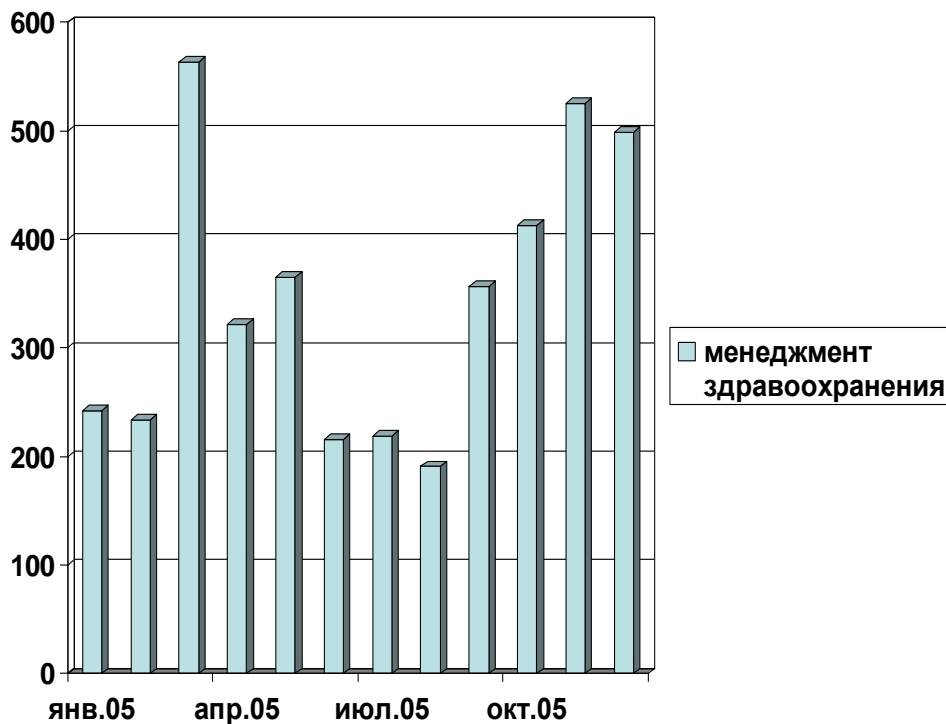


Рис. 19. Структура поисковых запросов по словосочетанию «менеджмент здравоохранения».

Кривая за год представляет два пика: один двузубый, резко возникший в марте и после месячного снижения нерезко повторившийся в мае, и пологий – в конце года, и два спада – посленовогодний и приходящийся на три летних месяца.

Нейтральное значение доли от годовой величины в 1 квартале (25,1%, + 0,1 %) сменяется снижением во 2 квартале (21,8%, - 3,2%), падая еще больше – до 18,5% (- 6,5%) – в 3 квартале и значительно вырастая в 4 квартале (34,7%, + 9,7%).

Самые низкие показатели – в летние месяцы: в июне (5,2%, - 3,1%), июле (5,3%, - 3,0%) и августе (4,6%, - 3,7%), а самые высокие – в марте (13,6%, + 5,3%), ноябре (12,7%, + 4,4%) и декабре (12,0%, + 3,7%).

По словосочетанию «менеджмент медицина» за 2005 год сделано 1775 поисковых запросов (рис. 20): за 1 квартал – 391, за 2 – 470, за 3 – 324 и за 4 – 590.

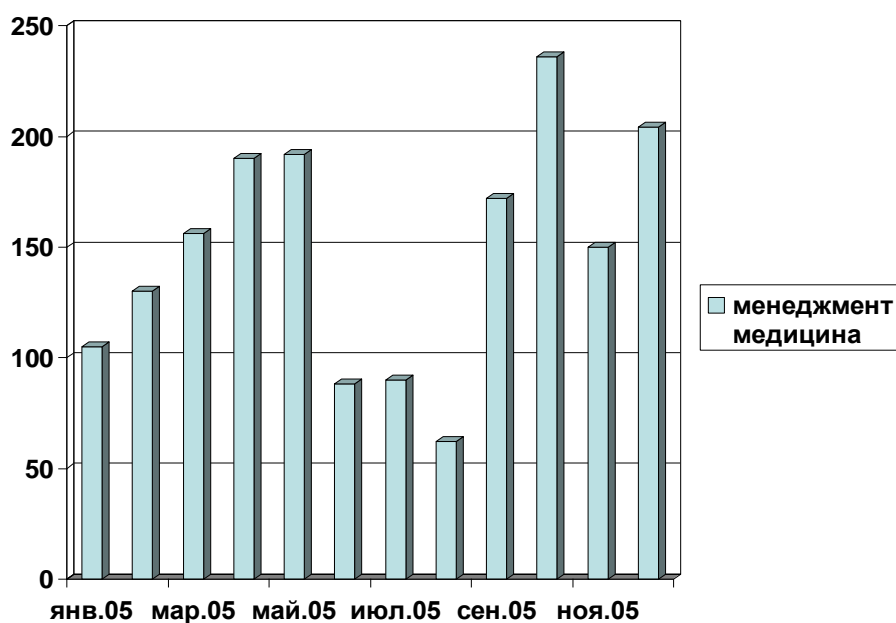


Рис. 20. Структура поисковых запросов по словосочетанию «менеджмент медицина».

Кривая за год представляет два пика: один пологий с начала года, резко обрывающийся в июне и второй неустойчивый двузубый – в последние четыре месяца года. Спад в летние месяцы максимален в августе.

Низкое значение доли от годовой величины в 1 квартале (22,0%, - 3,0 %) сменяется более высоким значением во 2 квартале (26,5%, + 1,5%), затем

падая до 18,3% (- 6,7%) в 3 квартале и существенно вырастая в 4 квартале (33,2%, + 8,2%).

Самые низкие показатели – в июле (5,1%, - 3,2%) и августе (3,5%, - 4,8%), а самые высокие – в октябре (13,3%, + 5,0%).

По словосочетанию «бизнес здравоохранение» за 2005 год сделано 533 поисковых запроса (рис. 21): за 1 квартал – 77, за 2 – 125, за 3 – 71 и за 4 – 260.

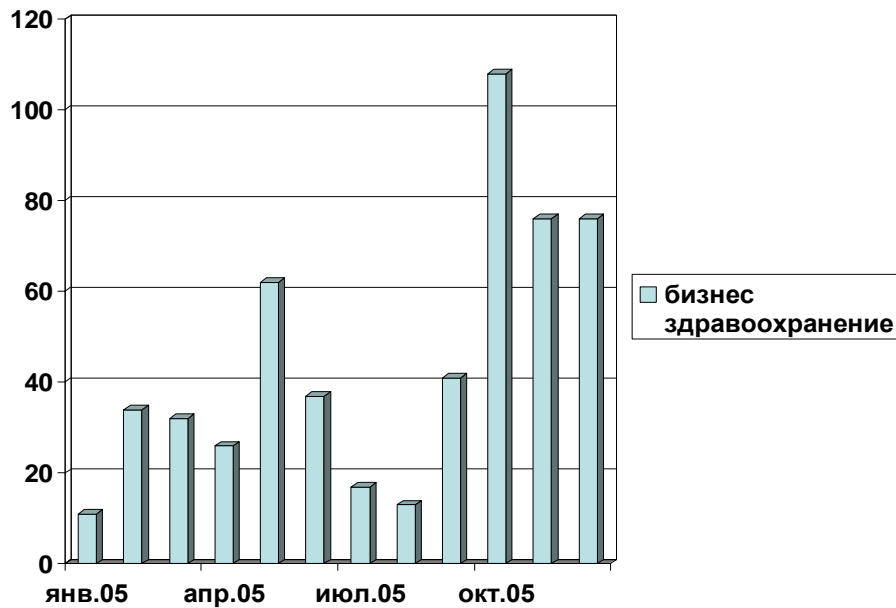


Рис. 21. Структура поисковых запросов по словосочетанию «бизнес здравоохранение».

Кривая за год – пилообразная и представляет три последовательных, плавно нисходящих пика: незначительный в феврале, большой – в мае и самый большой – в октябре.

Низкое значение доли от годовой величины в 1 квартале (14,4%, - 10,6 %) сменяется относительно более высоким значением во 2 квартале (23,5%, - 1,5%), затем снова падая фатально (13,3%, - 11,7%) в 3 квартале и резко вырастая в 4 квартале (48,8%, + 23,8%): фактически, половина запросов приходится на последний квартал года.

Самые низкие показатели – в январе (2,1%, - 6,2%), июле (3,2%, - 5,1%) и августе (2,4%, - 5,9%), а самые высокие – в октябре – 20,3% (+ 12,0%).

По словосочетанию «бизнес медицина» за 2005 год сделано 2435 поисковых запросов (рис. 22): за 1 квартал – 710, за 2 – 541, за 3 – 443 и за 4 – 741.

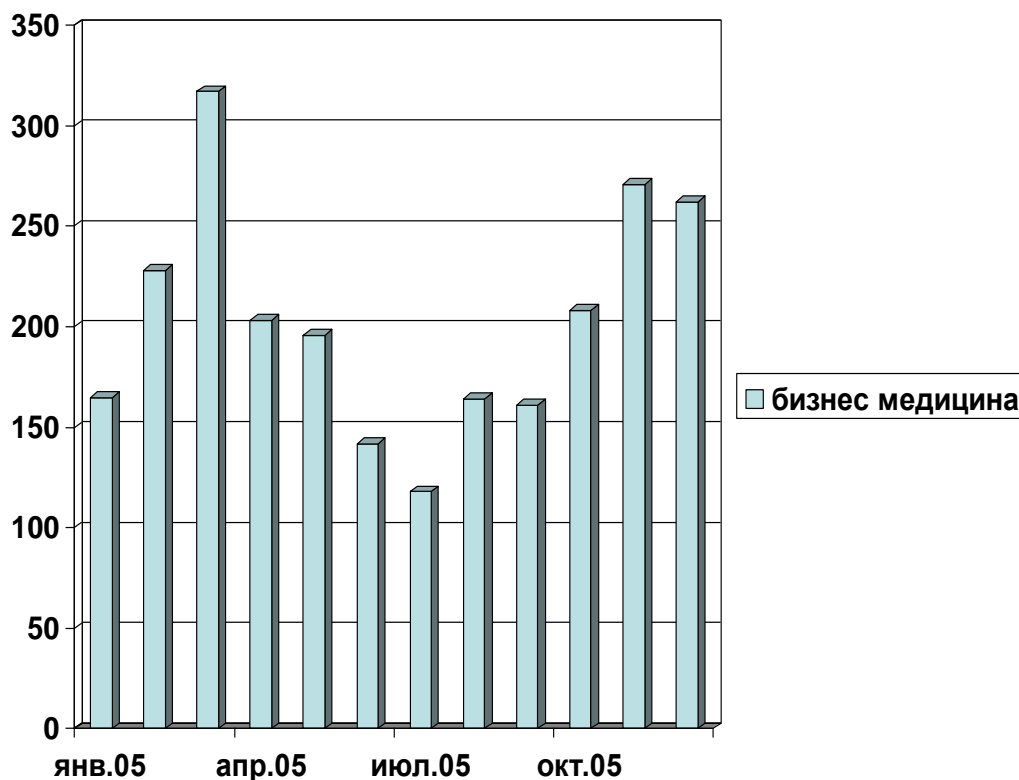


Рис. 22. Структура поисковых запросов по словосочетанию «бизнес здравоохранение».

Кривая за год представляет два пика, приходящиеся на весенний и осенне-зимний период (до новогодних праздников), и два недолгих и крутых спада – посленовогодний и летний.

Первые три квартала происходит последовательное снижение доли от годовой величины (29,2% - 22,2% - 18,2%) и существенное ее повышение приходится только на 4 квартал (30,4%).

Самые низкие показатели – в июле (5,8%, - 2,5%) и августе (4,8%, - 3,5%), а самые высокие – в марте (13,0%, + 4,7%).

По словосочетанию «медицинский бизнес» за 2005 год сделано 6180 поисковых запросов (рис. 23): за 1 квартал – 1426, за 2 – 1339, за 3 – 1386 и за 4 – 2029.

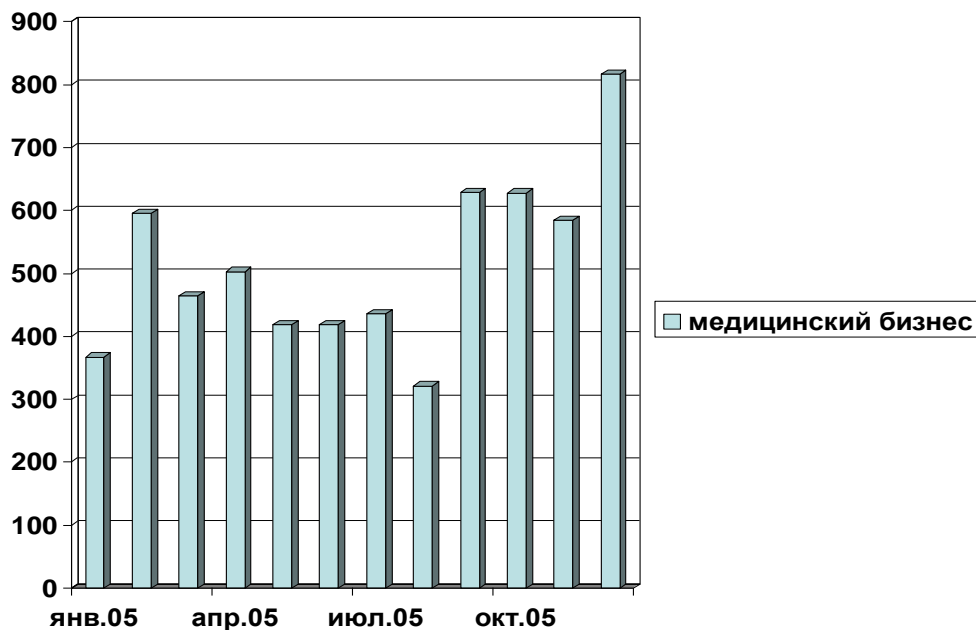


Рис. 23. Структура поисковых запросов по словосочетанию «медицинский бизнес».

Кривая за год представляет два пика: один, начавшийся в феврале и плавно нисходящий к августу, и второй – с сентября по декабрь.

Доли от годовой величины в первых трех кварталах ниже средних значений, но относительно стабильны: в 1 – 23,1% (- 1,9%), во 2 – 21,7% (- 3,3%), в 3 – 22,4% (- 2,6%). В 4 квартале доля от годовой величины подрастает до 32,8% (+ 7,8%).

Самые низкие показатели – в августе (5,2%, - 3,1%), самые высокие – в феврале (9,6%, + 1,3%), в сентябре-октябре (по 10,2%, + 1,9%) и особенно в декабре (13,2%, + 4,9%).

Обращает внимание относительная плавность изменений показателей по словосочетанию «медицинский бизнес», средняя между динамикой показателей по словосочетаниям «менеджмент» и «бизнес администрирование».

С целью выяснить наличие статистической связи между изучаемыми временными рядами поисковых словосочетаний проведен корреляционный анализ с помощью программы Statistica 6.0 (таблица 20).

Таблица 20. Показатели статистической связи между изучаемыми временными рядами поисковых словосочетаний.

$p < 0,05$	менеджмент	корпоративное управление	бизнес-администрирование	бизнес-управление	менеджмент здравоохранения	менеджмент медицина	бизнес здравоохранение	бизнес медицина	медицинский бизнес
менеджмент									
корпоративное управление	0,97								
бизнес-администрирование	0,15	0,27							
бизнес управление	0,84	0,92	0,39						
менеджмент здравоохранения	0,81	0,84	0,39	0,70					
менеджмент медицина	0,78	0,83	0,24	0,80	0,67				
бизнес здравоохранение	0,79	0,81	0,55	0,75	0,62	0,77			
бизнес медицина	0,67	0,67	0,10	0,45	0,85	0,48	0,41		
медицинский бизнес	0,69	0,70	0,29	0,66	0,57	0,68	0,67	0,46	

Статистически достоверная связь в настоящем исследовании демонстрирует, что изменения одного временного ряда происходят совместно с изменением другого временного ряда. Напротив, отсутствие связи между временными рядами свидетельствует о том, что изменение одного из них не сопровождается изменением другого.

Результаты исследования показывают, что не имеет статистически крепкой связи:

- временной ряд значений поискового словосочетания «бизнес администрирование» с временными рядами значений остальных поисковых словосочетаний;

- временной ряд значений поискового словосочетания «бизнес медицина» с временным рядом значений поискового словосочетания «бизнес управление»;

- временной ряд значений поискового словосочетания «медицинский бизнес» с временным рядом значений поискового словосочетания «менеджмент здравоохранения»;

- временной ряд значений поискового словосочетания «бизнес медицина» с временным рядом значений поискового словосочетания «менеджмент медицина»;

- временной ряд значений поискового словосочетания «бизнес медицина» с временным рядом значений поискового словосочетания «бизнес здравоохранение»;

- временной ряд значений поискового словосочетания «бизнес медицина» с временным рядом значений поискового словосочетания «медицинский бизнес».

Полное отсутствие статистически крепкой связи временного ряда значений поискового словосочетания «бизнес администрирование» с временными рядами значений остальных поисковых словосочетаний может свидетельствовать о разности аудиторий пользователей Рунета, производящих подобный поиск, как и о пользовании ими другими компьютерами (например, рабочими и домашними в первом случае вместо только рабочих во втором), а отсюда – о разности идеологии подхода к словосочетаниям, послужившим основой для поисковых запросов.

Частичное отсутствие статистически крепкой связи временных рядов значений поисковых словосочетаний может свидетельствовать о том, что по соответствующим из них пользователи Рунета руководствуются неодинаковыми или разными представлениями о смысле таких словосочетаний.

Общее для всех временных рядов поисковых словосочетаний состоит в том, что каждый из них начинается посленовогодним спадом и завершается предновогодним подъемом (рис. 24).

Таблица 21. Приведенные к средней поквартальные показатели поисковых словосочетаний.

	менеджмент	корпоративное управление	бизнес- администрирование	бизнес-управление	менеджмент здравоохранения	менеджмент медицина	бизнес здравоохранение	бизнес медицина	медицинский бизнес
1 квартал	- 2,8	- 3,6	- 2,1	- 5,5	+ 0,1	- 3,0	- 10,6	+ 4,2	- 1,9
Позиция	4	6	3	8	1	5	9	7	2
2 квартал	- 6,7	+ 2,0	- 1,6	+ 2,2	- 3,2	+ 1,5	- 1,5	- 2,8	- 3,3
Позиция	9	2	5	1	7	3	4	6	8
3 квартал	- 11,2	- 7,7	+ 1,5	- 3,0	- 6,5	- 6,7	- 11,7	- 6,8	- 2,6
Позиция	8	7	1	3	4	5	9	6	2
4 квартал	+ 12,4	+ 9,3	+ 2,3	+ 6,3	+ 9,7	+ 8,2	+ 23,8	+ 5,4	+ 7,8
Позиция	2	4	9	7	3	5	1	8	6

Сумма расхождения этих величин за первый и последний квартал позволяет ранжировать поисковые словосочетания по степени надежности того, что на следующий год продолжится рост востребованности этого поискового словосочетания (таблица 22).

В целом, исследование динамики поисковых запросов по проблематике управления медицинскими организациями позволяет сделать следующие выводы:

1. Проведенное исследование установило неодинаковость временных рядов поисковых запросов, не зависящую от того, являются такие запросы общими («менеджмент», «корпоративное управление», «бизнес администрирование», «бизнес управление») или специфичными («менеджмент здравоохранения», «менеджмент медицина», «бизнес здравоохранение», «бизнес медицина», «медицинский бизнес») – соответствующие кривые формируются только в зависимости от

динамической востребованности, которой обладает словосочетание поискового запроса, которая и определяет их характер.

Таблица 22. Позиционирование поисковых словосочетаний по прогнозу востребованности.

	менеджмент	корпоративное управление	бизнес-администрирование	бизнес-управление	менеджмент здравоохранения	менеджмент медицина	бизнес здравоохранение	бизнес медицина	медицинский бизнес
1 кв.	- 2,7	- 3,5	- 2,0	- 5,4	+ 0,1	- 2,9	- 8,6	+ 4,3	- 1,9
4 кв.	+12,5	+ 9,4	+ 2,4	+ 6,4	+ 9,8	+ 8,4	+30,2	+ 5,5	+ 7,9
Сумма расхождений	15,2	12,9	4,4	11,8	9,9	11,3	38,8	9,8	9,8
Позиция	7	6	1	5	3	4	8	2	2

2. Несомненной перспективой к росту числа запросов обладает словосочетание «бизнес администрирование», в динамике 2005 года проявившее явную к этому тенденцию.

3. Наибольшей вероятностью роста числа запросов обладают также словосочетания «бизнес медицина» и «медицинский бизнес» - в последнем случае рост доли от годовой величины до 32,8% в 4 квартале, очевидно, не является случайным, подтверждая такую вероятность.

4. Отсутствие статистически крепкой связи временного ряда значений поискового словосочетания «бизнес администрирование» с временными рядами значений остальных поисковых словосочетаний может свидетельствовать о разности аудиторий пользователей Рунета, производящих подобный поиск, как и о пользовании ими другими компьютерами (например, рабочими и домашними в первом случае вместо только рабочих во втором), а отсюда – о разности идеологии подхода к словосочетаниям, послужившим основой для поисковых запросов.

5. Отсутствие статистически крепкой связи временных рядов значений поисковых словосочетаний:

- «бизнес медицина» и «бизнес управление»;
- «медицинский бизнес» и «менеджмент здравоохранения»;
- «бизнес медицина» и «менеджмент медицина»;
- «бизнес медицина» и «бизнес здравоохранение»;
- «бизнес медицина» и «медицинский бизнес»

может свидетельствовать о том, что по соответствующим из них пользователи Рунета руководствуются неодинаковыми или разными представлениями о смысле таких словосочетаний.

Раздел 5.1.3. Статистическое исследование географии потребностей управления медицинскими организациями по Интернет-запросам.

В географическом срезе поисковые запросы по каждому словосочетанию распределились также неравномерно.

По каждому из них изучалась средняя величина запросов в месяц по федеральным округам и по регионам (крупным городам). В некоторых случаях присутствовали запросы из стран СНГ и Европы. Не отмечено запросов из США, стран Юго-Восточной Азии и Австралии.

Поисковое слово «менеджмент» было неравномерно популярно во всех семи федеральных округах (рис. 25):

«МЕНЕДЖМЕНТ»:

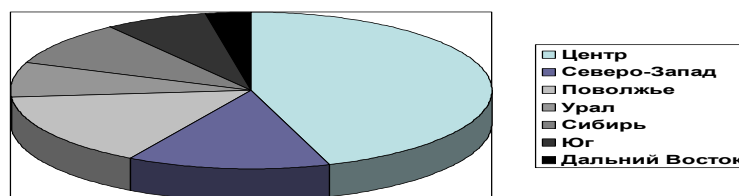


Рис. 25. Географическая структура поиска по слову «менеджмент».

Поиск по этому словосочетанию производился из 18 регионов: Москва и область (49,9%), Москва (44,6%), Петербург (12,7%), Екатеринбург (4,4%),

Казань (3,4%), Нижний Новгород (3,2%), Красноярск (2,8%), Новосибирск (2,7%), Уфа (2,6%), Челябинск (2,5%), Ростов-на-Дону (2,5%), Пермь (2,3%), Краснодар (2,1%), Волгоград (2,0%), Владивосток (1,9%), Самара (1,7%), Иркутск (1,7%), Воронеж (1,6%).

Из общей суммы запросов в месяц в рамках СНГ России принадлежит 89,2%, Украине – 7,9%, Белоруссии – 1,8%, Казахстану – 1,3, а вне этих рамок России – 89,2%, СНГ – 11,8%, Европе – 1,9%.

Поисковое словосочетание «корпоративное управление» было также неравномерно популярно во всех семи федеральных округах (рис. 26).

«корпоративное управление»:

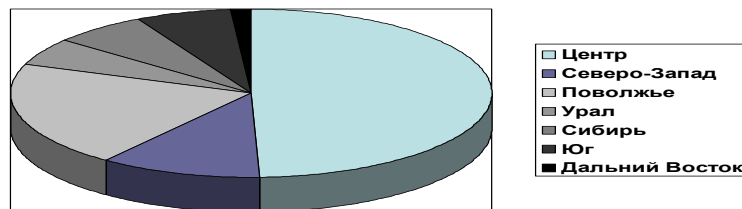


Рис. 26. Географическая структура поиска по словосочетанию «корпоративное управление».

Поиск по этому словосочетанию производился из 15 регионов: Москва и область (52,6%), Москва (46,7%), Петербург (11,0%), Самара (9,4%), Казань (4,9%), Ростов-на-Дону (4,4%), Екатеринбург (3,1%), Воронеж (2,3%), Оренбург (2,1%), Уфа (2,0%), Нижний Новгород (1,8%), Красноярск (1,7%), Новосибирск (1,7%), Иркутск (1,6%), Краснодар (1,5%).

Из общей суммы запросов в месяц в рамках СНГ России принадлежит 90,6%, Украине – 8,0%, Казахстану – 1,4, а вне этих рамок России – 87,4%, СНГ – 10,9%, Европе – 1,7%.

Поисковое словосочетание «бизнес администрирование» было неравномерно популярно в трех из семи федеральных округах – Центре, Северо-Западе и Поволжье (рис.27).

«бизнес администрирование»:

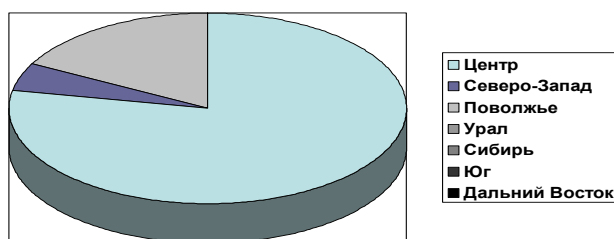


Рис. 27. Географическая структура поиска по словосочетанию «бизнес администрирование».

Поиск по этому словосочетанию производился из 5 регионов: Москва и область (78,1%), Москва (68,8%), Казань (10,2%), Саратов (7,0%), Сыктывкар (4,7%).

Из общей суммы запросов в месяц в рамках СНГ в России их сделано 84,8%, в Белоруссии – 15,2%. Из других стран СНГ и Европы запросов не было.

Поисковое словосочетание «бизнес администрирование» было неравномерно популярно во всех семи федеральных округах (рис. 28).

«бизнес управление»:

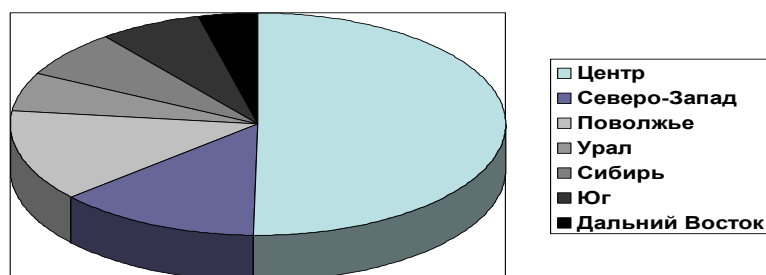


Рис. 28. Географическая структура поиска по словосочетанию «бизнес управление».

Поиск по этому словосочетанию производился из 11 регионов: Москва и область (57,2%), Москва (53,3%), Петербург (15,9%), Казань (5,4%), Ростов-на-

Дону (4,0%), Новосибирск (3,8%), Нижний Новгород (3,6%), Екатеринбург (3,3%), Владивосток (2,9%), Челябинск (2,2%), Ставрополь (1,7%).

Из общей суммы запросов в месяц в рамках СНГ в России их сделано 92,0%, в Украине – 6,3%, в Казахстане – 1,6%, в Белоруссии – 1,1%. Из других стран СНГ и Европы запросов не было.

Поисковое словосочетание «менеджмент здравоохранения» было неравномерно популярно (рис. 29) в шести из семи федеральных округах (кроме Урала).

«менеджмент здравоохранения»:

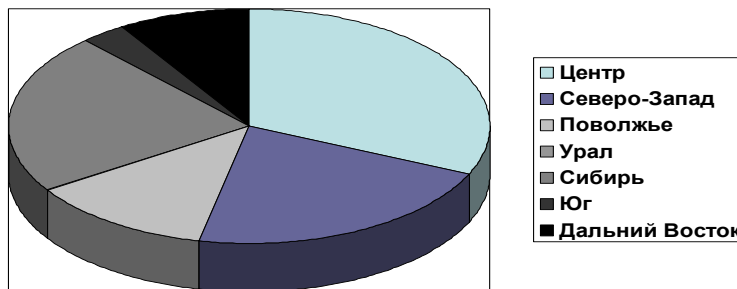


Рис. 29. Географическая структура поиска по словосочетанию «менеджмент здравоохранения».

Поиск по этому словосочетанию производился из 11 регионов: Москва (31,7%), Красноярск (18,3%), Петербург (9,4%), Вологда (7,7%), Хабаровск (6,2%), Киров (6,2%), Псков (4,6%), Новосибирск (3,7%), Уфа (3,7%), Сочи (3,1%), Казань (2,3%), Якутск (2,3%).

Из общей суммы запросов в месяц в рамках СНГ в России их сделано 86,4%, в Украине – 5,4%, в Киргизии – 4,0%, в Белоруссии – 2,5%, в Узбекистане – 1,7%. Из других стран СНГ и Европы запросов не было.

Поисковое словосочетание «менеджмент медицина» было неравномерно популярно в пяти из семи федеральных округах (кроме Северо-Запада и Юга) (рис.30).

«МЕНЕДЖМЕНТ МЕДИЦИНА»:

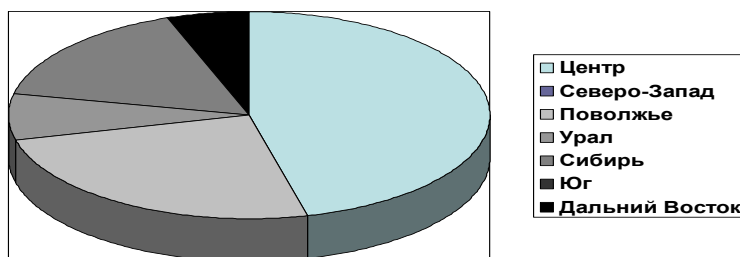


Рис. 30. Географическая структура поиска по словосочетанию «менеджмент медицина».

Поиск по этому словосочетанию производился из 8 регионов: Москва и область (46,0%), Москва (38,7%), Красноярск (16,1%), Саратов (12,9%), Екатеринбург (7,3%), Оренбург (6,4%), Хабаровск (5,6%), Чебоксары (5,6%).

Из общей суммы запросов в месяц в рамках СНГ в России их сделано 82,2%, в Украине – 13,2%, в Казахстане – 4,6%. Из других стран СНГ и Европы запросов не было.

Поисковое словосочетание «бизнес здравоохранение» было неравномерно популярно (рис. 31) в трех из семи федеральных округах (Центр, Северо-Запад и Поволжье).

«бизнес здравоохранение»:

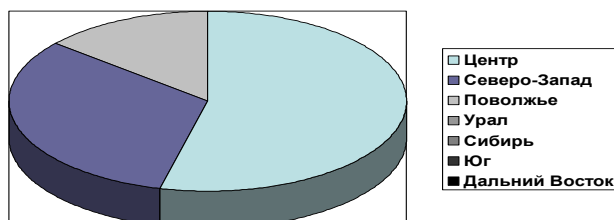


Рис. 31. Географическая структура поиска по словосочетанию «бизнес здравоохранение».

Поиск по этому словосочетанию производился из 4 регионов: Вологда (32,0%), Владимир (30,0%), Москва (24,0%), Ульяновск (14,0%).

Кроме России по словосочетанию «бизнес здравоохранение» из других стран запросов не делалось.

Поисковое словосочетание «бизнес медицина» было неравномерно популярно (рис. 32) в четырех из семи федеральных округах (Центр, Северо-Запад, Сибирь и Поволжье).

«бизнес медицина»:

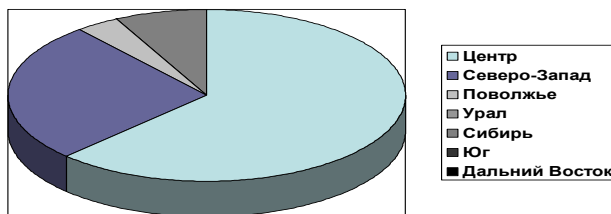


Рис. 32. Географическая структура поиска по словосочетанию «бизнес медицина».

Поиск по этому словосочетанию производился из 10 регионов: Москва и область (48,9%), Москва (40,5%), Петербург (12,6%), Ярославль (10,5%), Петрозаводск (7,4%), Вологда (6,3%), Кемерово (4,2%), Самара (3,7%), Иркутск (3,2%), Белгород (3,2%).

Из общей суммы запросов в месяц в России их сделано 92,6%, в Украине – 7,4%. Из других стран СНГ и Европы запросов не было.

Поисковое словосочетание «бизнес медицина» было неравномерно популярно (рис. 33) во всех семи федеральных округах.

Поиск по этому словосочетанию производился из 13 регионов: Москва и область (56,2%), Москва (50,2%), Новосибирск (8,2%), Магнитогорск (6,2%), Петербург (5,9%), Ставрополь (5,1%), Екатеринбург (3,7%), Ярославль (3,6%), Оренбург (2,3%), Волгоград (2,3%), Ростов-на-Дону (2,0%), Вологда (1,5%), Назрань (1,4%), Владивосток (1,4%).

«медицинский бизнес»:

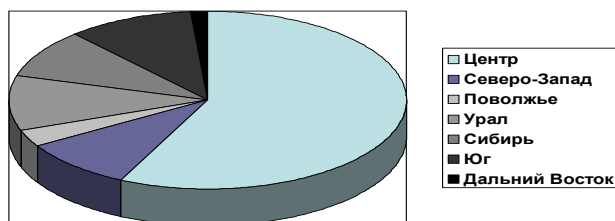


Рис. 33. Географическая структура поиска по словосочетанию «медицинский бизнес».

Из общей суммы запросов в месяц в рамках СНГ в России их сделано 97,4%, в Украине – 2,6%. Из других стран СНГ и Европы запросов не было.

Чтобы выяснить географическое представительство запросов по всем изучаемым поисковым словосочетаниям, проведено исследование их совокупности по федеральным округам и регионам (региональным центрам и крупным городам).

Географическое представительство изучаемых поисковых запросов по федеральным округам отражено в таблице 23.

Отсюда вытекают следующие выводы:

1. Во всех семи федеральных округах являются востребованными в качестве поисковых запросов словосочетания «менеджмент», «корпоративное управление», «бизнес управление», притом что словосочетание «бизнес администрирование» является востребованным в Центральном, Северо-Западном и Поволжском округах и не востребованным – в Сибирском, Уральском, Южном и Дальневосточном округах.

2. Словосочетание «менеджмент здравоохранения» является не востребованным в Уральском округе, «менеджмент медицина» - в Северо-Западном и Южном округах, «бизнес здравоохранение» - в Сибирском, Уральском, Южном и Дальневосточном округах, «бизнес медицина» - в Уральском, Южном и Дальневосточном округах.

Таблица 23. Географическое представительство поисковых запросов по федеральным округам.

	менеджмент	корпоративное управление	бизнес-администрирование	бизнес-управление	менеджмент здравоохранения	менеджмент медицина	бизнес здравоохранение	бизнес медицина	медицинский бизнес
Центр	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Северо-Запад	+	+	+	+	+	-	+	+	+
Сибирь	+	+	-	+	+	+	-	+	+
Урал	+	+	-	+	-	+	-	-	+
Поволжье	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Юг	+	+	-	+	+	-	-	-	+
Дальний Восток	+	+	-	+	+	+	-	-	+

3. Словосочетание «медицинский бизнес» является востребованным во всех федеральных округах.

4. В федеральных округах востребованными являются:

- в Центральном и Поволжском – все поисковые словосочетания;
- в Северо-Западном – кроме «менеджмент медицина»;
- в Сибирском – кроме «бизнес администрирование» и «бизнес здравоохранение»;
- в Дальневосточном – кроме «бизнес администрирование», «бизнес здравоохранение» и «бизнес медицина»;
- в Уральском – кроме «бизнес администрирование», «менеджмент здравоохранения», «бизнес здравоохранение», «бизнес медицина»;

- в Южном – кроме «бизнес администрирование», «менеджмент медицина», «бизнес здравоохранение», «бизнес медицина».

5. Четыре словосочетания («менеджмент», «корпоративное управление», «бизнес управление» и «медицинский бизнес») востребованы в качестве поисковых запросов во всех семи федеральных округах.

Географическое представительство изучаемых поисковых запросов по региональным центрам и крупным городам отражено в таблице 24.

Таблица 24. Географическое представительство поисковых запросов по региональным центрам и крупным городам.

	менеджмент	корпоративное управление	бизнес-администрирование	бизнес-управление	менеджмент здравоохранения	менеджмент медицина	бизнес здравоохранение	бизнес медицина	медицинский бизнес
Все запросы									
Москва и область	+	+	+	+		+	+	+	+
Москва	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Смешанные общие и медицинские запросы (14 городов)									
Петербург	+	+		+	+			+	+
Екатеринбург	+	+		+		+			+
Новосибирск	+	+		+	+				+
Ростов-на-Дону	+	+		+					+
Казань	+	+	+	+	+				
Красноярск	+	+			+	+			
Уфа	+	+			+				
Владивосток	+			+					+
Иркутск	+	+						+	
Самара	+	+						+	
Ставрополь				+					+
Волгоград	+								+
Саратов			+			+			
Оренбург		+				+			+
	30				20				
Только медицинские запросы (15 городов)									

Вологда					+		+	+	+
Хабаровск					+	+			
Ярославль								+	+
Петрозаводск								+	
Чебоксары						+			
Ульяновск						+			
Псков					+				
Сочи					+				
Якутск					+				
Киров					+				
Белгород								+	
Владимир							+		
Назрань									+
Магнитогорск									+
Кемерово								+	
									20
Только общие запросы (7 городов)									
Владивосток				+					
Пермь	+								
Сыктывкар			+						
Воронеж	+	+							
Краснодар	+	+							
Челябинск	+			+					
Нижний Новгород	+	+		+					
									12

Отсюда вытекают следующие выводы:

1. По поисковым запросам по всем изучаемым словосочетаниям все города (регионы) распределились по 4 группам:

- города, где встречаются все поисковые словосочетания (2 региона);
- города, где встречаются не все поисковые словосочетания, но как по общим вопросам управления организациями, так и по вопросам управления медицинскими организациями (14 городов);
- города, где встречаются поисковые словосочетания только по вопросам управления медицинскими организациями (15 городов);
- города, где встречаются поисковые словосочетания только по общим вопросам управления организациями (7 городов).

2. Для Москвы и области характерны поисковые запросы по всем словосочетаниям.

3. Среди тех городов, в которых интересуются как общими вопросами управления организациями, так и вопросами управления медицинскими организациями:

- для Петербурга свойственны словосочетания «менеджмент здравоохранения», «бизнес медицина» и «медицинский бизнес», для Екатеринбурга – «менеджмент медицина» и «медицинский бизнес», для Новосибирска – «менеджмент здравоохранения» и «медицинский бизнес», для Красноярска – «менеджмент здравоохранения» и «менеджмент медицина», для Оренбурга – «менеджмент медицина» и «медицинский бизнес»;

- для Ростова-на-Дону, Владивостока, Волгограда и Ставрополя свойственны поисковые запросы только по словосочетанию «медицинский бизнес», для Казани и Уфы – только по словосочетанию «менеджмент здравоохранения», для Иркутска и Самары – только по словосочетанию «бизнес медицина», для Саратова - только по словосочетанию «менеджмент медицина».

4. Среди тех городов, в которых интересуются вопросами управления только медицинскими организациями:

- для Вологды свойственны поисковые запросы по словосочетаниям «менеджмент здравоохранения», «бизнес здравоохранение», «бизнес медицина» и «медицинский бизнес», для Хабаровска – «менеджмент здравоохранения» и «менеджмент медицина», для Ярославля – «бизнес медицина» и «медицинский бизнес»;

- для Пскова, Кирова, Якутска и Сочи свойственны поисковые запросы только по словосочетанию «менеджмент здравоохранения», для Петрозаводска, Белгорода и Кемерово – только «бизнес медицина», для Чебоксар и Ульяновска – только «менеджмент медицина», для Владимира – только «бизнес здравоохранение».

5. Городами, в которых интересуются общими вопросами управления организациями и напроочь не интересуются вопросами управления

медицинскими организациями, являются Владивосток, Пермь, Сыктывкар, Воронеж, Краснодар, Челябинск и Нижний Новгород.

6. Поисковые словосочетания, востребованные во всех федеральных округах:

- «менеджмент» - не является востребованным в городах Ставрополь, Саратов, Оренбург, Вологда, Хабаровск, Ярославль, Петрозаводск, Чебоксары, Ульяновск, Псков, Сочи, Якутск, Киров, Белгород, Владимир, Назрань, Магнитогорск, Кемерово, Владивосток – всего в 18 региональных центрах;

- «корпоративное управление» - не является востребованным в городах Ставрополь, Волгоград, Саратов, Вологда, Хабаровск, Ярославль, Петрозаводск, Чебоксары, Ульяновск, Псков, Сочи, Якутск, Киров, Белгород, Владимир, Назрань, Магнитогорск, Кемерово, Владивосток, Пермь, Сыктывкар, Челябинск – всего в 20 региональных центрах;

- «бизнес управление» - не является востребованным в городах Красноярск, Уфа, Иркутск, Самара, Волгоград, Саратов, Оренбург, Вологда, Хабаровск, Ярославль, Петрозаводск, Чебоксары, Ульяновск, Псков, Сочи, Якутск, Киров, Белгород, Владимир, Назрань, Магнитогорск, Кемерово, Пермь, Сыктывкар, Воронеж, Краснодар – всего в 24 региональных центрах;

- «медицинский бизнес» - не является востребованным в городах Казань, Красноярск, Уфа, Иркутск, Самара, Саратов, Хабаровск, Петрозаводск, Чебоксары, Ульяновск, Псков, Сочи, Якутск, Киров, Белгород, Владимир, Кемерово, а также в городах, в которых не интересуются вопросами управления медицинскими организациями (Владивосток, Пермь, Сыктывкар, Воронеж, Краснодар, Челябинск, Нижний Новгород) – всего в 23 региональных центрах.

Проведенное исследование структуры, динамики и локализации поисковых запросов по вопросам управления медицинскими организациями в сочетании с исследованием поисковых запросов по общим вопросам управления организациями в Рунете в целом показало, что:

1. если по общим вопросам управления организациями пользователи Рунета отправляются от понятия «бизнес» по умолчанию, то вопросы

управления медицинскими организациями запросы по поводу бизнеса применительно к понятиям «здравоохранение» и «медицина» общего отправного начала не имеют;

2. запросы по вопросам управления медицинскими организациями формулируются без опоры на общие вопросы управления организациями, в связи с чем аудитории запросов по вопросам управления медицинскими организациями и по общим вопросам управления организациями разные: те, кто задается первыми, не задается вторыми;

3. понятие управления (менеджмента, администрирования) в здравоохранении (медицине) не приведено к единообразно понимаемым субъекту (организации, а не отрасли) и объекту (бизнесу, предприятию или предпринимательству, хозяйству или хозяйствованию), в связи с чем словосочетание «медицинский бизнес» становится компромиссным для характеристики управления медицинской организацией.

Таким образом, понятия «здравоохранение» и «медицина» до настоящего времени не нашли консолидирующего начала в субъекте («учреждения здравоохранения» и «медицинские организации»), чтобы можно было говорить о единстве объекта.

Объект «бизнес» не находит понимания в здравоохранении, но является релевантным медицинской деятельности вообще (медицине). Поэтому понятие «медицинский бизнес», являющийся объектом управления медицинской организации, не вызывает неприятия.

Что же является объектом здравоохранения, чтобы быть объектом управления учреждения здравоохранения, до настоящего времени не известно. За неимением другого в здравоохранении применяется то же понятие «бизнес» («бизнес планирование учреждения здравоохранения» и т.п.), не имеющее отношения ни к бизнесу вообще, ни к медицинскому бизнесу в частности.

В будущем либо деятельность учреждений здравоохранения действительно станет бизнесом, каким является для других (частных) медицинских

организаций, либо здравоохранение вынуждено будет сформулировать его аналог для обозначения объекта деятельности учреждений здравоохранения. Это необходимо для того, чтобы об управлении – равно учреждениями здравоохранения и частными медицинскими организациями – можно было говорить в единой системе координат.

Вывод к § 5.1: Структурные, географические и динамические показатели поисковых Интернет-запросов свидетельствуют об отсутствии сформированных ориентиров потребностей управления медицинскими организациями.

§ 5.2. СТРУКТУРА ПОТРЕБНОСТЕЙ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ (по специализированным Интернет-баннерам).

Проведено исследование переходов пользователей Рунета с ресурса нецелевой специализации (www.medlaw.ru) на ресурс целевой специализации (www.jurinfozdrav.ru) по баннерам целевой специализации.

Ресурсом нецелевой специализации для целей настоящего исследования принят сайт в Рунете, посетители которого интересуются состоянием дел в медицине не управленческого характера.

Ресурсом целевой специализации для целей настоящего исследования принят сайт в Рунете, информация на котором является посвященной вопросам управления медицинскими организациями.

Баннерами целевой специализации являются общепринятые в Интернете кнопки под кратким текстом, мотивирующие заинтересованных пользователей перейти на другой ресурс, нажав на них (сделав клик).

Нажатие этих кнопок (клик по баннеру) свидетельствует об активном намерении посетителя нецелевого ресурса перейти на целевой ресурс, чтобы более подробно ознакомиться с информацией, помещенной в кратком тексте на кнопке (баннере). Случайные клики по баннеру не исключены, но без активного намерения воспользоваться соответствующей информацией пользователи Рунета не станут тратить время на переход с ресурса на ресурс, экономя оплату услуг доступа в Рунет. Это означает, что те посетители

нецелевого ресурса, которые делают клик по соответствующему баннеру, составляют целевую аудиторию для целевого ресурса.

При каждом посещении ресурса нецелевой специализации номинации баннеров менялись, так что при разных его посещениях даже один и тот же пользователь имел возможность кликнуть по разным баннерам и малую вероятность – кликнуть по одному и тому же баннеру два и более раз.

Число кликов по каждому баннеру в месяц доступно измерению. С интервалом через два календарных месяца с 16 июля 2005 года по 16 мая 2006 года проводились замеры числа кликов по баннерам во всей их совокупности (всего 13579).

По числу кликов на каждый баннер сформировались моментные (статистика накопительного – с нарастающим итогом – роста по последовательным точкам замеров) и интервальные (статистика прироста за период между двумя последовательными замерами) ряды динамики за год.

На первом этапе данные накопительной и интервальной баннерной статистики исследованы по крайним (наибольшим и наименьшим) частотам от периода к периоду в течение 2005 года.

При исследовании накопительной баннерной статистики выяснилось, что на протяжении года:

1. устойчиво держались на первых местах номинации баннеров:

- 1.1. «составление договора об оказании медицинских услуг»;
- 1.2. «способы оплаты медицинских услуг»;
- 1.3. «как развить бизнес в здравоохранении?»;

2. устойчиво держались на последних местах номинации баннеров:

- 2.1. «конъюнктура рынка медицинских услуг»;
- 2.2. «как увеличить доходы медицинской организации?»;

3. неустойчиво находились в числе первых номинации баннеров:

- 3.1. «как избежать ошибок при управлении бизнесом?» (4 периода);
- 3.2. «как получить информацию, необходимую для управления?» (4 периода);
- 3.3. «ликвидность медицинских услуг» (3 периода);

- 3.4. «бизнес в здравоохранении» (2 периода);
- 3.5. «бизнес-администрирование в здравоохранении» (2 периода);
- 3.6. «защита собственности в здравоохранении» (1 период);
- 3.7. «вред от оказания медицинской помощи» (1 период);
- 3.8. «оптимизация управления медицинской организацией» (1 период);
- 3.9. «как застраховаться от рисков?» (1 период).

4. неустойчиво находились на последних местах номинации баннеров:

- 4.5. «медицинская организация в суде» (1 период);
- 4.6. «управление медицинской организацией и право» (1 период);
- 4.12. «корпоративное управление в здравоохранении» (1 период);
- 4.11. «представительство медицинских организаций» (1 период);
- 4.13. «ценообразование на медицинские услуги» (1 период);
- 4.14. «как расширить сферу влияния бизнеса в здравоохранении?» (1 период);
- 4.2. «медицинское страхование: правовые аспекты» (2 периода);
- 4.3. «проверки медицинских организаций» (2 периода);
- 4.4. «конкурентные преимущества медицинских услуг» (2 периода);
- 4.8. «правовые основы контроллинга в здравоохранении» (2 периода);
- 4.9. «риски в управлении медицинской организацией» (2 периода);
- 4.10. «как восстановить бизнес после кризиса?» (2 периода);
- 4.7. «как оценить состояние своего бизнеса?» (3 периода);
- 4.1. «кто защитит медицинскую организацию?» (4 периода).

При исследовании интервальной баннерной статистики выяснилось, что:

- 1. на протяжении года по всем шести интервальным измерениям не было номинаций баннеров, устойчиво держащихся на первых или последних местах;
- 2. среди номинаций баннеров, неустойчиво держащихся на первых местах:
 - 2.1. «составление договора об оказании медицинских услуг» - трижды (через период);
 - 2.2. «способы оплаты медицинских услуг» - дважды (в первом и предпоследнем периоде);

2.3. «защита собственности в здравоохранении» - дважды (в первом и предпоследнем периоде);

3. среди номинаций баннеров, неустойчиво держащихся на последних местах:

3.1. «конъюнктура рынка медицинских услуг» - четырежды (1, 2, 4 и 5 периоды);

3.2. «как избежать кризиса бизнеса?» - дважды (4 и 6 периоды);

3.3. «как оценить состояние своего бизнеса?» - дважды (3 и 5 периоды);

3.4. «как увеличить доходы медицинской организации?» - дважды (2 и 4 периоды);

3.5. «медицинское страхование: правовые аспекты» - дважды (1 и 2 периоды).

Баннеры по сходности содержания номинаций разделены на 4 неравномерные группы (рис. 34):

1 группа: медицинский бизнес (23 – 40,0%)

2 группа: процессы в здравоохранении (8 – 13,3%)

3 группа: медицинские организации (18 – 30,0%)

4 группа: медицинские услуги (10 – 16,7%)

Структура баннеров по общности номинаций:

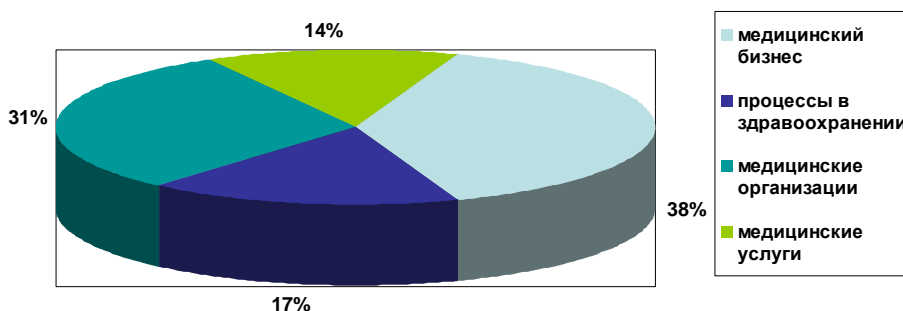


Рис. 34. Структура баннеров по общности номинаций.

На втором этапе проведен сравнительный анализ средних величин накопительной и интервальной баннерной статистики: по группам за каждый период и по отдельным номинациям – в целом за год.

По группам баннеров средне-накопительные величины высчитывались в целом за каждый период и с полученной величиной затем сравнивались средние групповые величины (таблица 25).

Таблица 25. Динамическая структура средних величин по группам номинаций баннеров.

Замеры/номинации	I	II	III	IV	V	VI
Накопительная статистика	51,1	97,0	152,9	188,7	204,5	230,2
медицинский бизнес	53,4	103,3	153,8	190,0	205,9	232,5
процессы в здравоохранении	49,8	85,1	136,9	168,0	181,5	204,5
медицинские организации	48,7	92,4	151,6	186,2	200,7	226,2
медицинские услуги	51,4	94,8	155,7	191,9	208,5	233,1

Выяснилось, что величины средних только 1 («медицинский бизнес») группы баннеров устойчиво превышают величины средних по периоду в течение всего года, а величины 2 («процессы в здравоохранении») и 3 («медицинские организации») групп – устойчиво ниже этих средних. Величины средних 4 («медицинские услуги») группы также превышали величины средних в течение всего года, кроме второго периода.

По группам баннеров средне-интервальные величины высчитывались в целом за каждый период и с полученной величиной затем сравнивались средние групповые величины (таблица 26).

Таблица 26. Динамическая структура средне-интервальных величин по группам баннеров.

Интервальная статистика	51,1	45,9	55,9	35,8	15,5	25,9
медицинский бизнес	53,4	50,0	50,5	36,1	15,5	26,8
процессы в здравоохранении	49,8	42,0	57,6	37,0	17,9	24,8
медицинские организации	48,7	43,7	59,2	34,6	13,9	26,1
медицинские услуги	51,4	43,4	60,9	36,2	16,6	24,6

Выяснилось, что:

1. ни в одной группе средне-интервальные величины не превышали последовательно все средние групповые величины;

2. показатели устойчивости интервальной востребованности баннеров по группам следующие:

2.1. «медицинский бизнес» - 5 из 6 периодов (кроме третьего);

2.2. «медицинские услуги» - 4 из 6 периодов (кроме второго и шестого);

2.3. «процессы в здравоохранении» - 3 из 6 периодов (кроме первого, второго и шестого);

2.4. «медицинские организации» - 2 из 6 периодов (кроме первого, второго, четвертого и пятого).

Далее проведен сравнительный анализ величин интервальной баннерной статистики по каждой из номинаций.

Выяснилось, что ни по одной из номинаций баннеров не наблюдалось стабильного роста «кликов» в течение года.

Баннеры 12 номинаций характеризуются стабильным на протяжении года спадом числа кликов; по 7 из них спад за 6 период по сравнению с первым периодом – более чем в два раза:

- «бизнес-администрирование в здравоохранении»;
- «как избежать кризиса бизнеса?»;
- «как не допустить кризиса в бизнесе?»;
- «как организовать и наладить бизнес в здравоохранении?»;
- «как эффективно управлять бизнесом?»;
- «корпоративное управление в здравоохранении»;
- «риски в управлении медицинской организацией».

По оставшимся 5 номинациям баннеры характеризуются меньшими, но также стабильными темпами спада:

- «как получить информацию, необходимую для управления?»;
- «как привлечь инвестиции в бизнес?»;
- «как расширить сферу влияния бизнеса в здравоохранении?»;
- «как уменьшить убытки медицинской организации?»;

- «организация бизнеса в здравоохранении».

Проведен анализ стандартных отклонений по каждой из номинаций баннеров.

С целью элиминировать нерепрезентативные данные в этом анализе не учитывался 5 период (январь-февраль 2006 года), так как он характеризуется снижением деловой активности, и, как следствие – снижением активности пользователей Рунета.

При анализе учитывалось, что наименьшее стандартное отклонение от среднего характеризует стабильность востребованности баннеров по конкретной номинации. Выяснилось, что самым стабильным спросом (стандартное отклонение не превышало 10) пользовались баннеры следующих номинаций (в порядке убывания стабильности):

1. «как оценить состояние своего бизнеса?»;
2. «бизнес-планирование в здравоохранении»;
3. «представительство медицинских организаций»;
4. «как застраховаться от рисков?»;
5. «как уменьшить риски в бизнесе?»;
6. «развитие бизнеса в здравоохранении»;
7. «как получить информацию, необходимую для управления?»;
8. «как привлечь инвестиции в бизнес?»;
9. «правовые основы контроллинга в здравоохранении».

Самым нестабильным интересом пользовались баннеры следующих номинаций (в порядке убывания стабильности):

1. «управление медицинской организацией и право»;
2. «как уменьшить убытки медицинской организации?»;
3. «медицинская организация в суде»;
4. «составление договора об оказании медицинских услуг»;
5. «ликвидность медицинских услуг».

Также выяснилось, что абсолютное большинство номинаций (7 из 9), имеющих стабильную востребованность, представляют 1 группу баннеров («медицинский бизнес»). Высокую стабильность имеют также баннеры по

одной номинации из 2 («процессы в здравоохранении») и 3 («медицинские организации») групп.

В то же время малой стабильностью востребованности характеризуются баннеры трех номинаций из 3 («медицинские организации») группы, а также двух номинаций из 4 («медицинские услуги») группы. При этом баннеры последней группы имеют самые высокие показатели нестабильности.

На третьем этапе баннеры изучались по внутренним (внутри группы) и внешним (в разных группах) смысловым ассоциациям номинаций посредством корреляционного анализа.

В 1 группе («медицинский бизнес») баннеры находились в тесной корреляционной связи, кроме двух пар:

- «как оценить состояние своего бизнеса?» и «как расширить сферу влияния бизнеса в здравоохранении?» ($r=0,67$);

- «информация в управлении бизнесом в здравоохранении» и «как использовать информацию при управлении бизнесом в здравоохранении?» ($r=0,81$).

Во 2 группе («процессы в здравоохранении») баннеры находились в тесной корреляционной связи, кроме следующих пар:

- «защита собственности в здравоохранении» и «медицинское страхование: правовые аспекты» ($r=0,72$);

- «защита собственности в здравоохранении» и «социальный заказ в здравоохранении» ($r=0,80$);

- «защита собственности в здравоохранении» и «управление в здравоохранении: правовые аспекты» ($r=0,77$);

- «инвестиционные проекты в здравоохранении» и «медицинское страхование: правовые аспекты» ($r=0,76$);

- «инвестиционные проекты в здравоохранении» и «социальный заказ в здравоохранении» ($r=0,79$);

- «инвестиционные проекты в здравоохранении» и «управление в здравоохранении: правовые аспекты» ($r=0,77$);

- «корпоративное управление в здравоохранении» и «медицинское страхование: правовые аспекты» ($r=0,71$);

- «корпоративное управление в здравоохранении» и «правовые основы контроллинга в здравоохранении» ($r=0,81$);

- «корпоративное управление в здравоохранении» и «социальный заказ в здравоохранении» ($r=0,81$).

В 3 группе («медицинские организации») все баннеры находились между собой в тесной корреляционной связи.

В 4 группе («медицинские услуги») баннеры находились в тесной корреляционной связи, кроме двух пар:

- «конъюнктура рынка медицинских услуг» и «ликвидность медицинских услуг» ($r=0,81$);

- «способы оплаты медицинских услуг» и «ценообразование на медицинские услуги» ($r=0,72$).

По внешним ассоциациям номинаций баннеры разных групп находились в тесной корреляционной связи, кроме трех пар:

- «медицинская услуга: правовые аспекты» и «управление в здравоохранении: правовые аспекты» ($r=0,81$);

- «управление в здравоохранении: правовые аспекты» и «юридическое обслуживание медицинских организаций» ($r=0,65$);

- «управление медицинской организацией и право» и «юридическое обслуживание медицинских организаций» ($r=0,75$).

В целом, полученные результаты исследования приводят к следующим обобщениям:

1. Наиболее высокую, но неустойчивую востребованность в течение года продемонстрировали следующие номинации баннеров: «составление договора об оказании медицинских услуг»; «способы оплаты медицинских услуг»; «как развить бизнес в здравоохранении?».

2. Наиболее устойчивая, но низкая востребованность в течение года была присуща следующим номинациям баннеров: «как оценить состояние своего

бизнеса?»; «бизнес-планирование в здравоохранении»; «представительство медицинских организаций»; «как застраховаться от рисков?»; «как уменьшить риски в бизнесе?»; «развитие бизнеса в здравоохранении»; «как получить информацию, необходимую для управления?»; «как привлечь инвестиции в бизнес?»; «правовые основы контроллинга в здравоохранении».

3. Наиболее нестабильной востребованностью в течение года отличались следующие номинации баннеров: «управление медицинской организацией и право»; «как уменьшить убытки медицинской организации?»; «медицинская организация в суде»; «составление договора об оказании медицинских услуг»; «ликвидность медицинских услуг».

4. Наиболее низкая востребованность в течение года была свойственна следующим номинациям баннеров: «конъюнктура рынка медицинских услуг»; «как увеличить доходы медицинской организации?».

5. Наиболее стабильный спад востребованности в течение года показали следующие номинации баннеров: «бизнес-администрирование в здравоохранении»; «как избежать кризиса бизнеса?»; «как не допустить кризиса в бизнесе?»; «как организовать и наладить бизнес в здравоохранении?»; «как эффективно управлять бизнесом?»; «корпоративное управление в здравоохранении»; «риски в управлении медицинской организацией».

6. Наиболее высокой стабильной востребованностью в течение года пользовались номинации 1 («медицинский бизнес») группы, высокой нестабильной востребованностью – 4 («медицинские услуги») группы, низкой стабильной востребованностью – 2 («процессы в здравоохранении») и 3 («медицинские организации») групп баннеров. При этом наиболее высокие показатели нестабильности имеют баннеры 4 («медицинские услуги») группы.

7. Находясь в смысловых ассоциациях, лишены тесной корреляционной связи следующие номинации баннеров: «как оценить состояние своего бизнеса?» и «как расширить сферу влияния бизнеса в здравоохранении?»;

«информация в управлении бизнесом в здравоохранении» и «как использовать информацию при управлении бизнесом в здравоохранении?»); «защита собственности в здравоохранении» и «медицинское страхование: правовые аспекты»; «защита собственности в здравоохранении» и «социальный заказ в здравоохранении»; «защита собственности в здравоохранении» и «управление в здравоохранении: правовые аспекты»; «инвестиционные проекты в здравоохранении» и «медицинское страхование: правовые аспекты»; «инвестиционные проекты в здравоохранении» и «социальный заказ в здравоохранении»; «инвестиционные проекты в здравоохранении» и «управление в здравоохранении: правовые аспекты»; «корпоративное управление в здравоохранении» и «медицинское страхование: правовые аспекты»; «корпоративное управление в здравоохранении» и «правовые основы контроллинга в здравоохранении»; «корпоративное управление в здравоохранении» и «социальный заказ в здравоохранении»; «конъюнктура рынка медицинских услуг» и «ликвидность медицинских услуг»; «способы оплаты медицинских услуг» и «ценообразование на медицинские услуги»; «медицинская услуга: правовые аспекты» и «управление в здравоохранении: правовые аспекты»; «управление в здравоохранении: правовые аспекты» и «юридическое обслуживание медицинских организаций»; «управление медицинской организацией и право» и «юридическое обслуживание медицинских организаций».

8. Если в 3 группе («медицинские организации») все баннеры находились между собой в тесной корреляционной связи, а в самой большой – 1 (23 баннера), как и в 4 («медицинские услуги»), группе менее тесную связь имели всего лишь по две пары баннеров, то в самой маленькой 2 группе (8 баннеров) недостаточно тесную корреляционную связь обнаружили 9 пар баннеров.

Таким образом, проведенное исследование баннерной статистики свидетельствует о том, что отсутствует общая, системная и структурированная мотивация востребованности информации по

номинациям управления в здравоохранении у заинтересованных в ней пользователей Рунета.

Вывод к § 5.2: Показатели Интернет-активности по специализированным баннерам в течение года свидетельствуют об отсутствии системных, целенаправленных и взаимосвязанных ориентиров потребностей управления медицинскими организациями.

Вывод к главе 5: Приоритеты руководителей медицинских организаций неопределенны и не являются интересами товаропроизводителей.

ГЛАВА 6. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И УСЛОВИЯ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ИННОВАЦИОННОЙ ОСНОВЕ.

§ 6.1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Практическое здравоохранение представляет собой сферу отношений по поводу медицинских услуг исполнительской и потребительской сред. Соответственно, организация здравоохранения распадается на две части: организация исполнительской среды оказания медицинской помощи и организация потребительской среды получения медицинской помощи (42).

Прежде правила организации обеих сред были едиными: поскольку государство охватывало все общество, учреждения здравоохранения, включенные в механизм государства, в нисходящей административной иерархии занимали положение между органами управления здравоохранением и гражданами.

С изменением политического устройства в России, во-первых, государство обособилось от общества, члены общества обрели автономию личности и гражданскую самостоятельность. Во-вторых, исход государства из экономики ознаменовался в здравоохранении появлением частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей.

Тем самым потребительская среда дезинтегрировалась из здравоохранения, а частная медицина – не интегрировалась в него из-за неприятия ее самим здравоохранением.

Здравоохранение перестало быть единственно возможным для граждан, оставшись бесплатным для них. Будь здравоохранение при этом эффективным в лучших традициях советского периода, оно стало бы действительной альтернативой частной медицине. Однако процессы дезинтеграции начались в самом здравоохранении.

Здравоохранение перестало быть централизованным государственным институтом, распавшись по имущественной принадлежности учреждений

здравоохранения федеральному, региональному и муниципальному уровню. Децентрализация усугубилась разделением уровней финансирования учреждений здравоохранения.

Здравоохранение, искусственно объединяемое в систему органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения, перестало быть системой, разделившись по результату деятельности – имеющему товарную форму для учреждений здравоохранения и не имеющему – для органов управления здравоохранением.

Здравоохранение перестало быть отраслью народного хозяйства в прежнем значении непроектной сферы, в изменившихся условиях не став отраслью экономики наравне с промышленностью, строительством, торговлей и т.д.

Учреждения здравоохранения, утратив интегрированность в механизм государства и сохраняя отраслевое положение практического звена здравоохранения, не обрели своего правового положения в качестве юридических лиц. Сохранив административную подчиненность механизму государства, учреждения здравоохранения, не стали и хозяйствующими субъектами, субъектами товарных отношений (135).

С утратой прежнего значения и единства в условиях изменившегося устройства государства здравоохранение не изменило своего прежнего нетоварного устройства. Однако общество, в том числе должностные лица органов управления здравоохранением и практические медработники, стало руководствоваться ориентирами изменившегося устройства государства, привнося в здравоохранение чуждые его устройству товарные новшества.

Экономическая ригидность здравоохранения стала замещаться товарной инициативой тех, кто не является субъектами товарных отношений. Если учреждения здравоохранения оказались вне рыночных отношений, то инициатива товарообмена перешла к их работникам – мздоимство стало нормой для медицинских работников в учреждениях здравоохранения. Если на фоне частной медицины под запретом оказался рынок в практическом здравоохранении, при органах управления здравоохранением возникли

структуры рыночного отъема доходов у частных медицинских организаций (добровольно-принудительный консалтинг при лицензировании и т.д.).

Тем самым наряду с исполнительской средой оказания медицинской помощи в частной медицине и потребительской средой получения медицинской помощи сформировалась среда здравоохранения, в противопоставлении первой и в противостоянии второй организованная на декларативных началах, которым не соответствует фактическое положение дел в ней.

Объективно, если в частной медицине экономическая деятельность регулируется федеральным законодательством, то в здравоохранении – ведомственными нормативами. Если частная медицина устроена на началах воспроизводства, создания ВВП, то здравоохранение – на началах потребления, использования ВВП. Если частная медицина организована на основе договора, то здравоохранение – на основе административных предписаний.

В потребительской среде взгляды на частную медицину и здравоохранение иные. Если в частной медицине за медицинские услуги приходится платить, то в здравоохранении – нет. И пока фактическая платность формально бесплатного здравоохранения соразмеряется с покупательной способностью граждан, они готовы ее терпеть. Но когда в учреждениях здравоохранения любая медицинская помощь перестает оказываться бесплатно, терпению граждан приходит конец.

Оставшись формально бесплатным и перестав быть единственно возможным для граждан, здравоохранение перестало быть приемлемым для них. Граждане еще не склонились в пользу частной медицины, но уже массово ропщут в адрес бесплатного здравоохранения. По результатам Интернет-обращений к Президенту России (2006 г.), несмотря на то, что почти половина ограничивается констатацией негативных фактов, почти каждый третий из них ищет пути выхода из создавшегося положения (рис. 35).

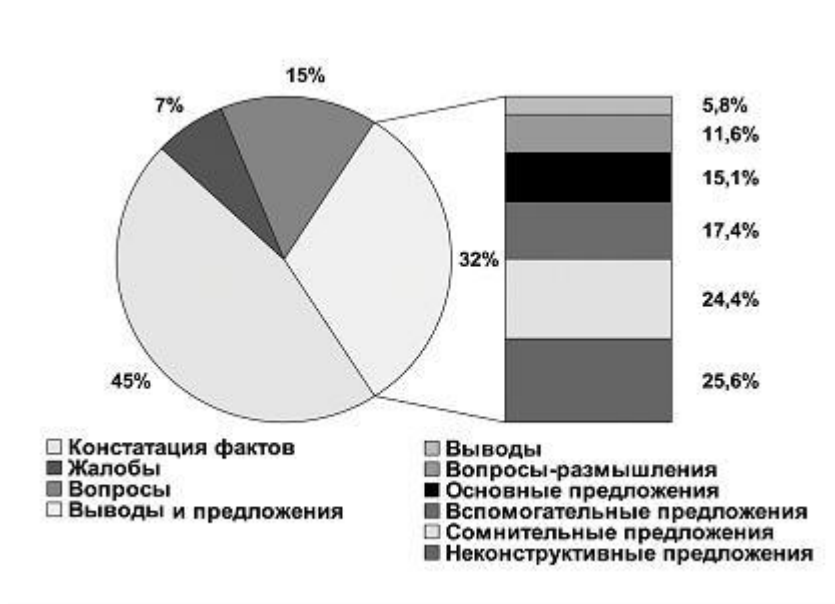


Рис. 35. Структура Интернет-обращений граждан к Президенту России.

Напротив, в среде здравоохранения нет ощущения катастрофы. По результатам Интернет-обращений к Президенту России (2006 г.) почти 90% медицинских работников занято сетованиями по поводу заработной платы и ее сравнением у коллег, и лишь менее 10% предпринимает поиски выхода из создавшегося положения (рис. 36).



Рис. 36. Структура Интернет-обращений к Президенту России медицинских работников.

Характерно, что в Интернет-обращениях к Президенту России явно обозначили себя лишь один главный врач учреждения здравоохранения и двое

руководителей частных медицинских организаций. Иными словами, управленцы от медицины предпочитают не участвовать в открытом общении с властью.

И это было бы объяснимо, будь в здравоохранении налажен работоспособный правовой режим хозяйствования, действовало эффективное управление, и существовала высокоразвитая экономика.

Проведенные исследования демонстрируют, что это не так.

Мнения юристов, отражающие не их персональную позицию, а установления закона, довольно однозначны как в отношении содержания (114), так и оснований (115) хозяйственного процесса в здравоохранении. В части правового режима деятельности в экономическом обороте им соответствуют мнения руководителей частных медицинских организаций (119). Мнения же руководителей учреждений здравоохранения (112) не соответствуют ни мнениям юристов, ни мнениям руководителей частных медицинских организаций ни в части правового режима деятельности в экономическом обороте, ни в части правового режима деятельности бюджетных учреждений. Иными словами, предмет деятельности учреждений здравоохранения иной, чем определен законом и принят в частной медицине.

Между тем деятельность тех и других в заданных законом рамках состоит в производстве и реализации медицинских услуг за плату, производимую потребителем или третьими лицами в его пользу. Закон не делает различий медицинских услуг, производимых и реализуемых учреждениями здравоохранения и частными медицинскими организациями, как и различий в личности плательщика – оплачивает ли эти медицинские услуги государство или любое иное лицо.

Хотя ориентиры управления в представлениях руководителей частных медицинских организаций достаточно размыты и неопределенны (125), они имеют экономическую основу и несопоставимы с таковыми в представлениях руководителей учреждений здравоохранения (124). Между тем закон одинаково определяет понятия юридического лица (170, ст.48) и его органов (170, ст.53), как и понятие хозяйствующего субъекта – российских и иностранных коммерческих

организаций и их объединений (союзы или ассоциации), некоммерческих организаций, за исключением не занимающихся предпринимательской деятельностью, в том числе сельскохозяйственных потребительских кооперативов, а также индивидуальных предпринимателей (30, ст.4).

Очевидно, что вопреки единству правового режима фактические различия между субъектами, объектами, характером деятельности и управления в области охраны здоровья являются искусственными, носят подзаконный характер и происходят из организационной сферы.

А граница подобного деления проходит по линии доступа к средствам государственной казны: учреждения здравоохранения, которые такой доступ имеют и используют для потребления этих средств, и частные медицинские организации, лишенные доступа к средствам государственной казны, но как налогоплательщики ее пополняющие, а помимо этого своей экономической деятельностью порождающие эффект в социальной среде. Частные медицинские организации и государственную казну пополняют наравне с хозяйствующими субъектами в других отраслях экономики, и социальный эффект оказывают наравне с учреждениями здравоохранения. Учреждения же здравоохранения эту казну опустошают – без адекватной социальной отдачи.

Тем самым в здравоохранении не работает правовой режим хозяйствования, не сложилось эффективного управления, не формируется нормальной экономики постольку, поскольку единству товарообмена противопоставляется разграничение государственной казны и частного капитала.

При этом бизнес противопоставляется здравоохранению, хотя экономика создается бизнесом, и нормальная товарная экономика здравоохранения – не исключение. Понимание этого происходит уже в настоящее время.

Не случайно компромиссным и одновременно объединительным становится понятие «медицинский бизнес» (120). При виртуальном опросе на сайте www.jurinfozdrav.ru (по состоянию на 20.03.08) 60% респондентов высказалось безусловно утвердительно и 40% - отрицательно под различными условиями (таблица 27).

Таблица 27. Структура ответов респондентов на вопрос: «Считаете ли Вы, что оказание медицинских услуг – это бизнес?».

да	73 - 60,3%
да, только в частных организациях	22 - 18,2%
да, кроме финансирования из госбюджета	12 - 9,9%
да, кроме как в системе ОМС	7 - 5,8%
да, кроме как при медицинском страховании	7 - 5,8%
Всего	123 – 100%

Лишь 3% респондентов полагает, что этим бизнесом может управлять менеджер без медицинского образования, и при этом остальные 97% считает, что управлять им должен в качестве менеджера медицинский работник (таблица 28).

Таблица 28. Структура ответов респондентов на вопрос: «Кто, по Вашему мнению, должен управлять медицинским бизнесом?».

Медик с управленческим образованием	71 - 44,4%
Менеджер с медицинским образованием	41 - 25,6%
Менеджер со специализацией в медицине	30 - 18,8%
Практический медик	13 - 8,1%
Менеджер широкого профиля	5 - 3,1%
Всего	160 – 100%

При этом почти половина респондентов считает, что медицинскому бизнесу необходима защита от административного ресурса (таблица 29).

Таблица 29. Структура ответов респондентов на вопрос: «Нужна ли медицинскому бизнесу защита?»

Да, от административного ресурса	42 - 48,8%
Да, от потребительского экстремизма	17 - 19,8%
Нет, лишь бы не мешали	12 - 14,0%
Да, от своего менеджмента	10 - 11,6%
Да, от бандитов	5 - 5,8%
Всего	86 – 100%

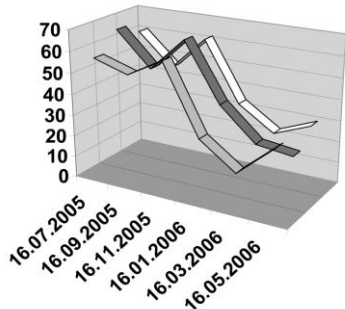
Тем самым заинтересованные пользователи Рунета большинством считают, что оказание медицинских услуг – это бизнес, руководить им может только медицинский работник, сведущий в вопросах управления (менеджер), а необходима этому бизнесу защита прежде всего от административного ресурса.

Отсюда проблема хозяйствующих субъектов в области охраны здоровья – в управленческой подготовленности руководителей и в агрессивности административного ресурса.

Содержание и объект управления субъектами медицинской деятельности не является определенным, внятным и доступным их руководителям. Об этом свидетельствует баннерная статистика (37).

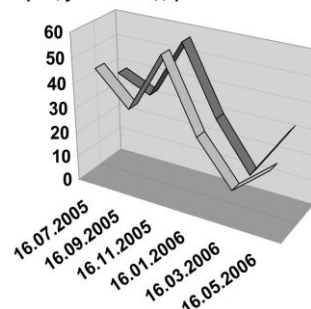
Развитию бизнеса одинаково необходимо и составление договора об оказании медицинских услуг, и понимание способов их оплаты, и увеличение доходов медицинской организации (без чего она просто не сможет развиваться), и понимание конъюнктуры экономического оборота (без чего невозможно позиционирование в нем медицинской организации). Однако ни доходность деятельности, ни конъюнктура рынка не популярны среди заинтересованных пользователей Рунета (рис. 36).

Номинации баннеров, устойчиво державшиеся на первых местах



- Как развить бизнес в здравоохранении?
- Составление договора об оказании медицинских услуг
- Способы оплаты медицинских услуг

Номинации баннеров, устойчиво державшиеся на последних местах

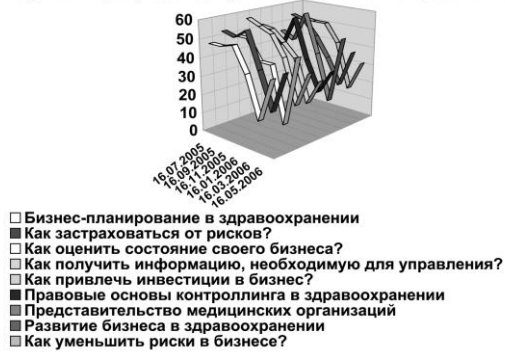


- Как увеличить доходы медицинской организации?
- Конъюнктура рынка медицинских услуг
- Конъюнктура рынка медицинских услуг

Рис. 36. Сравнительная структура номинаций наиболее и наименее востребованных баннеров.

Заинтересованных пользователей Рунета стабильно привлекают вопросы организации, планирования, оценки бизнеса наряду с вопросами о связанных с этим рисках, но то, что составляет организацию бизнеса (убытки, ликвидность продукции) и риск-менеджмент, пользуется нестабильным спросом (рис. 37).

Номинации баннеров, характеризуемые стабильной востребованностью



Номинации баннеров, характеризуемые нестабильным интересом

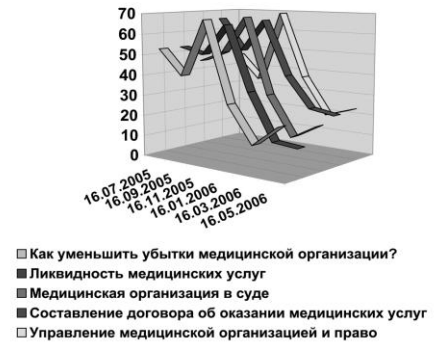


Рис. 37. Сравнительная структура номинаций наиболее и наименее стабильно востребованных баннеров.

На этом фоне еще более странным является стабильный спад востребованности вопросов организации бизнеса и риск-менеджмента в других формулировках (рис. 38).

Номинации баннеров, характеризующиеся стабильным спадом числа кликов

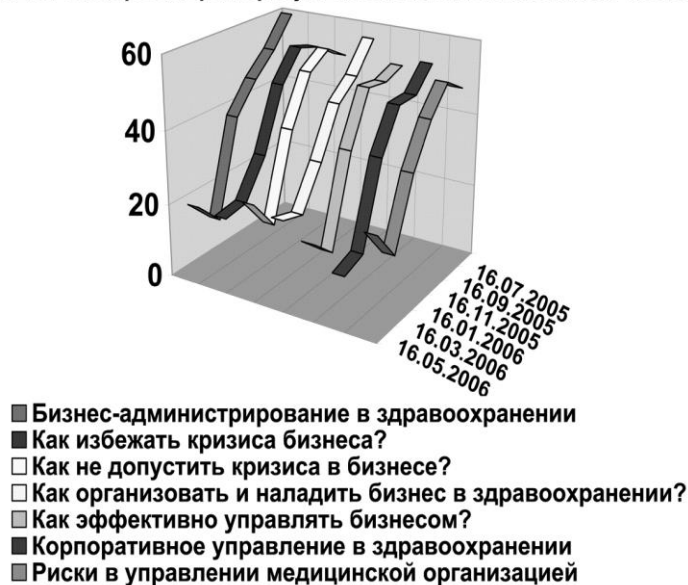


Рис. 38. Структура номинаций баннеров регрессирующего спроса.

Из этого следует, что административный аппарат медицинских организаций не имеет четких ориентиров корпоративного менеджмента (бизнес-администрирования).

И уход в бизнес медицинских работников, прежде работавших в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, не означает, что они усвоили правила бизнеса, одинаковые для всех отраслей экономики. Привычные для учреждений здравоохранения правила они пытаются модифицировать и адаптировать к условиям бизнеса.

Из этого следует, что медицинский бизнес – это еще не бизнес в общепринятом понимании и значении.

Медицинский бизнес не сформировал еще свою доктрину, как государство не сформировало свою доктрину отношения к медицинскому бизнесу.

Именно потому медицинский бизнес испытывает гнет административного ресурса, что государство дистанцируется в здравоохранении от бизнеса, не имея возможности найти ему работоспособную альтернативу. А то здравоохранение, которое есть, государством всячески обособляется от бизнеса, не представляя собой подобную для него альтернативу.

Тем самым под лозунгом «Нет бизнесу!» здравоохранение остается на неизблемых организационных началах потребления средств государственной казны, использования ВВП. И то обстоятельство, что налогоплательщики содержат такое здравоохранение, которое ничего не дает обществу, ради которого существует, не заставляет здравоохранение менять свою организацию.

Здравоохранение оставляет медицинский бизнес за пределами своей организации. И это понятно: медицинский бизнес организован на правовых основах, установленных государством, и складывается по экономическим законам, по которым живет вся экономика страны. Медицинский бизнес не подчиняется ведомственным установлениям в здравоохранении. В отличие от здравоохранения медицинский бизнес не скрывает от общества свой товарообменный характер, не подменяет экономику нерыночным распределением незаработанных средств, по доходам осуществляя расходы. И

медицинский бизнес вовсе не препятствует бесплатности медицинской помощи, монополию на которую присвоило здравоохранение.

Следовательно, если здравоохранение хранит свою энтропию, не отзываясь на запросы общества, будучи полностью зависимо от государства и его казны, только влияние общества на государство способно привести к переменам в организации здравоохранения.

Таким образом, существующая организация здравоохранения замкнута внутриведомственным циклом распределения и потребления средств государственной казны и не ориентирована на потребности сферы охраны здоровья. Частная медицина и общество находятся вне сферы здравоохранения. И общество, и государство недовольны здравоохранением и требуют от него изменений. Реформы здравоохранения изнутри самого здравоохранения заканчиваются провалом. Доктрина новой организации здравоохранения должна быть порождена и осуществлена обществом. Это требует от государства соответствующей организации общества.

Изложенное позволяет сформулировать следующие обобщения:

1. В сложившихся политических условиях практическое здравоохранение приобрело товарную форму и договорную основу.
2. В существующем виде экономика отечественного здравоохранения не имеет товарного характера.
3. Государство не может, а общество не хочет сохранять прежнюю организацию финансирования здравоохранения.
4. Здравоохранение, организованное в противопоставлении частной медицине и ориентированное на государственное финансирование безотносительно запросов общества, изжило себя.
5. Подкрепленная силой государства организация общества в отношении здравоохранения в позиционировании перед субъектами исполнительной власти и экономической деятельности способна обусловить формирование современной организации здравоохранения.

Выводы к § 6.1:

1. В здравоохранении не работает правовой режим хозяйствования, не сложилось эффективного управления, не формируется нормальной экономики постольку, поскольку единству товарообмена противопоставляется разграничение государственной казны и частного капитала.

2. Товаропроизводитель не нашел еще свое место в здравоохранении, как и государство не сформировало свое отношение к товаропроизводителю в здравоохранении.

3. Если здравоохранение хранит энтропию, не отзываясь на запросы общества, будучи полностью зависимо от государства и его казны, только влияние общества на государство способно привести к переменам в организации здравоохранения.

§ 6.2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ ДОКТРИНЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Проблема не в устройстве здравоохранения, а в доктрине его устройства. И реформировать нужно не следствие (состояние здравоохранения), а причину (доктрину организации здравоохранения).

Если состояние здравоохранения не соответствует политическим, экономическим и юридическим реалиям, то причина этого – в организации здравоохранения.

В отличие от прежнего периода здравоохранение представлено двумя различными частями. Та часть здравоохранения, которая относится к механизму государства (и муниципальных образований), представлена государственными (и муниципальными) органами. Та часть здравоохранения, которая производит и реализует товары, работы и услуги медицинского назначения, представлена хозяйствующими субъектами. Поскольку экономика отделена от механизма государства, постольку не имеют общего и не могут быть каким-либо образом объединены государственные или муниципальные органы и хозяйствующие субъекты.

Однако наследием предшествующего времени в новые социально-экономические условия перешли государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, положение которых до сих пор определяется прежними представлениями. Если при таком неопределенном положении учреждения здравоохранения при производстве и реализации товаров, работ и услуг медицинского назначения руководствуются публичными интересами, которые преследуют государственные и муниципальные органы управления здравоохранением, то – в ущерб своим интересам в качестве хозяйствующих субъектов. Если же учреждения здравоохранения пытаются руководствоваться интересами хозяйствующих субъектов, то это встречает административные препятствия.

Тем самым громадная сеть учреждений здравоохранения фактически выключена из участия в обороте, но, находясь в подчиненности государственных и муниципальных органов, содержится на административном бюджетно-внебюджетном финансировании.

Если участие в обороте позволяет хозяйствующим субъектам имущество воспроизводить, то бюджетно-внебюджетное содержание учреждений здравоохранения сводит их деятельность к потреблению внеоборотных ассигнований. На казне это отражается двояко: как неполученными доходами, так и затратами на содержание учреждений здравоохранения.

До настоящего времени в здравоохранении сохраняется принцип обобщения: финансирование здравоохранения, общественное здоровье и т.д.

Вместе с этим реалии совершенно иные. Финансирование государственной и муниципальной систем здравоохранения из бюджета и внебюджетных фондов не отражает действительной ситуации в здравоохранении. Во-первых, из бюджета финансируются как государственные и муниципальные органы управления здравоохранением, так и учреждения здравоохранения. Во-вторых, ассигнования в учреждения здравоохранения из бюджета и внебюджетных фондов – так же из соображений целесообразности – поступают из консолидированного бюджета органов управления

здравоохранением. В-третьих, финансирование здравоохранения связано никак не с положительной динамикой состояния здоровья граждан, а с запросами органов управления здравоохранением или учреждений здравоохранения, существующих в условиях постоянной нехватки средств.

Показатели общественного здоровья могут лишь служить обоснованием потребностей государственной и муниципальной систем здравоохранения, но не отражением эффективности их деятельности.

В настоящее время доктрина организации здравоохранения рассчитана на обоснование нуждами общественного здоровья плановых затрат на существование отрасли. Это первая фактическая функция органов управления здравоохранением, сложившаяся при сохранении прежней доктрины организации здравоохранения в новых условиях.

В таких условиях система органов управления здравоохранением существует как институт доведения команд (исходя из текущей целесообразности многократно изменяемых) до учреждений здравоохранения. Это вторая фактическая функция органов управления здравоохранением, сложившаяся при сохранении прежней доктрины организации здравоохранения в новых условиях.

Командный подход к частным организациям, производящим и реализующим товары, работы и услуги медицинского назначения, не очень получается – они адекватно реагируют обращением в суд. Вместе с тем повсеместно развивается подзаконное нормотворчество по толкованию положений закона или по использованию его пробелов. Преодоление плодов такого подзаконного нормотворчества – особенно при лицензировании, при различных проверках – стимулирует развитие коррупции. Подзаконное нормотворчество – это третья фактическая функция органов управления здравоохранением, сложившаяся при сохранении прежней доктрины организации здравоохранения в новых условиях.

В настоящее время доктрина организации здравоохранения отторгает частную медицину, в отношении которой искусственно создается

презумпция недобросовестности, поскольку иными мерами нельзя запретить фон, на котором слишком наглядна неэффективность государственного и муниципального здравоохранения.

Между тем частная медицина возникла в соответствии со складывающимися в государстве правовой доктриной, политическим и социально-экономическим устройством. Именно частная медицина в своем существовании отправляется от тех начал, которые установлены государством. Свою деятельность частная медицина строит в условиях тех возможностей, которые предоставляет экономический оборот. Государственное и муниципальное здравоохранение не составляет конкуренции частной медицине – хотя бы потому, что фактически не представлено в обороте. Отсюда и достаточно высокие цены в частной медицине, и слабая конкуренция между хозяйствующими субъектами, и – что важнее – низкий социальный эффект, не корреспондирующий размеру оборота.

Модель самоорганизации деятельности частных организаций, производящих и реализующих товары, работы и услуги медицинского назначения, не соответствует традиционной доктрине организации здравоохранения, но это не позволяет не признать очевидную жизнеспособность частной медицины. Для обеспечения такой жизнеспособности, как показывает практика самоорганизации оборота, не нужны надорганизационные централизующие структуры, роль которых в государственном и муниципальном здравоохранении выполняют органы управления здравоохранением.

Основное, что вменяется в вину частной медицине традиционной доктриной организации здравоохранения – это ориентированность на доходы, прибыль. Государство же, напротив, признает коммерческие организации, регистрируя их в этом качестве наряду с некоммерческими, как и предпринимательскую (товарную, экономическую) деятельность, которой они одинаково вправе заниматься. Следовательно, проблема не в типологии хозяйствующих субъектов и не в характере их деятельности, кроме которой в экономическом обороте иная деятельность и не осуществляется.

С позиций традиционной доктрины организации здравоохранения предназначением здравоохранения является комплекс мер по оздоровлению граждан, но это не означает, что такие меры не могут осуществляться в порядке взаимовыгодного товарообмена, принося пользу потребителям товаров, работ и услуг медицинского назначения и доходы (прибыли) производящим и реализующим их хозяйствующим субъектам. И нет оснований полагать, что плательщиком хозяйствующим субъектам за граждан не может выступать государство – вне зависимости от их организационно-правовой формы и форм собственности.

Не финансирование здравоохранения влечет социальный результат, а финансируемая деятельность, направленная на его достижение. Социальным результатом проявляется товарная деятельность хозяйствующих субъектов в области охраны здоровья.

Социальный результат, происходя от экономической деятельности, корреспондирует показателям оборота в области охраны здоровья. Однако социальный результат не корреспондирует хронологически-дискретно бюджету здравоохранения. Это обусловлено целым рядом факторов: различиями себестоимости и цены на неодинаковые по содержанию и объему медицинские услуги, различиями в длительности диагностики, лечения и реабилитации и проявления ожидаемого эффекта и т.д. Отсюда, в расчете на ожидаемый результат исходить можно из обусловивших фактически социальный эффект затрат на здравоохранение, а не из нормативных потребностей. Следовательно, проблема не в сфере предоставления товаров, работ и услуг медицинского назначения, а в сфере их заказа под соответствующую оплату.

В настоящее время заказ предоставления товаров, работ и услуг медицинского назначения происходит в порядке определения цены (тарифов) публичным плательщиком (государством) и контроля за расходованием исполнителем выделенных средств.

Однако возможен и альтернативный подход, когда для достижения заданного социального результата плательщик оплачивает товары, работы и услуги медицинского назначения по ценам, складывающимся в обороте. Это – достаточно широкая мировая практика. И нет оснований полагать, что такой подход не нормализует ситуацию в здравоохранении.

Таким образом, без изменения доктрины организации здравоохранения невозможно соответствующее устройству государства реформирование здравоохранения. Любые реформы здравоохранения не приведут к благополучному результату, если доктрина организации здравоохранения строится на приоритетах, не соответствующих политическим, юридическим, экономическим и социальным реалиям.

Практика предшествующего периода показывает, что в отсутствие отправных начал реформирование здравоохранения не имеет перспектив. Недостаточно перестройки отрасли, необходимо изменение доктрины реформ. Невозможна интеграция здравоохранения советского образца в изменившееся социально-экономическое устройство государства. Требуется иная доктрина существования здравоохранения в рыночных условиях. Не влечет улучшения здравоохранения его паллиативная реструктуризация. Нужен радикальный пересмотр приоритетов и устройства здравоохранения. Необходимо признание единых отправных начал переустройства здравоохранения и всеобщее следование им при его реформировании.

Даже советское здравоохранение имело стоимостную оценку (доля в ВВП). Богатое за счет бедности граждан государство могло позволить себе содержать всю социальную сферу. Богатство государства создавалось за ее пределами и происходило из товарных отношений в производственной сфере. Товарные отношения внутри страны формировались между производителями (в промышленности) и между продавцами и покупателями (в торговле, общепите и бытовом обслуживании). Здравоохранение же, как и вся социальная сфера, считалось непроизводственной сферой народного хозяйства. Товарные отношения в ней (хозрасчет) допускались как

исключение. Тем самым бюджет государства складывался из доходов, извлекаемых из товарных отношений вне социальной сферы, и расходов, производимых, в том числе, в социальной сфере. А поскольку государство монопольно позиционировалось в экономике, непротивоправное участие в ней частных товаропроизводителей было ничтожно малым и вообще отсутствовало в социальной сфере.

Поэтому советское здравоохранение складывалось на доктрине потребления. Соответствующее обоснование потребностей могло привести к приобретению нового оборудования, строительству новых зданий, расширению штатов и т.д. И рост доли в ВВП отражал не повышение эффективности здравоохранения, а силу обоснований необходимости увеличения вложений в него. Связь вложений и их эффекта в социальной среде не была очевидной. Это не означает, что советское здравоохранение было абсолютно неэффективным – система организации здравоохранения была наиболее соответствующей социально-экономическому устройству государства, и вместо очевидных несоответствий вложений в здравоохранение и реальной отдачи от них ориентировалась на потенциально предотвращенные потери здоровья.

В целом, здравоохранение пришло к тому, что готово освоить любые вложения. Но дальше-больше государство оказывалось не в состоянии соответствовать возрастающим потребностям здравоохранения.

В изменившиеся социально-экономические условия отечественное здравоохранение вступило с накопленным опытом обоснования потребностей затрат и необходимости увеличения доли ВВП на его содержание.

Между тем структура ВВП начала претерпевать существенные изменения. Если прежде в нем царил государственный сектор, то с каждым годом стала увеличиваться доля частных товаропроизводителей.

И в здравоохранении произошли также изменения, связанные с обособлением имущества Российской Федерации, субъектов Российской Федерации.

Федерации и муниципальных образований. Здравоохранение распалось на государственную и муниципальную части по принадлежности имущества.

ВВП перестал быть отражением состояния государственного бюджета. Он стал выражать состояние экономического оборота в стране. Отсюда доля в ВВП на содержание здравоохранения перестала быть показателем финансирования государственного и муниципального здравоохранения.

Товаропроизводители появились и в области охраны здоровья. В ней стали складываться товарные отношения. Оформился институт потребителей. Возникла категория услуги. Сформировалось понятие оплаты услуг. Отношения товаропроизводителей с потребителями по поводу медицинских услуг приобрели договорный характер.

Товаропроизводители в области охраны здоровья с момента появления существуют независимо от государственного и муниципального здравоохранения. Основанные на частной собственности, они действуют в своих имущественных интересах на основе закона под свою имущественную ответственность. Публичные требования к ним ограничиваются федеральным законом. Результат их деятельности, имеющий форму товара (медицинские услуги), реализуется в соответствии с рыночной конъюнктурой за плату, которая составляет их прибыль. Детерминирует их существование в свободном экономическом обороте договор.

Государственное и муниципальное здравоохранение существует независимо от частных товаропроизводителей в области охраны здоровья. Но существование государственного и муниципального здравоохранения подчинено совершенно иным правилам, чем существование частных товаропроизводителей в области охраны здоровья.

Прежде всего, в государственном и муниципальном здравоохранении оказались объединены и государственные и муниципальные органы управления здравоохранением, и государственные и муниципальные учреждения здравоохранения. Если первые осуществляют деятельность с результатом, не имеющим товарной формы, то вторые – с результатом,

имеющим форму товара (медицинской услуги). Тем самым в рамках государственного и муниципального здравоохранения осуществляется как государственное и муниципальное управление здравоохранением, так и деятельность экономического характера. Но если государственные и муниципальные органы управления здравоохранением преследуют социально-политические интересы государства, то государственные и муниципальные учреждения здравоохранения при осуществлении деятельности товаропроизводителей на эти интересы ориентированы быть не могут. Следование их этим интересам влечет неизбежную имущественную несостоятельность. Соответствующие характеру их деятельности интересы заключаются в извлечении доходов от реализации медицинских услуг. Эти же интересы движут частными товаропроизводителями в области охраны здоровья, которым также не свойственны социально-политические интересы государства.

Необходимо не разделение здравоохранения по принадлежности имущества, а отделение товаропроизводителей, имеющих единые – хотя и конкурирующие – имущественные интересы, от проводников социально-политических интересов государства.

И государственные и муниципальные органы управления здравоохранением, и государственные и муниципальные учреждения здравоохранения получают содержание из единого источника (из бюджета) и на одинаковые цели (потребление). В отличие от государственных и муниципальных органов управления здравоохранением, в государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, кроме того, поступают средства из государственных внебюджетных фондов ОМС.

Эти средства в качестве доходов предназначены законом для самостоятельного распоряжения учреждениями здравоохранения и как имущество воспроизводства подлежат обращению на цели реинвестирования осуществляемой ими деятельности. Источник имущества потребления, поступающего из государственного или муниципального бюджета, и

имущества воспроизводства, поступающего из государственных внебюджетных фондов ОМС, один – публичная собственность.

Однако учреждения здравоохранения могут оказывать услуги, оплачиваемые за счет средств не государственной или муниципальной, а частной принадлежности, при этом средства из государственных внебюджетных фондов ОМС могут поступать и к товаропроизводителям, основанным на частной собственности. И к товаропроизводителям, основанным на имуществе государственной или муниципальной принадлежности, может поступать плата за товар не из государственных (муниципальных) источников, и к товаропроизводителям, основанным на частной собственности, может поступать плата за товар из государственных (муниципальных) источников.

Принадлежность имущества, на котором основаны товаропроизводители, не обусловлена принадлежностью имущества, которое поступает к ним в порядке оплаты товара (медицинских услуг). И наоборот, принадлежность платы за товар не обусловлена принадлежностью имущества, на котором основаны товаропроизводители.

Понятием финансирования здравоохранения может охватываться и имущество, на котором основаны государственные и муниципальные органы управления здравоохранением и государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, и поступления в последние из государственных внебюджетных фондов и от оплаты медицинских услуг другими лицами. Но о доле здравоохранения в ВВП можно говорить только применительно к средствам в обороте (доходам от реализации медицинских услуг), в которых участвуют товаропроизводители – как государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, так и частные организации, оказывающие медицинские услуги. Бюджетные ассигнования содержания государственных и муниципальных органов управления здравоохранением

прямо¹ не участвуют в создании ВВП постольку, поскольку не оказывают услуг и не осуществляют деятельность, приносящую доходы.

Доля здравоохранения в ВВП складывается не из финансирования здравоохранения за счет государственных и муниципальных средств, включая содержание органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения, а также оплату оказываемых ими услуг. Доля здравоохранения в ВВП составляет стоимость медицинских услуг, совокупно оказанных товаропроизводителями, основанными на государственном, муниципальном и частном имуществе, и оплаченная за счет равно государственных, муниципальных и частных средств.

Не столько бюджет и внебюджетные фонды нуждаются в обособлении, сколько средства потребления и средства воспроизводства в собственности государства и муниципальных образований. Именно это позволяет развести публичное управление и экономический оборот, публичные органы и хозяйствующие субъекты, основанные на публичной собственности.

Правовой режим имущества потребления является отличным от правового режима имущества воспроизводства. Неприменимы к имуществу потребления правила о воспроизводстве имущества (услуги, доходы, договор), и наоборот, неприменимы к имуществу воспроизводства правила о несамостоятельности распоряжения им.

Если к имуществу воспроизводства перестанут применяться правила об имуществе потребления, то хозяйствующие субъекты приобретут необходимый интерес в доходах, получаемых в обороте услуг, и их участие в доле ВВП станет возрастать.

Единое в прошлом здравоохранение распадается на две части:

- систему органов управления здравоохранением, интегрированную в систему остальных органов государственной власти или органов местного самоуправления и связанную единством бюджетного процесса потребления имущества;

¹ не прямое участие публичных органов в издержках создания ВВП (через заработную плату и т.п.) не является предметом изучения в настоящей работе

- совокупность хозяйствующих субъектов, финансируемых из государственных, муниципальных и частных источников оплаты медицинских услуг, служащей основой воспроизводства имущества.

Тем самым меняются функции органов управления здравоохранением. С одной стороны, одна их часть призвана осуществлять функции службы надзора за деятельностью товаропроизводителей в области охраны здоровья – равно за основанными на государственном, муниципальном или частном имуществе. С другой стороны, другая их часть осуществляет платежные функции управления здравоохранением (эти функции призваны выполнять публичные агентства), т.е. размещения средств казны в обязательствах.

Нет проблемы бюджетно-страхового финансирования здравоохранения. Есть проблема неработающего механизма размещения средств казны в обязательствах. Есть проблема нерентабельности товаропроизводителей, основанных на государственном и муниципальном имуществе.

Размещение средств государственной казны в договорных обязательствах означает не свободу безудержного контроля со стороны плательщика за внутриорганизационным распределением средств оплаты, как это без соответствующих правовых оснований принято в настоящее время в системе ОМС, а оценка исполнения обязательств по их окончании, на выходе.

Договор не приобрел в здравоохранении присущее ему значение. Но независимо от того, какое место ему отводится в здравоохранении, он сохраняет предусмотренное законом значение универсального регулятора отношений. Не договор роняет свою значимость оттого, что не используется должным образом в здравоохранении, а здравоохранение терпит убытки, которых можно избежать, оттого, что должным образом не использует существующие возможности договора. Чтобы повысить значение договора в здравоохранении, необходимо установить обязательность его составления в письменной форме и перечислить обязательные требования к нему во всех отношениях, складывающихся при оказании и оплате медицинских услуг.

Таким образом, реформирование здравоохранения:

- нуждается в доктрине, которая должна сложиться прежде, чем оно начнет осуществляться;

- должно основываться на доктрине, которая отвечает социально-экономическим реалиям в государстве;

- имеет такую перспективу, какая доктринально имеет наиболее твердые отправные начала.

Выводы к § 6.2:

1. Поскольку гражданин является носителем прав требований к медицинской организации по платежам государства, государство в договоре выступает на его стороне перед медицинскими организациями, для чего должно быть свободно от связи с ними принадлежностью имущества.

2. Поскольку медицинские организации несут самостоятельную, без участия органов управления здравоохранением, ответственность за свою деятельность, устранение избыточных непродуктивных требований упростит им возможности осуществлять экономически эффективную деятельность со снижением себестоимости выпускаемой продукции (медицинских услуг), прежде повышаемой коррупцией и узаконенными поборами.

§ 6.3. УСЛОВИЯ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ИННОВАЦИОННОЙ ОСНОВЕ.

Индивидуальные и групповые интересы общества подчиняются политическим интересам государства в той мере, в какой политические интересы государства соответствуют индивидуальным и групповым интересам общества. Если такого соответствия нет, и государство не понимает, не принимает и не защищает индивидуальные и групповые интересы общества, возникает конфликт интересов государства и общества, государство как организация общества утрачивает его поддержку и разрушается.

В экономике, которая строится на отношениях товарообмена, интересы сторон этих отношений всегда противоположны. Продавец заинтересован получить за свой товар максимально возможную, а покупатель заинтересован заплатить за него минимально возможную цену. Консолидированные

интересы возможны только на общей стороне: на стороне продавца возможны корпоративные и договорные объединения предпринимателей; на стороне покупателей – потребительские сообщества (в интересах физических лиц) или корпоративные и договорные объединения предпринимателей (в бизнес-интересах юридических лиц).

Проблема в том, что государство может не только не обеспечить эффективную кару за следование противоправным интересам или защиту правомерных интересов, но и не замечать, игнорировать истинные интересы людей в той или иной сфере жизни общества, которые по этой причине становятся незащищенными.

Люди вынужденно выступают в ситуационных ролях, если вправе рассчитывать на удовлетворение своих потребностей более высокого уровня, а неэффективность государства понуждает их удовлетворять потребности более низкого уровня.

Именно такое положение дел сложилось в настоящее время в отечественном здравоохранении. Недовольны все, чьи интересы этим не удовлетворяются: пациенты, которые в качестве исправных налогоплательщиков не получают от государства того, за что платят налоги; медицинские работники, которые получают заработную плату ниже прожиточного уровня; государство, которое тратит на здравоохранение огромные средства, не получая взамен адекватной социальной отдачи.

Граждане – равно пациенты и медицинские работники – заинтересованы в том, чтобы на свои доходы удовлетворять свои потребности и более низкого, и более высокого уровня. При этом пациенты не заинтересованы платить за то, за что уже заплачено (государством), а интересы медицинских работников не совпадают с той ролью неимущих (наравне с социально обездоленными слоями общества), которую за своей неэффективностью им отвело государство.

За счет незамысловатой юридической техники с выгодой остаются страховщики. Такое положение дел, когда распределение государственных

средств от государственных фондов к медицинским организациям (обычно – государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения) опосредуется частными страховыми компаниями, неизбежно приводит к тому, что часть этих средств в них и оседает.

За счет взяток и разного рода прямых заимствований из государственной казны с выгодой остаются должностные лица органов управления здравоохранением всех уровней. Не довольствующиеся этим создают схемы опосредованного увода средств государственной казны или прямого кормления за счет общества (144).

Не бедствуют также главные врачи государственных и муниципальных учреждений здравоохранения за счет пресловутых «откатов» поставщиков лекарственных средств и медицинского оборудования (110), а некоторые – и за счет умелого присвоения государственных средств от бесконечного строительства объектов недвижимости в ведении возглавляемых организаций.

Бедственная невыносимость существования на заработную плату вынуждает переходить к экономическим отношениям врачей-практиков (110). Поборы с пациентов, мзда за лечение стали нормой практического звена государственного и муниципального здравоохранения (38).

Стратификация и сопряжение интересов в области охраны здоровья до настоящего времени не составляли интереса государства.

Первой ошибкой государства на этом поле было сохранение медицинских организаций в форме государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Учреждения вообще – и в частности равно органы управления здравоохранением и учреждения здравоохранения – основаны не на собственном, а на государственном и муниципальном имуществе: учреждением признается организация, созданная собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера и финансируемая им полностью или частично. Учреждение отвечает по своим обязательствам находящимися в его распоряжении денежными средствами. При их недостаточности

субсидиарную ответственность по его обязательствам несет собственник соответствующего имущества (170, ст.120). Тем самым учреждение не заинтересовано в экономии имущества собственника. Однако отсутствие у учреждения интереса в следовании интересам собственника не означает отсутствия других интересов. Интерес учреждения состоит в том, чтобы побольше получить от собственника вне зависимости от того, чего это ему стоит. Интерес персонала в учреждении состоит в возможности удовлетворить свои личные интересы при использовании имущества собственника. Тем самым оставление государственной и муниципальной собственности на имущество медицинских организаций в форме учреждений здравоохранения сохранило их иждивенческий характер и центробежные тенденции использования имущества собственника. Не вынуждаемые тратить по доходам, учреждения здравоохранения заинтересованы побольше получить, не заработав – именно это и имеет место в настоящее время.

Второй подобной ошибкой государства было совмещение политических и экономических интересов в области охраны здоровья. Это положение было заложено Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: разграничение систем здравоохранения по принадлежности имущества привело к тому, что объединенными государственной (32, ст.12) и муниципальной (32, ст.13) системами здравоохранения оказались и учреждения здравоохранения, и органы управления здравоохранением. Учреждения здравоохранения рассматриваются как исполнительное продолжение органов управления здравоохранением, как объект, на управление которым назначается номенклатурно-должностная единица, и как медико-организационная номенклатурная единица (135). Тем самым медицинским организациям государственной и муниципальной систем здравоохранения (учреждениям здравоохранения) вменяются те же задачи, которые стоят перед органами управления здравоохранением притом, что объективно характер деятельности тех и других диаметрально расходится: первые являются

производителями товарной продукции (медицинских услуг), вторые – частью механизма государства, действующего в отношении с обществом на нетоварной основе. Если товаропроизводителям ставятся нетоварные цели, то ни они не будут достигнуты, ни деятельность товаропроизводителя не принесет экономических плодов, на получение которых она рассчитана – именно это и происходит в настоящее время.

Третьей ошибкой государства стало совмещение противоположных и разобщение односторонних интересов в механизме оплаты медицинских услуг.

Оказались совмещены противоположные интересы страховщика в качестве плательщика с интересами застрахованного получателя (пациента, за которого производится оплата) медицинских услуг, от чего неизбежно попадал в экономическую зависимость от интересов страховщика и исполнитель медицинских услуг (медицинская организация, которой производится оплата за пациента). Это положение было заложено Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»: страховая медицинская организация обязана защищать интересы застрахованных и имеет право предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению или (и) медицинскому работнику на материальное возмещение физического или (и) морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине (31, ст.15). Медицинские учреждения в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями договора несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне. В случае нарушения медицинским учреждением условий договора страховая медицинская организация вправе частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг (31, ст.27). Плательщик (страховщик) всегда заинтересован сэкономить на затратах и никогда не заинтересован в отстаивании не своих финансовых интересов – ровно это и происходит в настоящее время.

Напротив, односторонние интересы оказались разобщены: государство, оплачивая медицинские услуги в пользу граждан, выступает не на стороне исполнителя, а на стороне заказчика (170, ст.430) – на той же стороне, на которой позиционируются и граждане как получатели этих услуг. В существующем виде механизм оплаты медицинских услуг устроен так, что через сеть посредников (страховщиков) государство платит гражданам оказанием медицинских услуг принадлежащими ему учреждениями здравоохранения.

Четвертой ошибкой государства в части стратификации и сопряжения интересов в области охраны здоровья было обособление медицинских услуг, оказываемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, от медицинских услуг, оказываемых частными медицинскими организациями. Это положение было установлено Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, которые «определяют порядок и условия предоставления платных медицинских услуг населению (дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи) лечебно-профилактическими учреждениями независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности» (71, п.1). Это предопределило и то, что оплачиваемые за счет государственных гарантий медицинские услуги в учреждениях здравоохранения стали сокращаться в пользу платных, и то, что оплачиваемые за счет государственных гарантий медицинские услуги в учреждениях здравоохранения стали выдаваться за платные. По аналогии с физическим законом сообщающихся сосудов было неизбежно проникновение рыночных категорий в искусственно обособленное от рынка пространство – именно это и происходит в настоящее время.

Пятой ошибкой государства стало сохранение ведомственной инфраструктуры здравоохранения, уполномоченной на экономическую деятельность в товарных отношениях с третьими лицами. Наряду с органами управления здравоохранением сформировалась сеть учреждений, не имеющих положения органов управления здравоохранением, но и не

являющихся лечебно-профилактическими учреждениями – всевозможных консультативных информационно-аналитических центров (КМИАЦ) и др.

Учреждения ведомственной инфраструктуры, не относясь к числу органов управления здравоохранением, осуществляют не политическую, а экономическую деятельность, а позиционирование при органах управления здравоохранением обеспечивает им монополию – например, при интеграции в процедуру лицензирования (144). Добровольно-принудительные услуги таких организаций государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения являются дополнительным способом увода средств казны, а частным медицинским организациям – причиной повышения себестоимости и цены медицинских услуг. Такой механизм узаконенных поборов служит своеобразным способом легализации коррупции, не перекрывающим и иные ее пути. Товарная деятельность в нетоварной сфере широко развивается в настоящее время.

Показательным является соотношение интересов и ответственности. Если частные медицинские организации несут самостоятельную имущественную ответственность за свою деятельность, могут быть признаны банкротом и т.д., то государственные и муниципальные учреждения здравоохранения отвечают по своим обязательствам в пределах находящихся в их распоряжении денежных средств, при недостаточности которых дополнительную ответственность несет собственник их имущества (170, п.2 ст.120), и по этой причине не могут подвергнуться банкротству. Если в частных медицинских организациях благо приобретений всегда сочетается с рисками утрат, то государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, во-первых, лишены интереса в благах приобретений, поскольку доходы обращаются в государственную казну; во-вторых, свободны от реальной ответственности и от интересов избежать ее наступления, т.е. безразличны к последствиям своей деятельности, поскольку эти последствия возникают также для государственной казны.

Ответственность органов управления здравоохранением в настоящее время полностью отсутствует – они не отвечают ни перед государством, не перед

обществом, ни в административном, ни в судебном порядке, ни за положение дел в здравоохранении, ни за изъяны в отношениях с гражданами и юридическими лицами. Органы управления здравоохранением также безразличны к последствиям своей деятельности, поскольку эти последствия возникают для государственной казны:

- убытки, причиненные гражданину или юридическому лицу в результате незаконных действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления или должностных лиц этих органов, в том числе издания не соответствующего закону или иному правовому акту акта государственного органа или органа местного самоуправления, подлежат возмещению Российской Федерацией, соответствующим субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием (170, ст.16);

- вред, причиненный гражданину или юридическому лицу в результате незаконных действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления либо должностных лиц этих органов, в том числе в результате издания не соответствующего закону или иному правовому акту акта государственного органа или органа местного самоуправления, подлежит возмещению. Вред возмещается за счет соответственно казны Российской Федерации, казны субъекта Российской Федерации или казны муниципального образования (170, ст.1069).

А учитывая неэффективную в настоящее время судебную систему, и признание в суде недействительным ненормативного акта государственного органа или органа местного самоуправления, а в случаях, предусмотренных законом, также нормативного акта, не соответствующих закону или иным правовым актам и нарушающих гражданские права и охраняемые законом интересы гражданина или юридического лица (170, ст.13), является проблематичным.

Интересами органов управления здравоохранением движет не государственная воля, а зачастую простое неразумие должностного лица самого мелкого уровня, поскольку ни государственная доктрина

здравоохранения, ни политика ее воплощения в жизнь не разработаны, не обнародованы и потому не известны региональным и муниципальным органам управления здравоохранением. И нередко прямой – хотя бы и не явный – корыстный умысел должностных лиц становится движителем деятельности отдельных органов управления здравоохранением в целом.

В результате учреждения здравоохранения застыли между государством и обществом: не относясь к числу государственных или муниципальных органов, они не включены в механизм государства, а не будучи участниками единого экономического оборота, они прозрачны для общества. При этом вместо экономической деятельности в практическом здравоохранении расширяется экономическая деятельность в и при органах управления здравоохранением. Частные же медицинские организации, конформные в обществе, прозрачны для государства и здравоохранения.

А в целом, на путях движения средств государственной казны к пациентам создана зона интересов, отличных от интересов государства и интересов пациентов, граждан, общества. Та же зона интересов охватывает экономической деятельностью в и при органах управления здравоохранением частную медицину, дополняя увод средств казны коррупцией и узаконенными поборами.

Альтернатива сложившемуся положению дел только одна – ***переход к эквивалентным отношениям встречных, взаимных удовлетворений непротивоправных интересов.*** Интересу получения одной стороной одного предоставления соответствует интерес получения другой стороной взамен другого предоставления. Поступаясь чем-то, каждая сторона, удовлетворяя свой интерес, приобретает стоимостной эквивалент произведенного отчуждения. Эти отношения строятся на основе договора (170, гл.27) – возмездного договора (170, ст.423).

Удовлетворение интереса стороны таких отношений может состоять в получении встречного предоставления не в свою пользу, а в пользу третьего

лица или третьих лиц. Эти отношения строятся на основе договора в пользу третьего лица (170, ст.430).

Договор характеризуется взаимными обязательствами сторон, эквивалентностью встречных предоставлений и возможностью взыскания неисполненного с неисправной стороны, взаимной ответственностью сторон по принятым обязательствам.

Договор позволяет сопоставить интересы и позиционировать в качестве контрагентов участников отношений оплаты, получения и оказания медицинских услуг.

Переход к эквивалентным отношениям взаимных удовлетворений непротивоправных интересов на основе договора предполагает необходимость устранения бюджетного финансирования государственных и муниципальных учреждений здравоохранения собственником.

Переход к исключительно договорным отношениям оплаты медицинских услуг делает возможным противопоставить механизму, когда государство через сеть посредников (страховщиков) платит гражданам оказанием медицинских услуг принадлежащими ему учреждениями здравоохранения, механизм, когда государство, позиционируясь в качестве плательщика на одной стороне с гражданами в качестве выгодоприобретателей, оплачивает в их пользу медицинские услуги, оказываемые медицинскими организациями, позиционирующимися на другой стороне договора.

На стороне государства как плательщика за медицинские услуги должны позиционироваться не медицинские организации (учреждения здравоохранения) в качестве их исполнителя, а граждане в качестве их получателей-выгодоприобретателей. Именно это соответствует установлению закона (170, ст.430): договором в пользу третьего лица признается договор, в котором стороны установили, что должник (медицинская организация) обязан произвести исполнение не кредитору (государству), а указанному или не указанному в договоре третьему лицу

(гражданину), имеющему право требовать от должника исполнения обязательства в свою пользу.

Отсюда, во-первых, гражданин является носителем прав требований к медицинской организации по платежам государства. Это означает, что именно он, а не кто-либо от его имени должен быть распорядителем тех средств государственной казны, которые предназначены для оплаты оказываемых ему медицинскими организациями услуг. Если в настоящее время для целей внутригосударственного распределения распорядителями бюджетных средств являются органы государственной власти или органы местного самоуправления, имеющие право распределять бюджетные средства по подведомственным получателям бюджетных средств (171, ст.159), то применительно к оплате социальных предоставлений за пределами механизма государства распорядителями этих средств должны быть законодательно признаны сами граждане-выгодоприобретатели.

Во-вторых, государство в качестве плательщика за медицинские услуги должно быть свободно от связи с медицинскими организациями (учреждениями здравоохранения) принадлежностью имущества. Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения должны быть партикуляризированы (переведены в форму частных медицинских организаций – 143), чтобы государство в качестве плательщика за медицинские услуги могло позиционироваться на стороне граждан.

Устранение бюджетного финансирования государственных и муниципальных учреждений здравоохранения собственником и их партикуляризация означает их переход к полному тождеству с частными медицинскими организациями. Тем самым становится невозможно обособление ни оказываемых ими медицинских услуг, ни оборота оказываемых ими медицинских услуг от общего экономического оборота, и открывается единый и единственный путь предоставления всем медицинским организациям равного доступа к получению и освоению средств государственной казны на условиях договорных обязательств.

Чтобы преодолеть произвол органов управления здравоохранения в отношениях с медицинскими организациями, необходимо создание такого регламента их деятельности, который исключает свободу принятия решений должностными лицами, с одновременным созданием свода работоспособных и исчерпывающе определенных правил для медицинских организаций при условии либерализации требований по сравнению с тем, что имеет место в настоящее время. Поскольку медицинские организации несут самостоятельную, без участия органов управления здравоохранением, ответственность за свою деятельность, устранение избыточных непродуктивных требований упростит им возможности осуществлять экономически эффективную деятельность со снижением себестоимости выпускаемой продукции (медицинских услуг), прежде повышаемой коррупцией и узаконенными поборами.

Одновременно с либерализацией требований необходимо повышение ответственности медицинских организаций перед пациентами. Такие возможности, с одной стороны, предоставляет страхование (риска гражданской ответственности и др.).

С другой стороны, роль фактора повышения ответственности медицинских организаций перед пациентами играет создание банка их экономических историй (подобного банку кредитных историй). Чтобы избежать возникновения фирм-однодневок, риск существования которых в здравоохранении значительно выше, чем в других отраслях экономики, нужен единый реестр медицинских организаций и составляющих их персоналий (учредителей, менеджеров и медицинских работников), ликвидированных при несостоятельности исполнения обязательств перед кредиторами, в том числе в порядке банкротства – с тем, чтобы создание новых медицинских организаций учредителями, устройство на работу менеджеров и медицинских работников таких организаций стало затруднительным и предполагало особую процедуру внимания к их последующей деятельности. В отношении медицинских работников за

рубежом действует институт профессиональных медицинских сообществ (который не сложился в России и вряд ли мог быть эффективным, если бы сложился), исключение (disbar) из которого означает по существу лишение профессии и потому является мощным стимулом профессиональной добросовестности. Для учредителей и менеджеров медицинских организаций и за рубежом нет механизмов сдерживания недобросовестности. Создание банка экономических историй в здравоохранении послужит непреодолимой преградой недобросовестности со стороны учредителей, менеджеров и персонала медицинских организаций.

Таким образом, позиционирование интересов в здравоохранении состоит в:

- переходе к эквивалентным отношениям взаимных удовлетворений непротивоправных интересов на основе договора;
- наделении граждан правами распорядителей средств государственной казны, предназначенных для оплаты оказываемых им за счет этих средств медицинских услуг;
- либерализации требований к медицинским организациям и созданию для них свода работоспособных и исчерпывающе определенных правил с одновременным созданием регламента, который исключает свободу принятия решений должностными лицами органов управления здравоохранением;
- повышении ответственности медицинских организаций, как через механизмы страхования, так и через создание банка экономических историй медицинских организаций.

Соответствующая экономическим реалиям и положениям закона конфигурация интересов государства, медицинских организаций и граждан позволит сформулировать новую жизнеспособную доктрину и на ее основе – политику отечественного здравоохранения.

Вывод к § 6.3:

1. Реформировать нужно не следствие (состояние здравоохранения), а причину (доктрину организации здравоохранения).

2. Обеспечение жизнеспособности товаропроизводителя, как показывает практика самоорганизации экономического оборота, нуждается не в надорганизационных централизирующих структурах, роль которых в государственном и муниципальном здравоохранении выполняют органы управления здравоохранением, а во всеобщем переходе к эквивалентным отношениям встречных, взаимных удовлетворений правомерных интересов на основе договора.

3. Управление здравоохранением нуждается в том, чтобы:

- публичные средства финансирования, размещенные между товаропроизводителями, влекли определенный социальный эффект через стимулирование экономического оборота в отрасли;

- деятельность товаропроизводителей имела не стесняющую их экономическую свободу и не препятствующую наступлению социального эффекта упорядоченность.

4. Сопоставление интересов на противоположных сторонах экономических отношений в отрасли является условием достижения баланса между финансированием здравоохранения и обусловленного им социальным эффектом.

Вывод к главе 6: Инновационной основой реформы здравоохранения является построение концепции ее проведения на началах позиционирования интересов в экономических отношениях по договору между товаропроизводителями и государством в пользу граждан.

ГЛАВА 7. ПУТИ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

§ 7.1. Партикуляризация учреждений здравоохранения без приватизации имущества публичной принадлежности.

Реорганизация государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в существующем виде – как есть – связана с неизбежной приватизацией закрепленного за ними имущества.

Приватизация государственного и муниципального имущества здравоохранительного назначения представляет собой угрозу потенциальной утраты этого имущества из-за смены его назначения после приватизации.

Утрата здравоохранением с реорганизацией государственных и муниципальных учреждений здравоохранения имущественной базы здравоохранительного назначения чревата потерей цельности и единства, т.е. системности здравоохранения как отрасли, на фоне непредсказуемого передела собственности, как показал опыт приватизации в промышленности, и в целом – неуправляемость здравоохранения.

Следовательно, необходима реорганизация государственных и муниципальных учреждений здравоохранения без приватизации государственного и муниципального имущества в формы частных организаций.

Подобная реорганизация учреждений здравоохранения возможна через разделение судьбы субъекта и объекта, в результате чего они подвергаются преобразованию в частные организации (партикуляризации), а прежде закрепленное за ними имущество остается в публичной собственности, сопутствующей приватизации не подвергаясь и не меняя свое назначение, становясь обособленными объектами здравоохранения (рис. 39).

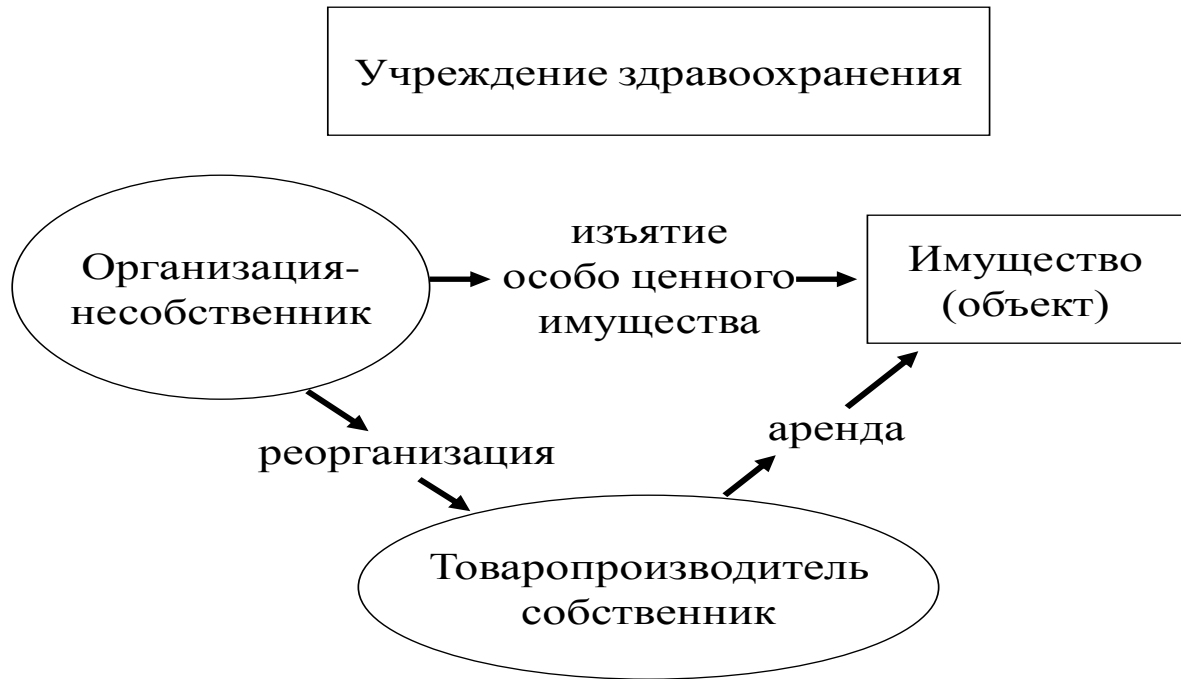


Рис. 39. Схема субъектно-объектной дихотомии учреждения здравоохранения.

Партикуляризация учреждений здравоохранения является таким их преобразованием в формы частных организаций, которая связана с наделением их не имущественными объектами в натуре (включая недвижимость и особо ценное оборудование, аппаратуру и т.п.), а лишь денежными суммами на формирование уставного капитала, на основе чего им в последующем предстоит самостоятельно наращивать оборотные капиталы и накапливать имущество от доходов.

В результате партикуляризации государственных и муниципальных учреждений здравоохранения образуются частные коммерческие и некоммерческие медицинские организации различных организационно-правовых форм, в отношении которых прежний собственник (государство или муниципальное образование) никакими прежними обязанностями (содержать, обеспечивать, снабжать и т.д.) не связан – они предоставлены сами себе (управленческому мастерству руководителей, выработанной ими стратегии и тактике функционирования и развития, маркетинговой обстановке и т.д.). В

качестве самостоятельных хозяйствующих субъектов партикуляризованные учреждения здравоохранения в разных новых формах ничем не отличаются от изначально частных медицинских организаций.

Любая подобная организация вне зависимости от организационно-правовой формы заинтересована в обеспечении собственной рентабельности.

Реорганизация одного государственного или муниципального учреждения здравоохранения неизбежно повлечет образование нескольких частных организаций, ориентированных на рентабельность. Исходя из соображений рентабельности, организации, образовавшиеся в порядке партикуляризации учреждений здравоохранения, неизбежно смогут занимать меньшие площади, чем прежде – учреждения здравоохранения.

Государственное или муниципальное имущество, до партикуляризации принадлежавшее учреждениям здравоохранения на праве оперативного управления, в результате ее проведения становится нераспределенным имуществом казны.

Это имущество (недвижимость и особо ценное оборудование) предназначено для использования в качестве объектов здравоохранения. Соблюдением такого назначения является передача этих объектов в аренду хозяйствующим субъектам – равно образованным в результате партикуляризации учреждений здравоохранения и изначально частным.

Будучи публичной собственностью, такое имущество может передаваться в аренду органами, уполномоченными участвовать в имущественных отношениях от имени собственника. А здравоохранительное назначение этого имущества требует нахождения в ведении органов управления здравоохранением. Кроме того, нахождение этих объектов в сфере частного оборота требует оперативного реагирования, которое не может обеспечить бюджетный механизм, в котором находятся равно органы управления имуществом и органы управления здравоохранением. В этой связи для управления объектами здравоохранения

целесообразным является создание специализированных управляющих организаций – унитарных (казенных) предприятий здравоохранения (или акционерных обществ с полным или преобладающим участием муниципальных образований).

Имущество в ведении управляющей организации становится средством удовлетворения потребностей субъектов медицинской деятельности (в медикаментах, медицинских газах, расходных материалах и т.д.) и их пациентов, получающих сопутствующие немедицинские услуги (размещения, общественного питания, доставки и т.д.). В отношении субъектов медицинской деятельности в части предоставления помещений управляющая организация выполняет функции арендодателя; в части приобретения товаров медицинского и немедицинского назначения – функции агента, в части обслуживания их имущества (аппаратуры, оборудования, инструментария, необходимых для оказания медицинских услуг) – функции исполнителя соответствующих услуг. В отношении пациентов как получателей медицинских услуг управляющая организация осуществляет функции исполнителя сопутствующих услуг (размещения, питания и т.п.).

Хозяйствующие субъекты, осуществляющие медицинскую деятельность, и управляющая организация вступают в соответствующие договорные отношения. В таких отношениях, равно как в отношениях каждого из них с иными контрагентами по договорам, нет места участию государственных или муниципальных органов, в том числе органов управления здравоохранением.

Таким образом, разделяется судьба субъекта (муниципального учреждения здравоохранения) и объекта (принадлежащего ему имущества) (22, 57). А объект здравоохранения со всей инфраструктурой не выбывает из публичной собственности и сохраняет свое назначение. Такой объект, используемый по назначению, не может быть приватизирован. Закон связывает судьбу объекта

здравоохранения с его использованием по назначению вне зависимости от того, какой субъект (или субъекты) его использует по этому назначению.

Кроме того, партикуляризация учреждений здравоохранения и создание объектов здравоохранения, обслуживаемых создаваемыми для этого управляющими организациями, позволяет интегрировать в отраслевую систему муниципалитеты.

Известно, что к вопросам местного значения относится организация оказания на муниципальной территории скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов (175, п.12 ст.15, п.14 ст.16).

Для этого в муниципальной собственности может находиться имущество, предназначенное для оказания на муниципальной территории скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов (175, пп.1 п.1, пп.8 п.3, п.4 ст.50).

Административная реформа, разделив государственные функции надзора и оплаты медицинских услуг, федерализовала вертикаль управления здравоохранением (165). Под вопросом оказались функции не только муниципальных, но и региональных органов управления здравоохранением – всевозможных министерств, комитетов, департаментов здравоохранения республик, краев, областей.

Менее всего подобные изменения в здравоохранении затрагивают федеральный и региональный уровень. Средоточием перемен является муниципальный уровень здравоохранения.

Муниципальные органы управления здравоохранением не имеют другого пути организации оказания на муниципальной территории медицинской помощи, кроме как стать нужными тем, кто ее оказывает.

Организация оказания на муниципальной территории медицинской помощи напрямую зависит от того, смогут ли муниципальные органы управления здравоохранением достигнуть баланса интересов медицинских организаций и граждан. Ведь чем больше для медицинских организаций себестоимость производства медицинских услуг, тем по более высокой цене они реализуются гражданам, и наоборот. Если же плательщик в пользу граждан за оказываемые им медицинские услуги устанавливает цену, не обеспечивающую рентабельность из-за высокой себестоимости производства медицинских услуг, медицинские организации оказываются не в состоянии выживать. Поэтому организация оказания на муниципальной территории медицинской помощи напрямую зависит от создания муниципальными органами управления здравоохранением условий для поддержания рентабельности медицинских организаций.

Создание муниципальных объектов здравоохранения, с развитой медицинской инфраструктурой, т.е. специально приспособленных для оказания медицинских услуг, площади которых на условиях аренды предоставляются хозяйствующим субъектам, осуществляющим эту деятельность – в интересах граждан, проживающих на муниципальной территории. Граждане заинтересованы, чтобы организации, предоставляющие им медицинские услуги, могли существовать по месту их жительства и/или работы в муниципальном образовании.

Тем самым, муниципалитеты удовлетворяют социальные нужды граждан, проживающих и/или работающих в муниципальном образовании, если обеспечивают возможности для медицинских организаций:

- сокращать себестоимость производства медицинских услуг;
- расширять производство медицинских услуг;

- повышать рентабельность, реинвестируя доходы в развитие производства медицинских услуг.

Это возможно тогда, когда муниципалитеты предпринимают меры снижения бремени медицинских организаций, в частности, по оплате аренды.

Таким образом, задача муниципальных органов управления здравоохранением – в нахождении баланса социальных интересов граждан, проживающих и работающих на муниципальной территории, с имущественными интересами медицинских организаций. Это достижимо при одновременном с реорганизацией (ликвидацией) учреждений здравоохранения создании муниципальной системы объектов здравоохранения, предоставляемых в аренду медицинским организациям независимо от организационно-правовых форм, с созданием для них режима наибольшего благоприятствования, со снижением бремени оплаты аренды.

Муниципальная принадлежность объектов здравоохранения и создаваемых ими управляющих организаций необходима и для соблюдения интересов в отношениях товарообмена, стороной в которых выступает государство. Поскольку именно государство заинтересовано в минимизации себестоимости оплачиваемых из казны медицинских услуг, постольку естественно участие государства в компенсации управляющим организациям для обеспечения их рентабельности затрат на минимизацию арендной платы для размещающихся на объектах здравоохранения хозяйствующих субъектов, осуществляющих медицинскую деятельность. Если в этих отношениях с обеих сторон вновь будет выступать только государство, то частично утратится смысл партикуляризации и круговорот средств государственной казны возобновится, а различия в государственной и муниципальной собственности обеспечат необходимый для этого переход прав.

Выводы к § 7.1:

1. Бесприватизационное преобразование бюджетных учреждений здравоохранения достигается посредством отделения преобразуемых субъектов от имущественных объектов, прежде всего, недвижимости, которые за ними закреплены.

2. Преобразуемые учреждения здравоохранения достаточно наделять денежными средствами на создание уставного капитала новых организаций, притом что дальнейшая их судьба предоставлена экономической самоорганизации.

3. Изъятые у учреждений здравоохранения до преобразования имущество, остающееся в публичной собственности, позволяет сформировать сеть объектов здравоохранения по всей стране, воссоздавая системность отрасли.

§ 7.2. РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Раздел 7.2.1. Фондирование средств государственного финансирования здравоохранения.

В Интернет-обращениях к Президенту России (2006 г.) среди основных предложений со стороны граждан прозвучало: «Почему нельзя назвать нашу медицину платной? Ведь кто-то за наше лечение платит (государство, страховой фонд, граждане). Если каждое лечебное учреждение будет выставлять счет за оказанные услуги больным, а те обращаться с этим счетом в медицинские фонды, то система станет прозрачной» (38).

Однако в существующем виде механизм оплаты медицинских услуг устроен так, что через сеть посредников (страховщиков) государство платит гражданам оказанием медицинских услуг принадлежащими ему учреждениями здравоохранения (39). Граждане при этом не являются участниками отношений, в связи с оказанием им медицинской помощи складывающихся между государством (от его лица с государственным внебюджетным фондом ОМС

через частные страховые медицинские организации) и государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения.

Этот механизм обусловлен не двухканальностью (из бюджета и внебюджетных фондов) финансирования учреждений здравоохранения, а отсутствием позиции стороны в отношении товарообмена. Поскольку в товарных отношениях благо приобретений всегда сопровождается рисками утрат:

- если государство выступает собственником имущества учреждений здравоохранения, его объективный интерес состоит в обособлении этого имущества от рисков утрат;

- если государство выступает плательщиком за предоставления гражданам товаров, работ, услуг со стороны хозяйствующих субъектов, то его объективный интерес заключается в экономии такой оплаты;

- если государство выступает собственником учреждений здравоохранения как исполнителей медицинских услуг, то его объективный интерес состоит в получении максимально больших доходов от их реализации.

Все три позиции являются взаимоисключающими.

Уходя из экономики, в том числе в социальной сфере, единственное, от чего государство не сможет отказаться – это от функции социального гаранта и плательщика в пользу граждан. Эта функция государства сохранится и в случае ликвидации института учреждений здравоохранения: оплата медицинских услуг с существованием учреждений здравоохранения не связана.

В существующем виде механизм оплаты медицинских услуг был сформирован под нужды системы государственного здравоохранения прежнего устройства как паллиативная уступка произошедшим политическим, экономическим и юридическим изменениям. Попыткой сохранить системность социальной сферы стала система медицинского и социального страхования и возникновение внебюджетных фондов. Однако неоправданное следование

имущественным различиям в публичной сфере привело к последовательной децентрализации того механизма, который для здравоохранения и является системообразующим – платежного механизма. Вместо своевременного сведения функции управления здравоохранением к управлению финансированием здравоохранения происходили процессы погружения органов управления здравоохранением в нормирование хозяйственной активности учреждений здравоохранения. Вместо поиска различий того, как финансировать, продолжались бесконечные поиски того, что финансировать. К настоящему времени здравоохранение подошло, утратив признаки системности и разобщенное по федеральному, региональному и муниципальному уровням финансирования медицинской помощи.

Чтобы добиться новой системности и по-новому упорядочить структуру механизма государства, начались административные преобразования, направленные на системообразование публичных органов. Наряду с министерствами появились государственные органы особой специализации, что еще больше дезорганизовало бесплодные попытки восстановить прежнюю системность здравоохранения в целом. К настоящему времени в отдельные системы остаются объединенными государственные и муниципальные органы, в том числе управления здравоохранением, но не практическое здравоохранение, представленное неопределенного положения учреждениями здравоохранения и непризнаваемыми государственными и муниципальными органами управления здравоохранением частными медицинскими организациями.

Наступила эпоха новой реальности, когда вместо объединения органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения по имущественной принадлежности необходимо обособление органов управления здравоохранением от всех осуществляющих экономическую деятельность организаций практического здравоохранения по признакам противоположности имущественных интересов.

Государству и составляющим его государственным органам пришла пора сосредоточиться на том, как финансировать организации практического здравоохранения. Вместо того чтобы искать изъяны в деятельности организаций практического здравоохранения, возникла необходимость обратиться к тому, что не так в собственном устройстве органов управления здравоохранением для целей финансирования практического здравоохранения.

В настоящее время, во-первых, за счет средств финансирования здравоохранения содержатся и органы управления здравоохранением, и учреждения здравоохранения, и даже позиционирующиеся при органах управления здравоохранением учреждения сомнительного происхождения (144); во-вторых, учреждения здравоохранения финансируются из бюджета и внебюджетных фондов ОМС; в-третьих, наряду с Федеральным в каждом субъекте Федерации существуют территориальные фонды ОМС. В результате государственные средства финансирования практического здравоохранения оказываются распыленными по многочисленным источникам.

Необходима централизация государственных средств финансирования практического здравоохранения в едином фонде.

Кроме того, каждый из существующих источников финансирования практического здравоохранения персонализирован (внебюджетным фондом как объектом распоряжается Федеральный и территориальные фонды ОМС как субъекты, государственные и муниципальные органы управления здравоохранением распоряжаются соответственно федеральным или региональными государственными и муниципальными бюджетами здравоохранения) и разобщен с остальными. К распоряжению средствами внебюджетных фондов ОМС причастны и частные страховые медицинские организации.

Необходима централизация средств государственного финансирования практического здравоохранения под единым управлением.

Возможности централизации средств государственного финансирования практического здравоохранения под единым управлением предоставляет Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, в ведении которого возможно сосредоточение в едином фонде всех источников финансирования практического здравоохранения. Позволяет этого добиться ликвидация Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования и социального фонда как субъектов права. В этом случае различия бюджета и внебюджетных фондов устраняются, и к этим единым средствам государственной казны применимы единые правила распоряжения бюджетными средствами. Вместо разрозненных по предметному и территориальному признакам фондов возникает единый медико-социальный фонд под единым началом Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

Функция распоряжения бюджетными средствами (средствами казны) распадается на две составляющие:

- распределение в бюджетном процессе;
- распределение за пределами бюджетного процесса – размещение между хозяйствующими субъектами.

В настоящее время обе составляющие этой функции находятся в компетенции публичных органов в качестве распорядителей бюджетных средств.

В цепи от главных распорядителей бюджетных средств (171, ст.158) через распорядителей бюджетных средств (171, ст.159) к их получателям (171, ст.162) осуществляется процесс распределения средств казны внутри механизма государства.

Если бюджетные средства выносятся за пределы механизма государства, то – либо в пользу самого государства, либо в пользу общества (граждан).

В пользу государства (а также и муниципального образования) заключаются договоры поставки для государственных нужд. Размещение средств казны между хозяйствующими субъектами – поставщиками товаров, работ, услуг для государства – производится государственными органами.

В пользу граждан заключаются договоры оплаты государством гарантированных им предоставлений (товаров, работ, услуг). В настоящее время размещение средств казны между хозяйствующими субъектами – поставщиками товаров, работ, услуг для граждан – производится также государственными органами.

В отличие от диверсификации услуг, проводимой хозяйствующими субъектами в рамках их *ассортимента*, дифференциация объектов оплаты преследует цели определения *номенклатуры* оплачиваемых товаров (работ, услуг), обособления оплачиваемых оборотных объектов от необоротных, а также различения отошений по их экономико-правовым характеристикам и субъектам-участникам. Соответственно этому плательщик выделяет для себя основные потоки финансирования практического здравоохранения (фонды) по направлениям деятельности. Фондирование позволяет различать потоки финансирования по единству оплачиваемых объектов и предоставляющих их хозяйствующих субъектов.

Структурирование фондов по форме финансирования позволяет выделить 11 направлений фондирования:

1. Фонд выплат социальных льгот, пенсий и компенсаций (пенсионно-льготный фонд).
2. Фонд оплаты социальных услуг (социальный фонд), включая оплату услуг ухода и выхаживания.
3. Фонд оплаты мониторинга здравоохранения (мониторинговый фонд):
 - 3.1. Фонд оплаты медико-социального мониторинга, включая финансирование медицинской статистики и медико-социальной экспертизы.

3.2. Фонд оплаты экономического мониторинга, включая финансирование статистики экономического оборота в здравоохранении.

4. Фонд оплаты медицинских услуг массового спроса (медицинский фонд массового спроса).

5. Фонд оплаты медицинских услуг особого спроса (медицинский фонд особого спроса).

6. Фонд оплаты реабилитационно-оздоровительных услуг (рекреационный фонд), включая оплату услуг в области курортного дела, реабилитации, в т.ч. инвалидов и оказания им протезно-ортопедической помощи.

7. Фонд поощрения профилактики заболеваний (бонусный фонд).

8. Фонд экономических компенсаций (компенсационный фонд).

9. Фонд содержания объектов здравоохранения (обеспечительный фонд).

10. Фонд финансирования необоротной медицинской помощи (необоротный фонд), включая донорство крови, трансплантацию органов и тканей человека.

11. Фонд финансирования изысканий новых медицинских технологий (медико-инновационный фонд).

Кроме фондирования по направлениям финансирования здравоохранения (т.е. распределения средств казны на цели освоения, размещения между хозяйствующими субъектами) необходимо создать механизм воспроизводства депонированных в едином медико-социальном фонде средств на период их не востребоваемости.

Поскольку единый медико-социальный фонд в ведении Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию должен быть размещен в кредитно-финансовом учреждении, постольку возникает вопрос, должен ли он находиться в ведении казначейства. Очевидно, нет, поскольку представляет собой неотработанный вал тех средств, которые предназначены для освоения в соответствии с очередным законом о бюджете (176-179) на очередной год и распределены под эти цели (потенциально использованы). На период

нахождения в состоянии неотработанного вала (на период их не востребоваемости) эти средства могут участвовать в самовоспроизводстве для нужд здравоохранения, для чего должны находиться на банковских счетах под контролем операций с ними со стороны Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

Размещение этих целевых средств на банковских счетах предъявляет особые требования к банку.

Это может быть сеть существующих банков, вклады Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию в которые должны быть застрахованы на условиях полной их сохранности. Однако и это не оберегает средства единого медико-социального фонда от рисков.

В связи с этим возможно создание под особые гарантии государства на условиях золотой акции (с участием в качестве учредителя единственно государства) специально для этого предназначенного акционерного коммерческого банка медико-социального развития.

Поскольку экономику социальной сферы от экономики промышленности, строительства, торговли и т.д. отличает социальная проявляемость экономической деятельности, постольку ее характеристикой является интенсивность экономического оборота: чем он выше, тем выше прямой социальный эффект деятельности хозяйствующих субъектов в социальной сфере (142). В здравоохранении объем потребления составляет сотни и тысячи миллиардов рублей, а объем воспроизводства (платных медицинских услуг) исчисляется лишь десятками миллиардов рублей, притом что именно оборот платных услуг является выражением экономики (товарообмена) в здравоохранении (16). Задача, которая встает перед организацией здравоохранения в современных условиях, это – достижение необходимой развитости оборота в области охраны здоровья в той мере, в какой от этого зависит достижение необходимого социального результата. Пока оборот в области охраны здоровья не развит, нельзя ожидать, что имущественные результаты деятельности хозяйствующих

субъектов принесут социально-полезные плоды. Показателем развития оборота является концентрация производства. Концентрация производства в области охраны здоровья в стабильных условиях обуславливает концентрацию воспроизводимого в ней капитала. Создание условий для воспроизводства капитала влечет развитие обеспечительной (вспомогательной, вторичной) инфраструктуры рынка товаров, работ и услуг медицинского назначения. Если развивается такая инфраструктура, то расширяется воспроизводство сопутствующей продукции и дополнительного капитала, концентрирующегося в области охраны здоровья. Все это приводит к такой интенсивности конкуренции, которая обеспечивает снижение цен до стабильного уровня, расширение ассортимента предложений и нахождение в обороте только добросовестных хозяйствующих субъектов и высококачественной продукции (138).

Создание акционерного банка медико-социального развития позволяет привлечь к обслуживанию в нем хозяйствующих субъектов, осуществляющих деятельность в практическом здравоохранении. Привлекательность такого обслуживания обеспечат банковские ставки ниже, чем в других банках.

Тем самым достигается концентрация финансовых средств, обращающихся в сфере здравоохранения и социального развития, в едином финансово-кредитном учреждении, созданном государством.

В целом, создание единого медико-социального фонда в ведении Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию и специализированного акционерного коммерческого банка медико-социального развития делает возможным концентрацию капиталов в здравоохранении и стимулирование экономического оборота в отрасли, а разделение единого медико-социального фонда по направлениям финансирования позволяет охватить весь спектр потребностей практического здравоохранения и граждан.

Фондирование, кроме того, является инструментом экономичности здравоохранения. Экономичность здравоохранения состоит в достижении такого результата, при котором существующие средства финансирования отрасли из

государственной казны обеспечивают наибольший социальный эффект при расходовании на оплату медицинских услуг гражданам. Резервы экономии на путях распределения средств государственной казны на цели здравоохранения существуют не только в процессе их распределения и банковского депонирования, но и при их переходе от плательщика к товаропроизводителю (субъекту оказания медицинских услуг).

На этапе перехода средств государственной казны от плательщика (государства) к субъектам оказания медицинских услуг возникают проблемы соразмерности оплаты характеристикам товара (медицинских услуг). Полагаться только на рыночные цены не позволяет их безудержный рост, и возникает необходимость контроля, затраты на ведение которого составляют уже треть цены медицинских услуг (201). Тем самым создается замкнутый круг: чтобы сдержать рост цен, нужен целый контролирующий аппарат, содержание которого еще больше удорожает медицинские услуги.

Решение этой проблемы состоит в нахождении рычагов воздействия не на цену, а на себестоимость, издержки производства медицинских услуг, оплачиваемых за счет средств государственной казны.

Цена медицинских услуг, оказываемых гражданам товаропроизводителями, определяется издержками, основную часть которых составляет арендная плата и налоги. Тем самым в стремлении снизить себестоимость оплачиваемых из казны медицинских услуг государство заинтересовано, прежде всего, в снижении арендной платы и налогов, бремя которых ложится на товаропроизводителей в здравоохранении.

Размещение на образовавшихся в результате партикуляризации учреждений здравоохранения объектах здравоохранения субъектов оказания медицинских услуг делает возможным создать для них щадящий режим арендных платежей, а, следовательно, уменьшить себестоимость медицинских услуг за счет этой составляющей.

В социальной сфере вообще и в здравоохранении в частности товаропроизводители своей экономической деятельностью достигают прямой, а не только опосредованный налогами социальный эффект. В условиях понимания, что их деятельность – не для пополнения казны, государство может создать для них щадящий режим налогообложения, а, следовательно, уменьшить себестоимость медицинских услуг за счет этой составляющей.

Кроме того возможно еще создание целого ряда механизмов компенсаций и льгот для товаропроизводителей в здравоохранении, влияющих на снижение себестоимости медицинских услуг, оказываемых ими гражданам.

Подобный подход и находящие целесообразное объяснение меры поддержки товаропроизводителя в здравоохранении позволят создать баланс цен на медицинские услуги и сделать прозрачной норму прибыли без посягательств на рентабельность.

В целом, экономичность здравоохранения тем выше, чем выше степень понимания в государстве законов экономики и яснее стремление сократить расходы государственной казны не в ущерб товаропроизводителям и на пользу потребителям.

Выводы к разделу 7.2.1:

1. Вместо множества федеральных и территориальных внебюджетных фондов в социальной сфере, издержки содержания каждого из которых как субъекта ложатся на управляемый им объект, необходима централизация государственных средств в ведении Федерального агентства. Структурирование фондов по форме финансирования позволяет выделить направления фондирования.

2. Потоки из государственной казны в пользу государства и в пользу общества должны быть разделены, а расчеты по платежам должны производиться не казначейством, а специализированным банком, который для этих целей необходимо создать, возможно, на условиях «золотой акции».

3. Фондирование в части экономичности здравоохранения должно сочетаться с механизмами снижения цен на медицинские услуги, оказываемые гражданам за счет средств государственной казны – такими, как снижение арендной платы (прежде всего, при размещении на объектах здравоохранения, оставшихся после партикуляризации учреждений здравоохранения) и налогов (как для субъектов создания прямого социального результата от экономической деятельности), а также других компенсаций и льгот, позволяющих снижать себестоимость производства медицинских услуг.

Раздел 7.2.2. Переход к персонализированному фондодержанию средств государственного финансирования здравоохранения.

Понятие фондодержания в российское здравоохранение пришло из Великобритании (89). Звено первичной медицинской помощи в Великобритании представлено общими врачебными практиками (ОВП) — групповыми или индивидуальными. ОВП являются независимыми некоммерческими структурами. В большинстве случаев врач (или группа врачей) владеют своей практикой (помещением, оборудованием) на праве собственности. Они нанимают остальной персонал. ОВП оказывает помощь и взрослому населению (в том числе гинекологическую), и детям. Лишь в редких случаях ОВП арендуют помещение для своей работы. Обычно ОВП почти не имеет никакого специализированного оборудования. Все исследования, обследования, консультации специалистов производятся в госпиталях, где существуют значительные (до нескольких недель) очереди. Врачи общей практики строят свою деятельность на основе индивидуального контракта с органами управления здравоохранением. Форма контракта является единой для всей страны.

В ходе реформы несколько расширены права большинства государственных учреждений здравоохранения (госпиталей, служб по уходу), называемых трастами. Трасты организационно независимы от местных органов управления

здравоохранением и напрямую подчинены Минздраву, который назначает руководство. В то же время трасты поставлены в жесткую финансовую зависимость от муниципальных управлений здравоохранением, покупающих (оплачивающих) большую часть их услуг.

Опыт Великобритании значим, но мало применим к российской действительности.

Прежде всего в Великобритании нет учреждений здравоохранения. Вместо них существуют врачебные практики, имеющие форму некоммерческих корпораций (юридических лиц) и основанные на праве собственности (вне зависимости от того, имеют они в собственности помещения и оборудование или арендуют их), либо хозяйствующими субъектами – с которыми возможны договорные отношения – выступают сами врачи (по аналогии с отечественной действительностью – в качестве предпринимателей без образования юридического лица).

Кроме того, в Великобритании существует понятие траста (фондодержание – это тоже траст в отношении денежных средств). Траст (доверительная собственность) - институт англо-американского права; особая форма собственности, переданная ее учредителем (сеттлором, попечителем) доверительному собственнику, который управляет ею в пользу некоторого другого лица (бенефициара). При этом попечитель является юридическим владельцем собственности, а бенефициар имеет справедливую долю в доходах от этой собственности. Траст может возникнуть либо на основании добровольного соглашения лиц, либо устанавливается по закону. Доверительный собственник управляет:

- переданной ему собственностью только в соответствии с целями, указанными учредителем;
- в пользу выгодоприобретателей (бенефициариев).

Траст – это своего рода расщепление права собственности, невозможное в континентальной (в том числе в российской) системе права. По крайней мере, в Германии понятие фондодержания получило не связанное с трастом значение договорного выгодоприобретения.

Попытка ввести в российскую правовую систему несвойственный ей институт траста имела место (164) и завершилась возникновением института доверительного управления имуществом (170, гл.53). Иными словами, в российской правовой действительности траст невозможен, но есть доверительное управление имуществом, принципиально отличное от траста. И любого рода построениям отношений по образцу траста противостоят правила о доверительном управлении имуществом. Не могут быть самостоятельным объектом доверительного управления деньги, за исключением случаев, предусмотренных законом (170, п.2 ст.1013).

Кроме того, поскольку речь идет о государственных средствах финансирования здравоохранения, их движение подчиняется правилам бюджетного процесса. Бюджетный процесс - регламентируемая нормами права деятельность органов государственной власти, органов местного самоуправления и участников бюджетного процесса по составлению и рассмотрению проектов бюджетов, проектов бюджетов государственных внебюджетных фондов, утверждению и исполнению бюджетов и бюджетов государственных внебюджетных фондов, а также по контролю за их исполнением (171, ст.6). В бюджетном процессе осуществляется право публичного собственника (государства, муниципального образования) в части правомочия распоряжения собственностью, в том числе денежными средствами. Фондодержание по смыслу бюджетного законодательства – это распоряжение денежными средствами государственного финансирования здравоохранения. И этот смысл не меняется от того, что речь идет о средствах внебюджетного государственного фонда обязательного медицинского страхования.

Полномочия собственника в части распоряжения средствами казны осуществляют государственные и муниципальные органы. Но если полномочия главного распорядителя (171, ст.158) и распорядителя (171, ст.159) бюджетных средств осуществляют соответственно органы государственной власти Российской Федерации, имеющие право распределять средства федерального бюджета по подведомственным распорядителям и получателям бюджетных средств, определенный ведомственной классификацией расходов федерального бюджета, и органы государственной власти или органы местного самоуправления, имеющие право распределять бюджетные средства по подведомственным получателям бюджетных средств, то полномочия распорядителей средств внебюджетных фондов осуществляют финансово-кредитные учреждения (такие как Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования), не имеющие статуса государственных органов.

Фондодержание — способ оплаты и механизм финансирования медицинской помощи, разработанный в ходе эксперимента по внедрению нового хозяйственного механизма (НХМ) здравоохранения. Суть его заключается в том, что амбулаторно-поликлиническое звено (звено первичной медицинской помощи, ОВП) получает в свое распоряжение финансовые средства (финансовые фонды) не только на собственное содержание, но и на оплату услуг, оказанных прикрепившимся к нему пациентам в других медицинских учреждениях. Учреждение или подразделение, получившее эти средства, называется фондодержателем. Фондодержатель заинтересован в рациональном расходовании финансовых средств, поскольку часть экономии этих средств может использовать на экономическое и социальное развитие и материальное стимулирование. Различают частичное или полное фондодержание. При полном фондодержании фондодержатель имеет в своем распоряжении средства на оплату всего объема медицинских услуг, оказываемых за пределами учреждения. Такая схема применялась в НХМ. При частичном фондодержании

фондодержатель имеет средства на оплату лишь части помощи (например, только специализированной амбулаторной помощи) (60) и является распорядителем закрепленных за ним финансовых средств (180, С.27). Служба врача общей практики (семейного врача), работающая на основе полного фондодержания, оплачивает стационарную помощь, скорую помощь, услуги врачей-специалистов, работающих в поликлиниках, и собственную работу (180, С.27).

Иными словами, фондодержание в бюджетно-правовом значении связано с передачей функций распорядителя государственных средств финансирования практического здравоохранения учреждению здравоохранения или даже его подразделению; в гражданско-правовом значении фондодержание – это доверительное управление денежными средствами, что в отсутствие разрешения закона прямо им запрещено. При этом не приводится, во-первых, деления этих средств на бюджетные и из внебюджетных фондов; во-вторых, оснований (по принадлежности или по договору) передачи этих средств в ведение ОВП в положении учреждения здравоохранения или его подразделения.

Если фондодержание распространяется на средства государственных внебюджетных фондов, то наделение функциями распорядителя этих средств ОВП не находит правовых оснований. Если же фондодержание распространяется на бюджетные средства, то ОВП, выступая в качестве распорядителя этих средств, т.е. на правах государственного или муниципального органа, осуществляет при этом функции хозяйствующего субъекта, притом что запрещается совмещение функций федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления с функциями хозяйствующих субъектов, а также наделение хозяйствующих субъектов функциями и правами указанных органов, в том числе функциями и правами органов государственного надзора, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации (30, п.2 ст.7).

Если фондодержание возникает в силу передачи соответствующих средств собственником созданному им учреждению (в том числе и целевым назначением для его подразделения), то на него распространяются правила о задании собственника (170, п.1 ст.298), если же – в силу договора, то на него распространяются правила о свободе договора (170, ст.421) и о подчинении правоотношения, оформляемого договором, императивным требованиям закона (170, ст.422), т.е. о виде договора. Будучи основано на договоре, фондодержание является вариантом агентирования (170, гл.52).

Без решения этих вопросов в пилотном проекте структурных изменений в сфере здравоохранения уже расставлены приоритеты: полный тариф при одноканальном финансировании, частичное фондодержание и смещение финансово-организационного акцента на амбулаторно-поликлиническое звено, когда денежные средства на прикрепленное население перечисляются врачу общей практики, на которого ложится обязанность через страховую компанию из специально созданного фонда рассчитываться с привлекаемыми узкими специалистами.

Одноканальность финансирования здравоохранения означает, что средства поступают из одного источника с единым правовым режимом распоряжения. Поскольку именно возникновение внебюджетных фондов раскололо единый в прошлом бюджетный режим распоряжения государственными средствами, для центростремительной одноканальности финансирования здравоохранения необходимо упразднение внебюджетных фондов. Альтернативой этому является центробежный вывод правового режима внебюджетных фондов из-под действия бюджетного законодательства, т.е. партикуляризация внебюджетных фондов, а с этим – утрата государством возможности управления этими фондами.

Фондодержание в предлагаемом виде означает, что если в настоящее время механизм оплаты медицинских услуг устроен так, что через сеть посредников (страховщиков) государство платит гражданам оказанием медицинских услуг

принадлежащими ему учреждениями здравоохранения (39), то при переходе к фондодержанию государство станет расплачиваться с гражданами деятельностью (услугами) специально уполномоченного агента-диспетчера (ОВП), занимающегося медицинской сортировкой и расчетами через страховые медицинские организации со специалистами за предоставляемые ими медицинские услуги, не чуждого попутно и самому обозначить свое участие в лечебно-диагностическом процессе, по оплате притязая на ведущую в нем роль. Если в настоящее время учреждения здравоохранения находятся в режиме ожидания финансирования и его увеличения, то при переходе к фондодержанию этот режим унаследуют общеврачебные практики.

Между тем, государство, оплачивая медицинские услуги в пользу граждан, выступает не на стороне исполнителя, а на стороне заказчика (170, ст.430) – на той же стороне, на которой позиционируются и граждане как получатели этих услуг: договором в пользу третьего лица признается договор, в котором стороны установили, что должник (медицинская организация) обязан произвести исполнение не кредитору (государству), а указанному или не указанному в договоре третьему лицу (гражданину), имеющему право требовать от должника исполнения обязательства в свою пользу (140). Отсюда, поскольку носителем прав требований к медицинской организации по платежам государства является гражданин (39) как получатель медицинских услуг, постольку именно ему надлежит быть распорядителем предназначенных для него средств финансирования практического здравоохранения, т.е. фондодержателем (рис. 40).

Договор в пользу третьего лица (ст.430 ГК РФ):

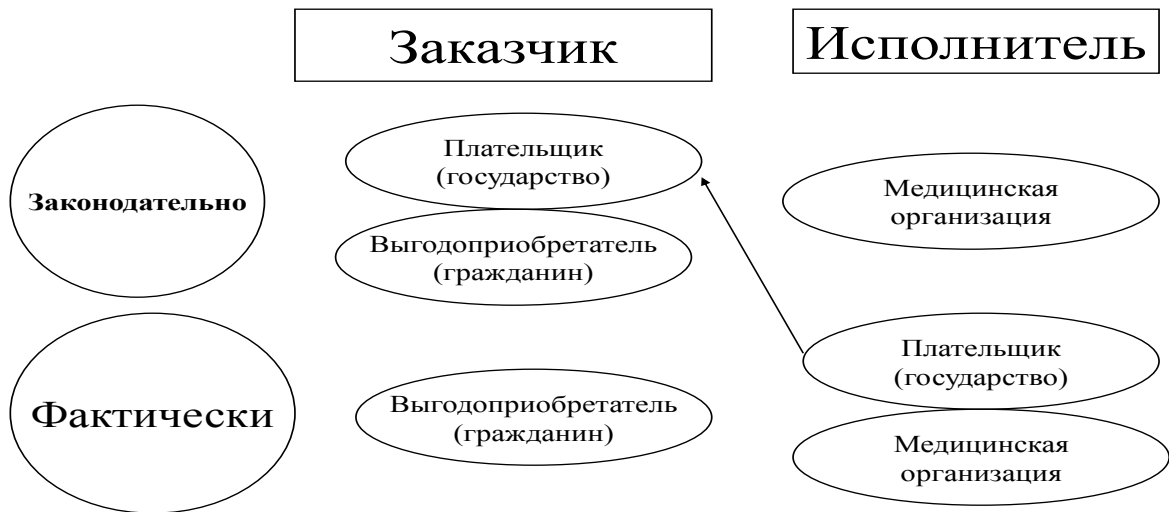


Рис. 40. Позиционирование сторон и их интересов в договоре в пользу третьего лица.

Иными словами, фондодержание от исполнителя медицинских услуг должно перейти к их получателю. В той мере, в какой функция распоряжения бюджетными средствами (средствами казны) распадается на (145) распределение в бюджетном процессе и распределение за пределами бюджетного процесса, первое остается функцией государственных и муниципальных органов, а второе (размещение между хозяйствующими субъектами) становится полномочием фондодержателя, гражданина.

Вопрос лишь в том, в каком механизме это полномочие гражданина может эффективно осуществляться.

В числе Интернет-обращений к Президенту России (2006 г.) были предложения граждан (38) ввести систему личного счета, чтобы гражданин отчислял не в общий фонд, а на личный счет, и при этом во время получения медицинской помощи мог воспользоваться этим счетом.

Рациональным содержанием этих предложений является то, что, во-первых, каждый гражданин в качестве фондодержателя должен иметь персональный дебетовый медико-социальный счет; во-вторых, на этом счете гражданина должны находиться средства, предназначенные персонально для него; в-третьих, возможность распоряжения этим счетом должна быть воплощена в специальном медико-социальном платежном документе (далее МСПД – сертификате, полисе, пластиковой дебетовой карте и т.д.), позволяющем совершать конклюдентные действия по целевым расчетам с хозяйствующими субъектами.

МСПД – это документ, ассоциированный с гражданством Российской Федерации. Гражданин приобретает право на фондодержание на основании МСПД с момента рождения, и оно сохраняется до момента смерти, т.е. сопутствует правоспособности гражданина. Следовательно, как элемент правоспособности право гражданина на фондодержание на основании МСПД не может быть ограничено, кроме как федеральным законом и только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства (170, п.2 ст.1).

Относительно нерациональным в этих предложениях является создание накопительной системы персонализированного фондодержания. Если речь идет о том, чтобы все денежные средства, поступающие от плательщиков соответствующих взносов, депонировать на персональных счетах того, в расчете на кого они поступили, то нарушается принцип социального перераспределения, когда здоровые платят за больных, имущие – за неимущих, работоспособные – за неработоспособных. Если же речь идет о том, что сам гражданин или третьи лица в его пользу на основании гражданско-правовых сделок пополняют его персональный дебетовый медико-социальный счет, то такая возможность, несомненно, должна быть предусмотрена.

МСПД является средством совершения гражданином односторонней сделки, по которой права и обязанности возникают для государства в качестве плательщика и для хозяйствующего субъекта в качестве исполнителя соответствующих услуг. Это означает, что между государством и хозяйствующим субъектом устанавливаются отношения по договору в пользу граждан, обращающихся за получением услуг. Для заключения подобного договора не нужна особая процедура – достаточно присоединения организации к условиям, выдвигаемым государством, сколько и за что оно платит. Тем самым договор в пользу третьего лица (170, ст.430) заключается в форме договора присоединения (170, ст.428). Если условия государства в таком договоре не устраивают хозяйствующих субъектов, они к нему не присоединятся. Задачей государства в качестве плательщика является сделать условия договора выгодными и привлекательными для хозяйствующих субъектов – и по ценам (тарифам), и по встречным требованиям, и по способам оплаты. Задачей хозяйствующих субъектов, присоединившихся к договору с государством, является создать условия для удержания у себя граждан в качестве фондодержателей.

Отношения между государством и хозяйствующими субъектами по оплате медико-социальных предоставлений гражданам (т.е. сколько государство платит хозяйствующим субъектам) складываются за пределами отношений персонализированного фондодержания (между государством и гражданами), для которых имеет значение, за что государство платит хозяйствующим субъектам в пользу граждан, т.е. на что они вправе рассчитывать бесплатно для себя. Иными словами, для целей фондодержания необходимо структурное категорирование выплат по МСПД.

В соответствии со структурой единого медико-социального фонда в ведении Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (145) структурное категорирование выплат по МСПД становится технической задачей.

Каждый гражданин в качестве держателя МСПД волен обращаться в любую медицинскую организацию, с которой могут быть установлены отношения государства в качестве плательщика, и получать услуги, оплачиваемые в пределах его персонального счета в соответствующем фонде.

Персонализированное фондодержание позволяет гражданам также пользоваться услугами тех хозяйствующих субъектов, цены на которые выше, чем оплачиваются по тарифам государства. В этом случае желающие самостоятельно доплачивают разницу между ценами хозяйствующих субъектов и тарифами государства.

Кроме того, доплата граждан к тарифам государства по оплате базового набора медико-социальных потребностей может быть введена в том случае, если обращение граждан за получением соответствующих услуг носит характер субъективного пренебрежения объективной необходимостью (например, хождения пенсионеров в поликлинику для утоления недостатка общения).

В результате обращения граждан за медицинской и (или) социальной помощью каждый из них формирует *персональную историю фондодержания*. По ней становится возможным прогнозировать затраты будущих периодов при создании очередного бюджета здравоохранения и социального развития.

Персонализированное фондодержание связано с необходимостью создания *единого государственного медико-социального реестра*.

Отнесение граждан к соответствующей категории в едином государственном медико-социальном реестре означает соответствующие изменения в оплате базового набора медико-социальных потребностей и оплате медицинских услуг особого спроса. Подобное категорирование граждан в едином государственном медико-социальном реестре позволяет также дифференцировать оплату базового набора медико-социальных потребностей и оплату медицинских услуг особого спроса в зависимости от персональной истории фондодержания.

В целом, персонализированное фондодержание решает многие задачи современного финансирования практического здравоохранения. Прежде всего, персонализированное фондодержание – это способ перехода от платы государством через сеть посредников (страховщиков) гражданам оказанием медицинских услуг принадлежащими ему учреждениями здравоохранения к плате государством реальными денежными средствами в пользу граждан выбранным ими хозяйствующим субъектам. Персонализированное фондодержание позволяет осуществлять платежи по медико-социальному платежному документу с персонального счета в едином государственном медико-социальном фонде в ведении Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, начисления на который могут производиться дифференцированно в зависимости от целого ряда влияющих факторов, обуславливающих соответствующие правовые основания. При этом персонализированное фондодержание не ограничивает свободы граждан обращаться в медицинские организации с ценами выше, чем государственные тарифы, с возможностью самостоятельной доплаты. Персональные истории фондодержания граждан дают возможность в совокупности планировать бюджет здравоохранения в целом. Категорирование граждан в едином государственном медико-социальном реестре позволяет дифференцировать оплату базового набора медико-социальных потребностей и оплату медицинских услуг особого спроса в зависимости от персональной истории фондодержания.

Выводы к разделу 7.2.2:

1. Передача средств государственной казны в фондодержание учреждениям здравоохранения в условиях круговорота бюджетных средств непродуктивна.
2. Фондодержанием является позиционирование пациента в центре платежных отношений в здравоохранении в качестве распорядителя средств государственной казны в персонализированных пределах через единый

социальный платежный документ, с которым он мог бы обращаться в любую медицинскую организацию.

Вывод к § 7.2: Реструктуризация финансирования здравоохранения преследует цели интеграции пациента в отношения оплаты за счет средств государственной казны оказываемых ему медицинских услуг в условиях экономической оптимизации и договорной нормализации этих отношений в интересах всех участников.

§ 7.3. КОНЦЕПЦИЯ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Результатом социально-ориентированной модернизации здравоохранения как реформы отрасли и механизма публично-социального взаимодействия является достижение баланса между обновленными и новыми институтами на иных основаниях, принципах организации и условиях функционирования и развития, чем было накануне и в процессе реформы (рис. 41).

В результате реформы государство ликвидирует сеть субъектов медицинской деятельности, нормативное ценообразование на медицинские услуги, сеть фондов финансирования здравоохранения, финансирование субъектов экономической деятельности по принадлежности имущества, по бюджетным правилам, прямо из казны, без участия пациентов.

Взамен государство создает сеть объектов здравоохранения, механизм регулирования себестоимости медицинских услуг, сеть направлений финансирования здравоохранения, финансирование субъектов экономической деятельности по объемам реализации продукции, финансирование субъектов медицинской деятельности через посредство пациентов, финансирование субъектов экономической деятельности по гражданско-правовым правилам, через посредство частных платежных институтов.

Государство		Экономика
ликвидирует	создает	
сеть субъектов медицинской деятельности	сеть объектов здравоохранения	полиморфизм частных хозяйствующих субъектов
нормативное ценообразование на медицинские услуги	механизм регулирования себестоимости медицинских услуг	рыночное установление цен на медицинские услуги
сеть фондов финансирования здравоохранения	сеть направлений финансирования здравоохранения	концентрация платежных капиталов
финансирование субъектов экономической деятельности по принадлежности имущества	финансирование субъектов экономической деятельности по объемам реализации продукции	формирование товарообмена, рыночной конъюнктуры и конкуренции
финансирование субъектов медицинской деятельности без участия пациентов	финансирование субъектов медицинской деятельности через посредство пациентов	экономическая социализация здравоохранения
финансирование субъектов экономической деятельности по бюджетным правилам	финансирование субъектов экономической деятельности по гражданско-правовым правилам	стимулирование экономического оборота, результатирующего социальным эффектом
финансирование субъектов экономической деятельности прямо из казны	финансирование субъектов экономической деятельности через посредство частных платежных институтов	одноканальное финансирование и концентрация оборотных капиталов в отрасли

Рис. 41. Схема сдвига публичных приоритетов в организации здравоохранения.

Для этого в экономике здравоохранения государство инициирует и поощряет развитие многообразия форм частных хозяйствующих субъектов, рыночного установления цен на медицинские услуги, концентрации платежных капиталов, формирования товарообмена, рыночной конъюнктуры и конкуренции, экономической социализации здравоохранения, стимулирования экономического оборота, результирующего социальным эффектом, одноканального финансирования и концентрации оборотных капиталов в отрасли – всего того, что создает ориентированную на действительные интересы (или интерес-ориентированную) организацию экономики здравоохранения. Организация здравоохранения становится в той мере экономической, в какой ее определяет интерес-ориентированная экономика здравоохранения.

За отправные начала реформы, ведущей к становлению интерес-ориентированного здравоохранения, приняты следующие положения (рис. 42):

- исключение конфликта интересов;
- отделение государства от экономики в здравоохранении;
- финансирование медицинских услуг, а не медицинских организаций;
- управление себестоимостью медицинских услуг – создание режима налоговых льгот и компенсаций для медицинских организаций;
- принадлежность медицинских организаций не имеет значения для государства в здравоохранении;
- охрана здоровья – по возможностям бюджета, а не бюджет – по потребностям охраны здоровья;
- договор – единственное основание оказания и оплаты медицинских услуг;
- микроэкономика здравоохранения – не для пополнения казны;
- социальный результат – следствие экономической деятельности;
- регулирование – на основе правил, а не усмотрения должностных лиц.

Отправные начала	Пути
социальный результат – следствие экономической деятельности	политика здравоохранения (фондирование)
переход от политики использования ВВП к политике создания ВВП в здравоохранении	
исключение конфликта интересов	
микроэкономика здравоохранения – не для пополнения казны	
договор – единственное основание оказания и оплаты медицинских услуг	
охрана здоровья – по возможностям бюджета, а не бюджет – по потребностям охраны здоровья	
регулирование – на основе правил, а не усмотрения должностных лиц	
отделение государства от экономики в здравоохранении	партикуляризация учреждений здравоохранения
принадлежность медицинских организаций не имеет значения для государства в здравоохранении	
позиционирование государства в платежном механизме на стороне пациента	фондодержание
финансирование медицинских услуг, а не медицинских организаций	
управление себестоимостью медицинских услуг – создание режима налоговых льгот и компенсаций для медицинских организаций	создание сети объектов здравоохранения
воссоздание системности здравоохранения	

Рис. 42. Отправные начала и пути индустриальной трансформации здравоохранения.

Индустриальной трансформации здравоохранения приданы следующие пути:

- политика здравоохранения, которая на этапе реформы и в пореформенный период имеет выражение в распределении средств финансирования здравоохранения по соответствующим фондам (фондировании);
- партикуляризация учреждений здравоохранения и достижение единства в многообразии частных медицинских организаций;
- фондодержание – передача прав распоряжаться средствами казны в индивидуализированных пределах гражданам;
- создание сети объектов здравоохранения – имущественной основы отрасли, которая наряду со средствами финансирования здравоохранения обеспечивает ее единство, а вместе с системой налоговых послаблений и преференций – формирует систему регулирования себестоимости оплачиваемых из казны медицинских услуг.

Таким образом, переход к экономической организации (индустриальная трансформация) здравоохранения, основанный на интерес-ориентированных отправных началах (39, 41, 105, 153-158), пролегает по путям социально-технологических инноваций (57, 122, 145-146, 148, 150-152, 159-62).

Трудно не согласиться с мнением И.Г. Горького, что политическая система современного российского общества реализует свою структурную и функциональную адекватность социально-политической системы преимущественного в отношении функционального авторитарного типа воспроизводства государственной власти в слиянии с административно-монополистическим капиталом и обуславливает низкую социально-политическую эффективность общественной системы в целом (21, С.16).

Социальная стратегия государства в рыночном хозяйстве, по мнению В.Д.Рожкова, должна формироваться таким образом, чтобы: во-первых, обеспечить рост доходов населения в соответствии с его трудовым вкладом; во-вторых, предотвратить социальное иждивенчество путем повышения экономической и социальной ответственности всех членов общества; в-третьих,

создать механизм социальной защиты населения. Социальная стратегия любого государства, с любой системой социально-экономического устройства и при этом достаточно устойчивое состояние социальной сферы являются таким же условием развития экономики, как экономическая политика, способствующая повышению эффективности экономики, - условием успешного решения социальных проблем (93, С.9).

По мнению Ю.Т. Багировой модернизация системы здравоохранения в России возможна на основе приоритетного участия государства и обеспечения мероприятий, в том числе, по инвестированию в научно-технические исследования медицинской отрасли; разработке программ, содержащих привлекательные кредиты и льготное налогообложение для инвесторов в больничные комплексы (5, С.8).

В отличие от традиционной трактовки экономического роста как результирующего показателя темпов роста ВВП безотносительно к его структуре, В.З. Чаплюком (185, С.9) экономический рост органически связывается с его качественно определенным регулированием. Понятие «экономический рост» трактуется как результирующая характеристика темпов роста ВВП под воздействием увеличения доли наукоемких отраслей в структуре ВВП вследствие инвестиционно-инновационного процесса, перехода к новым технологическим укладам, формирования вертикальной интеграции производства. Все эти факторы способствуют увеличению вновь созданной стоимости, в связи с чем необходимо усиление государственного регулирования, обеспечение социальной направленности экономики, разработку новой активной научно-промышленной политики, в том числе, в ряде отраслей социальной сферы. В связи с этим необходимо перейти в практике государственного регулирования экономического роста, к применению многофакторной модели, в отличие от используемой в настоящее время модели «дерегулирования», результатом которой стало неоправданное

изменение в структуре ВВП соотношения материального и нематериального производства (включая услуги), неконтролируемое государством увеличение доли посреднических услуг в структуре ВВП, возрастание зависимости экономической динамики от темпов наращивания в ВВП стоимостных объемов посреднических услуг, а не физических объемов продукции, что, в конечном счете, создало проблемы ресурсного обеспечения структуроопределяющих отраслей (185, С.14).

Именно в рамках главного экономического интереса – получения прибыли – заключен и интерес достижения определенных социальных результатов. Иначе говоря, любая социальная мера (в том числе и услуги здравоохранения) поверяется критерием экономического эффекта от ее реализации. Именно экономические, социальные и даже не в последнюю очередь политические факторы вызвали необходимость развития социальной сферы. По мнению В.Д. Рожкова перед обществом стоит задача переориентации социально-экономических механизмов с патерналистской модели на создание социальной политики нового типа, на формирование методов поддержки и стимулирования социально-экономической мобильности и активности всех слоев населения, с одной стороны, а, с другой, формирование ответственности всех субъектов социальной политики за принимаемые решения (93, С.11).

По мнению Б.М. Муляновой отказ государства от концептуальных оснований управления процессом реформ может привести к центростремительным процессам в государственном строительстве, конфронтации социальных интересов. Повышение роли государства в социальном управлении реформами может выступить в качестве средства достижения и реализации не только государственной политики, целей и задач реформирования общественно-государственной жизни, но и средством согласования и реализации социальных интересов, обеспечения толерантности ценностных ориентаций социальных групп и слоев (61, С.12-13).

По мнению В.Д. Рожкова эффективная экономика выступает важнейшим условием обеспечения высокого уровня медицинского обслуживания, нормальных условий жилья, питания, отдыха и т.п., для чего допустимо перевести обязательства государства по здравоохранению в государственные облигации, акции специализированных фондов и социальные сертификаты (93, С.18-19).

Проводимые в России в течение полутора десятилетия мероприятия по реформированию здравоохранения оказались неэффективными потому, что, в попытке сохранить советский механизм организации и финансирования здравоохранения в капиталистических реалиях, во-первых, не учитывали действительный баланс интересов участников общественных отношений в области охраны здоровья; во-вторых, не основывались на законодательных новациях текущего времени; в-третьих, не соответствовали процессам исхода государства из экономики и формирования единого экономического пространства во всех отраслях народного хозяйства.

Концептуальная модель организации экономики отечественного здравоохранения складывается в отношениях между товаропроизводителями, потребителями, плательщиками и субъектами рыночной инфраструктуры.

Она основана на сопряжении интересов и потребностей определенного круга участников экономических отношений в медико-социальной сфере по поводу идентифицированных финансовых и других имущественных объектов притом, что в центре этого круга находится гражданин, ради удовлетворения нематериальных интересов и потребностей которого складываются эти экономические отношения.

В таких условиях складываются новые функционально-структурные, институциональные и процессные основы пореформенного функционирования и развития здравоохранения. Из сферы субординации публичным интересам оно переходит в сферу координации частных интересов.

1. Функционально-структурная пореформенная организация здравоохранения.

Главным достижением индустриальной трансформации здравоохранения является переход от аморфных, неоформленных или оформленных не в соответствии с действительным характером общественных отношений к отношениям, по горизонтали и вертикали взаимосвязей оформленных на основе договорных универсалий.

Распорядительным звеном в общественных отношениях охраны здоровья становится общество. Оно приобретает качества распорядителя средств использования ВВП на нужды здравоохранения для обращения их на цели создания ВВП, в результате чего получает удовлетворение своих интересов в охране здоровья.

Государство становится исполнительным звеном соблюдения интересов граждан в отношениях финансирования охраны их здоровья. В здравоохранении оно перестает противопоставлять себя обществу и занимает место субъекта перераспределения средств использования ВВП на нужды здравоохранения в пользу общества.

В экономике здравоохранения удовлетворение интересов хозяйствующих субъектов происходит в порядке удовлетворения интересов граждан в охране здоровья. В отношениях с остальными хозяйствующими субъектами в инфраструктуре здравоохранения государство руководствуется интересами общества как получателя конечных благ от их деятельности, мерой которых определяется эквивалентность товарообмена.

Тем самым экономическая составляющая системы здравоохранения становится определяющей его функционирование и развитие, а структурирование экономики здравоохранения подчинено потребностям роста интенсивности товарообмена.

Интерес-ориентированная функционально-структурная организация здравоохранения позволяет разграничить:

1. государство и общество. Публичный механизм, в рамках которого разрешено только то, что предписано законом, состоит из органов государства и муниципальных образований и ограничен пределами государственной и муниципальной службы. В обществе, которое не составляет механизм государства, разрешено все, что не запрещено законом.

2. государство и экономику. Составляющие публичного механизма действуют в рамках компетенции с результатом, не имеющим формы товара. Напротив, – в обществе создается и реализуется (в том числе и государству) продукт, имеющий товарную форму (товары, работы, услуги).

3. сферу общественного потребления (использования ВВП) и сферу общественного воспроизводства (создания ВВП) в обществе. Создание ВВП – это удел хозяйствующих субъектов, а использование ВВП – это перераспределение созданного в пользу потребителей, не являющихся хозяйствующими субъектами.

4. расходы казны в пользу государства и в пользу общества. Потребители, не являющиеся хозяйствующими субъектами – это государство и общество по социальным гарантиям государства. Соответственно, использование ВВП в публичной части обращается на содержание публичного механизма (государственных и муниципальных органов), в социальной части – на обеспечение социальных гарантий.

5. положение сторон в договоре об оказании медицинских услуг. Всегда противоположно договорное положение исполнителя медицинских услуг (медицинских организаций) и заказчика. Всегда на одной стороне заказчика находятся выгодоприобретатель (пациент) и плательщик в его пользу (в том числе, государство). Отсюда всегда противоположно договорное положение плательщика и исполнителя медицинских услуг.

6. сферу практического здравоохранения и сферу его финансирования. Нельзя согласиться с мнением В.Д. Рожкова, что основное направление

реформирования в системе здравоохранения связано с переходом к бюджетно-страховому принципу финансирования медицинских учреждений и что ключевыми субъектами нового хозяйственного механизма системы здравоохранения становятся независимые страховые компании, деятельность которых позволит реализовать конкурентные принципы организации рынка медицинских услуг (93, С.18-19). Интересы страховых компаний, как и других плательщиков, всегда противоположны интересам получателя оплаты, т.е. медицинских организаций, и конкуренция между страховщиками, существующая уже в настоящее время, никак не корреспондирует состоянию рынка медицинских организаций;

7. рынки в отрасли. Потребительский рынок в здравоохранении представлен реализацией товаров (лекарств, средств санитарии и т.д.), работ (изготовление протезов и т.д.) и услуг медицинского назначения (43). Сложился также рынок парамедицинских предоставлений. Наряду с потребительским рынком (B2C) в здравоохранении существует рынок обслуживания медицинских организаций (B2B).

Пореформенная организация здравоохранения представлена рядом функций.

Функция надзора. В пореформенных условиях вместо репрессивной процедуры получения разрешения в интересах государства надзор обеспечивает организацию доступа хозяйствующих субъектов и допуска объектов направленного воздействия на здоровье в экономический оборот в здравоохранении в интересах общества.

Функция плательщика. Публичный плательщик в гражданском обороте осуществляет финансирование:

- практического здравоохранения;
- необоротной медицинской деятельности;
- научно-практических исследований;
- компенсаций и льгот.

В пореформенных условиях функция плательщика распадается на три составляющих: публичная функция финансового управления, частная исполнительно-расчетная функция, частная распорядительная функция.

Функцию финансового управления выполняет Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию. Наряду с фондируемым размещением средств финансирования здравоохранения в Банке медико-социального развития, функцией Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию является сбор информации и состоянии социальной и экономической среды в здравоохранении и размещение резервных средств в зонах соответствующего неблагополучия, а также регулирование себестоимости медицинских услуг, оплачиваемых за счет казны, мерами финансовых компенсаций, предоставляемых хозяйствующим субъектам, осуществляющим медицинскую деятельность, включая налоговые послабления, минимизацию арендной платы и пр.

Исполнительно-расчетную функцию осуществляет Банк медико-социального развития. Помимо освоения средств финансирования здравоохранения, размещенных в нем Федеральным агентством по здравоохранению и социальному развитию, Банк ведет расчетные операции со средствами хозяйствующих субъектов, осуществляющими медицинскую деятельность, а также с инвесторами, размещающими вклады в здравоохранении и т.д.

Распорядительную функцию осуществляет гражданин – держатель единого медико-социального платежного документа, по которому расплачивается с хозяйствующими субъектами, осуществляющими медицинскую деятельность.

Функция товаропроизводителя. В пореформенных условиях после партикуляризации государственных и муниципальных учреждений здравоохранения рынок медицинских организаций представлен исключительно частными хозяйствующими субъектами в различных организационно-правовых формах. Поскольку с партикуляризацией учреждений здравоохранения публичный собственник (государство и муниципальные образования)

освобождается от бремени их содержания, в том числе снабжения, постольку кроме хозяйствующих субъектов, осуществляющих медицинскую деятельность, возникает сеть хозяйствующих субъектов обеспечительной инфраструктуры.

Пореформенная организация здравоохранения представлена двухуровневой структурой зон ответственности.

Государственный уровень определяет зону ответственности Российской Федерации. На этом уровне основными функциями являются:

1. регулирование отношений в сфере охраны здоровья;
2. финансирование здравоохранения путем размещения средств государственной казны в Банке медико-социального развития;
3. мониторинг состояния общественного здоровья и экономики здравоохранения.

Задачи государства на этом уровне:

- улучшать состояние общественного здоровья за счет эффективной деятельности хозяйствующих субъектов в здравоохранении;
- достигать эффективной деятельности хозяйствующих субъектов в здравоохранении за счет адекватного финансирования и рентабельности их деятельности;
- добиваться адекватного финансирования и рентабельности деятельности хозяйствующих субъектов в здравоохранении в условиях приемлемости этого для государственной казны за счет компенсаторных механизмов минимизации себестоимости медицинских услуг.

Местный уровень представлен зоной ответственности муниципальных органов. На органах местного самоуправления лежит обязанность в пределах муниципальной территории обеспечить такое финансируемое из государственной казны функционирование принадлежащих им объектов здравоохранения, на которых на условиях аренды размещаются хозяйствующие субъекты, осуществляющие медицинскую деятельность, при котором себестоимость оказания оплачиваемых из государственной же казны медицинских услуг является наименьшей.

2. Институциональная пореформенная организация здравоохранения.

Социальный институт – элемент социальной структуры, исторической формы организации и регулирования общественной жизни; совокупность учреждений, норм, предписаний и требований, связанных с определенной организационной структурой, посредством которых общество контролирует и регулирует деятельность людей в наиболее важных сферах общественной жизни; ценностей, культурных образцов, устойчивых форм поведения.

Чтобы различать социальные институты по интересам, на удовлетворение которых они ориентированы, выделяются публичные (представляющие государство и муниципальные образования) и общественные (представляющие граждан и их группы) институты.

Государственная политика здравоохранения реализуется через публичный институт регулирования и оптимизации отраслевой экономики.

Публичный институт регулирования и оптимизации экономики здравоохранения – это организация использования публичных механизмов для достижения ценового баланса в оплате предоставлений из казны и для стимулирования роста капитализации здравоохранения, т.е. превращения прибавочной стоимости в капитал и использования ее на расширение производства в отрасли.

Регулирование экономики здравоохранения законодательными, надзорными и финансовыми мерами обеспечивает сохранение устойчивого баланса интересов всех участников общественных отношений в этой сфере вне зависимости от влияния переменных факторов (конъюнктуры, инфляции и т.д.).

Оптимизация экономики здравоохранения в интересах государства в качестве плательщика достигается механизмами влияния на себестоимость продукции – налоговые послабления, льготы и компенсации хозяйствующим субъектам, осуществляющим деятельность с прямым социальным эффектом, а также

ограничение величины арендной платы за пользование ими объектами здравоохранения публичной принадлежности.

Частные институты в здравоохранении преследуют каждый свои интересы, общность которых позволяет их различать.

Частный (общественный) институт капитализации здравоохранения представляет собой организацию следования средств финансирования здравоохранения за выгодоприобретателем (пациентом), их перехода из публичной сферы в сферу общественного потребления и из сферы общественного потребления – в сферу общественного воспроизводства, обеспечения их капитализации, накопления и концентрации капиталов в сфере реального производства и в финансовой сфере в здравоохранении.

Частный (общественный) институт практического здравоохранения состоит из совокупности самостоятельных хозяйствующих субъектов, в любых организационно-правовых формах осуществляющих медицинскую деятельность и конкурирующих между собой за доступ к государственным средствам финансирования здравоохранения через пациента в качестве их держателя либо за доступ к частным средствам оплаты медицинских предоставлений пациентам.

Частный (общественный) институт обеспечительной инфраструктуры здравоохранения представляет собой организацию хозяйствующих субъектов, предоставляющих товары, работы, услуги (в том числе практические и научные исследования) по заказу государства в его пользу, в пользу граждан (пациентов) или хозяйствующих субъектов, осуществляющих медицинскую деятельность, а также по заказу граждан (пациентов) и субъектов медицинской деятельности в свою пользу.

В целом интерес-ориентированная институциональная организация здравоохранения подчинена потребностям составляющих ее институтов, стремление к удовлетворению которых создает зависимые от состояния социальной среды стимулы развития отраслевой экономики.

3. Процессная пореформенная организация здравоохранения.

Пореформенная организация здравоохранения складывается из процессов, формирующих экономическую организацию здравоохранения и создающих экономику здравоохранения как подсистему системы организации здравоохранения.

Пореформенная организация здравоохранения формирует цикл последовательных процессов. Он состоит из социально-публичного, публичного, публично-социального и социального процессов (рис. 43).

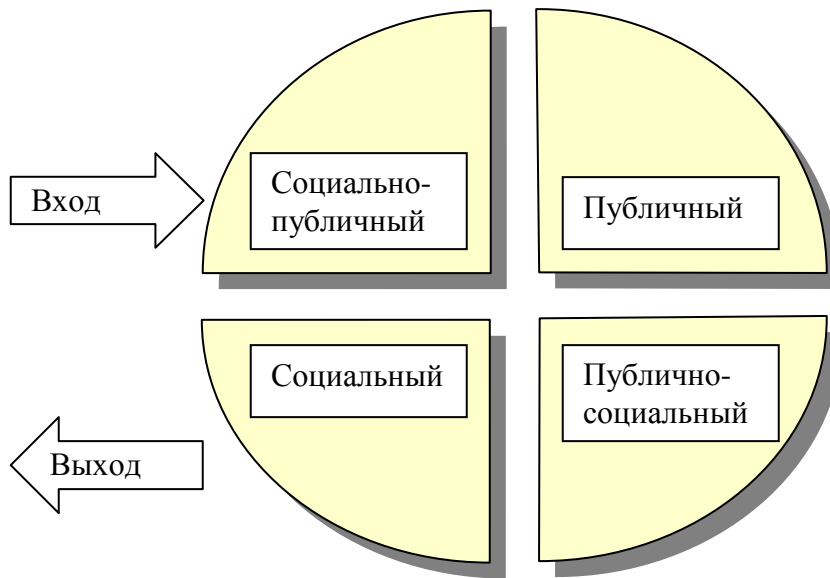


Рис. 43. Схема пореформенной процессной организации здравоохранения.

Социально-публичный процесс. Государство мерами публичного понуждения собирает в обществе средства для последующего перераспределения. Владелец процесса – государство, исполнитель – налоговые органы. Процесс начинается уплатой налогоплательщиками обязательных платежей (сборов, налогов, пошлин) и завершается наполнением казны.

Публичный процесс. Государство распределяет средства казны для последующего освоения, разделяя публичные (в пользу государства) и социальные (в пользу общества) потоки. Владелец процесса – государство, исполнитель – казначейство. Процесс начинается формированием бюджетов распределения и завершается окончательным определением бюджета использования ВВП на нужды здравоохранения и социального развития.

Публично-социальный процесс. Государство осуществляет фондирование бюджета здравоохранения и социального развития по соответствующим направлениям расходования, а также формирует экономические рычаги регулирования себестоимости продукции, оплачиваемой из казны. Владелец процесса – государство, исполнитель – Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию. Процесс начинается поступлением бюджета здравоохранения и социального развития в ведение Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию и завершается передачей средств финансирования практического здравоохранения Банку медико-социального развития, а также разработкой работоспособных механизмов налоговых послаблений, льгот и компенсаций хозяйствующим субъектам, осуществляющим медицинскую деятельность, и регулирования величины арендных платежей, производимых ими за пользование объектами здравоохранения.

Социальный процесс. В рамках этого процесса складывается товарообмен, т.е. встреча товаропроизводителей с потребителями, оплату предоставлений которым в индивидуализированных пределах осуществляет государство через такой общественный институт, как Банк медико-социального развития. Тем самым товарообмен происходит в обществе – государство осуществляет функции регулирования этого процесса, надзорные и платежные, опосредованные через специализированный кредитно-финансовый социальный институт. При этом платежи хозяйствующим субъектам осуществляют сами граждане посредством единого медико-социального платежного документа – общество, а не государство реализует свои интересы в экономических отношениях. По существу, эти отношения выстраиваются между одной частью общества – товаропроизводителями (хозяйствующими субъектами), представляющей сферу общественного воспроизводства, и другой частью общества – потребителями, гражданами – представляющей сферу общественного потребления, и опосредуются также общественным кредитно-

финансовым институтом. Отсюда владелец процесса – общество, исполнитель – Банк медико-социального развития. Процесс начинается расчетными операциями между хозяйствующими субъектами и потребителями и завершается созданием ВВП в здравоохранении, выраженным в суммарных показателях экономического оборота в отрасли за расчетный период.

В целом процессный цикл подчинен потребностям последовательного продуктивного преобразования средств использования ВВП в средства создания ВВП в здравоохранении.

Новые функционально-структурные, институциональные и процессные основы пореформенного функционирования и развития здравоохранения требуют создания новой системы показателей (индикаторов) его состояния.

Эффективность экономической организации здравоохранения в условиях его индустриальной трансформации обобщенно отражают:

- бюджет финансирования здравоохранения по направлениям фондирования;
- показатели экономического оборота в отрасли (выпуск);
- численность субъектов медицинской деятельности;
- показатели рентабельности субъектов медицинской деятельности;
- цены на медицинские услуги.

Таким образом, пореформенная модель индустриальной трансформации здравоохранения, организованная на новых функционально-структурных, институциональных и процессных основах, благодаря ориентированности на интересы участников общественных отношений имеет такую устойчивость, цельность и системность, которая обеспечивает необходимую перспективу функционирования и развития индустриально-трансформированной отрасли (149).

Выводы к § 7.3:

1. Проводимые в России в течение полутора десятилетия мероприятия по реформированию здравоохранения оказались неэффективными потому, что, в попытке сохранить советский механизм организации и финансирования

здравоохранения в капиталистических реалиях, во-первых, не учитывали действительный баланс интересов участников общественных отношений в области охраны здоровья; во-вторых, не основывались на законодательных новациях нынешнего времени; в-третьих, не соответствовали процессам исхода государства из экономики и формирования единого экономического пространства во всех отраслях народного хозяйства.

2. Инновационный подход к реформе здравоохранения требует разграничения государства и общества, государства и экономики, сферы общественного потребления и сферы общественного воспроизводства, расходов государственной казны в пользу государства и в пользу общества, положения сторон в договоре об оказании медицинских услуг, сферы практического здравоохранения и сферы его финансирования, рынков в отрасли.

3. Социально-ориентированная рыночная модернизация здравоохранения по направлениям ее проведения должна исходить из следующих принципов:

- в части политики здравоохранения, реализуемой через фондирование средств государственной казны: социальный результат – следствие экономической деятельности; переход от политики использования ВВП к политике создания ВВП в здравоохранении; исключение конфликта интересов; микроэкономика здравоохранения – не для пополнения казны; договор – единственное основание оказания и оплаты медицинских услуг; охрана здоровья – по возможностям бюджета, а не бюджет – по потребностям охраны здоровья; регулирование – на основе правил, а не усмотрения должностных лиц;

- в части партикуляризации учреждений здравоохранения: отделение государства от экономики в здравоохранении; принадлежность медицинских организаций не имеет значения для государства в здравоохранении;

- в части фондодержания: позиционирование государства в платежном механизме на стороне пациента; финансирование медицинских услуг, а не медицинских организаций;

- в части создания сети объектов здравоохранения: управление себестоимостью медицинских услуг – создание режима налоговых льгот и компенсаций для медицинских организаций; воссоздание системности здравоохранения.

4. Предлагаемая модель основана на сопряжении интересов и потребностей определенного круга участников экономических отношений в медико-социальной сфере по поводу идентифицированных финансовых и других имущественных объектов притом, что в центре этого круга находится гражданин, ради удовлетворения нематериальных интересов и потребностей которого складываются эти экономические отношения

5. Новые функционально-структурные, институциональные и процессные основы пореформенного функционирования и развития здравоохранения переводят его из сферы субординации публичным интересам в государстве в сферу координации частных интересов в обществе.

Вывод к главе 7: Социально-ориентированная рыночная модернизация здравоохранения состоит в организации в отрасли всеобъемлющих товарных отношений, одинаково приемлемых и выгодных для всех их участников, в части финансирования практического звена – по договору в пользу третьих лиц.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обычно о здравоохранении судят по показателям социальной среды: заболеваемость, смертность и т.д., а также по медико-организационным показателям, таким как коечный фонд, посещения и т.д.

Как правило, о проблемах постсоветского здравоохранения говорят, исходя из пафоса профессии, гуманности медицины и малости заработной платы медицинского персонала. Решения обычно усматриваются в повышении доли финансирования здравоохранения в ВВП, росте заработной платы медиков и заимствовании зарубежного опыта.

Анализ Интернет-обращений к Президенту России по теме здоровья нации (2006) показал, что организационно-финансовым состоянием здравоохранения недовольны одинаково медицинские работники и пациенты. Первые, будучи поставлены в социальное положение нищих, получают мзду от вторых, которые в результате содержат здравоохранение двойным бюджетом – за счет налогов и за счет поборов. При этом вторые в 4 раза более активны, чем первые, в предложениях путей исправления ситуации.

Государство же, пренебрегая ими, продолжает политику, унаследованную с прежних времен. Полагаясь на общепринятую в мире долю затрат на здравоохранение в ВВП, государство лишь увеличивает финансирование отрасли. Именно эти цели преследуют приоритетные национальные проекты в здравоохранении.

Очевидно, не то и не так поставили во главу. А что во главе? Сформирована ли вообще перспективная модель здравоохранения и понимание того, как этого добиться с помощью реформ? Жизнь показывает, что нет. Нет ни идеологии пореформенного здравоохранения, ни идеологии реформ.

В настоящее время постсоветское здравоохранение - это социалистический анклав в капиталистическом окружении. Модель Семашко ориентирована на потребление, на использование ВВП. Здравоохранению сколько не дай - все будет мало. Потому что оно привыкло только тратить.

Однако в капиталистическом обществе социалистическая модель организации здравоохранения не работает. Работоспособной является такая модель здравоохранения, которая соответствует политическим, экономическим и юридическим реалиям капиталистического общества, как это существует повсеместно в мире.

За рубежом - такие же врачи и такие же пациенты. И здравоохранение есть везде. Там не было социализма, а потому товарные отношения в здравоохранении сложились изначально. И налоги там платят так же. Но почему-то и врачи живут достойно, и пациентов не унижают, и в большинстве - все довольны.

Отсюда возникают два вопроса: что за рубежом есть такое, чего нет у нас, и чего за рубежом нет такого, что есть у нас.

За рубежом есть товарные отношения, основанные на договоре. И если плательщиком является не сам гражданин, то в его пользу платит третье лицо, в том числе государство.

За рубежом нет учреждений здравоохранения. Учреждения - есть (в германской группе государств), но они основаны на собственном имуществе. А учреждений здравоохранения - нет. Куда обращается гражданин за медицинской помощью? К частнопрактикующему врачу либо в частную медицинскую организацию. Этот бизнес основан на частной, а не публичной (государственной) собственности. Есть и исключения, когда государство нетоварным путем дотирует медицинские организации. Но они не становятся от этого государственными. Различия лишь в том, коммерческими или некоммерческими они являются, то есть работают на дивиденды учредителям или обращают прибыль на реинвестирование осуществляемой деятельности.

В России учреждения основаны не на своем имуществе. Получают - не свое, используют - не свое, тратят - не свое. Государственное. Основанные на несобственном имуществе, учреждения здравоохранения безответственны перед пациентом. Они безответственны и перед собственником (государством), оплачивающим их долги оплачиваются из казны.

Иждивенчество является модусом существования отечественного здравоохранения. Это развращает как администрацию, так и персонал, безразличных к тому, что не составляет их личного имущественного интереса, и, напротив, живо заинтересованных в том, что обеспечивает их личными доходами. Отсюда – коррупция и мздоимство. Это продемонстрировали проведенные исследования.

Равно главные врачи учреждений здравоохранения, заведующие отделениями и врачебный персонал различают доходы и заработную плату, и рост первых во времени опережает рост второй. При этом руководители учреждений здравоохранения, т.е. лица, принимающие решения, не мыслят экономическими категориями, что было бы обязательно, будь они причастны к реальному нахождению в экономическом обороте.

Государство содержит учреждения здравоохранения из казны. Но и доходы забирает в казну. Деньгами государство, по существу, платит самому себе. А с пациентами расплачивается медицинскими услугами, оказываемыми учреждениями здравоохранения. Пациенты - вне механизма оплаты этих услуг. В принципе они нужны для этого лишь как "посещения" и "койки". Государство позиционируется не на стороне пациента, а на стороне принадлежащих ему учреждений здравоохранения.

Это обуславливает существующую структуру нерыночной экономики здравоохранения, которая, будучи основана на использовании ВВП, охватывает бюджетные учреждения здравоохранения и, по существу, противостоит рыночной экономике создания ВВП в здравоохранении, формируемой частными медицинскими организациями. Единой экономики здравоохранения не существует.

А в качестве отрасли здравоохранение охватывает государственные и муниципальные органы управления здравоохранением и учреждения здравоохранения: первые – вне экономики, вторые – вне рыночной экономики (рыночную экономику создает только частная медицина). Но, будучи в части – хотя бы и квази-эксплоярной – экономикой,

здравоохранение не находит соответствующего места и в механизме государства. Здравоохранение не относится к государственной (муниципальной) службе. Тем самым здравоохранение не является отраслью экономики, одновременно не входя в механизм государства. Положение здравоохранения как отрасли является неопределенным.

И как собственник учреждений здравоохранения, и как плательщик за оказываемые ими гражданам медицинские услуги государство лишь декларирует позиционирование здравоохранения в социальной сфере, на деле – то есть имущественной зависимостью – не выпуская его за пределы публичной сферы. Такого рода диссоциация имеет исключительно центростремительную имущественную природу и лишает складывающиеся в здравоохранении отношения свойств товарообмена, а платежный механизм - ориентации на интересы пациента.

Тем самым задачами реформирования здравоохранения являются:

- превращение учреждений здравоохранения в организации, отвечающие по своим делам, в том числе перед пациентом, собственным рублем;
- включение граждан в механизм оплаты оказываемых им медицинских услуг;
- достижение баланса экономических интересов государства и хозяйствующих субъектов при оплате медицинских услуг.

Превращение учреждений здравоохранения в собственников возможно путем преобразования в формы частных организаций (партикуляризация), что связано с приватизацией закрепленного за ними имущества. С целью ее избежать предложен механизм предварительного изъятия у них этого имущества и создания на его основе по всей стране сети объектов здравоохранения для размещения субъектов медицинской деятельности на условиях аренды.

Включение граждан в механизм оплаты оказываемых им медицинских услуг состоит в наделении их единым платежным документом так, чтобы каждый был волен выбирать медицинскую организацию и голосовать государственным рублем за свой выбор.

Экономия государственных затрат на социальную сферу способно обеспечить сведение многочисленных на сегодняшний день фондов в единый медико-социальный фонд, в рамках которого должная диверсификация по направлениям оплаты приведет к прозрачному учету финансовых операций, предотвращая возможные злоупотребления.

Для оперативности производства платежей и воспроизводства средств, обслуживающих интересы общества, в том числе финансирования здравоохранения, необходимо их отделение от средств, обслуживающих интересы государства. Если управление вторыми – удел казначейства, то первые для управления в соответствии с названными целями нуждаются в размещении в банке. Такой банк может быть учрежден государством. В нем также могут размещаться капиталы субъектов медицинской деятельности, и в этом случае он становится зеркалом экономического оборота в здравоохранении.

Баланс экономических интересов государства и хозяйствующих субъектов достигается через создание механизма регулирования себестоимости медицинских услуг с помощью налоговых послаблений, экономических компенсаций и льгот, в частности при оплате аренды.

Тем самым социально-ориентированная прагматизация здравоохранения способна обеспечить радикальное исправление нынешнего положения дел в здравоохранении, избирательно ассимилировав зарубежный опыт и вобрав лучшее из отечественного прошлого.

ВЫВОДЫ

1. Проведенные исследования свидетельствуют, что проблемы управления отечественным здравоохранением происходят из несоответствия модели организации отрасли политическому, экономическому и правовому окружению; товарной организации общества; товарному характеру общественных отношений в социальной среде не соответствует нетоварная организация здравоохранения, что в обществе вызывает неприятие не товарной организации здравоохранения, а утрата бесплатной медицинской помощи.

2. Анализ современных экономических проблем отечественного здравоохранения показал, что финансирование здравоохранения представляет собой круговорот средств государственной казны без перехода собственности и без участия в нем граждан; доктрина (идеология) и стратегия (политика) развития здравоохранения государством не определена и обществу не известна; простые заимствования зарубежного опыта в здравоохранении не пригодны для внедрения в существующую российскую действительность: в здравоохранении повсеместно в мире существует товарообмен, и нигде нет медицинских организаций, основанных на несобственном имуществе (учреждений здравоохранения), в связи с чем цель экономических реформ здравоохранения состоит в интеграции отрасли в политические, экономические и правовые реалии современной России.

3. Современное состояние организации здравоохранения характеризуется тем, что в отрасли не работает правовой режим хозяйствования, не сложилось эффективного управления, не формируется нормальной экономики постольку, поскольку единству товарообмена противопоставляется разграничение государственной казны и частного капитала, а товаропроизводитель не нашел еще свое место в здравоохранении, как и государство не сформировало свое отношение к товаропроизводителю в здравоохранении.

4. Структура современной экономики здравоохранения определяется следующим: государственное и муниципальное здравоохранение основано на экономике потребления, отграниченной от экономики общественного воспроизводства, в создании которой участвует медицинский бизнес. Не общественное воспроизводство, а потребление средств государственной казны в отрасли создает долю отечественного здравоохранения в ВВП. Нетоварная организация здравоохранения в условиях товарной организации общества порождает в отрасли теневую экономику.

5. Инновационной основой реформы здравоохранения является построение социально-ориентированной концепции модернизации отрасли и ее проведения на началах позиционирования интересов в экономических отношениях между товаропроизводителями и государством в пользу граждан. Поскольку любая социальная мера (в том числе и услуги здравоохранения) поверяется критерием экономического эффекта от ее реализации, постольку удовлетворение интересов товаропроизводителей в здравоохранении происходит в порядке удовлетворения интересов граждан в охране здоровья.

6. Инновационный подход к модернизации здравоохранения требует различения государства и общества, государства и экономики, сферы общественного потребления и сферы общественного воспроизводства, расходов государственной казны в пользу государства и в пользу общества, положения сторон в договоре об оказании и оплате медицинских услуг, сферы практического здравоохранения и сферы его финансирования, рынков в отрасли. Социально-ориентированная модернизация здравоохранения состоит в организации в отрасли всеобъемлющих товарных отношений, одинаково приемлемых и выгодных для всех их участников, в части финансирования практического звена – по договору в пользу выгодоприобретателей.

7. Основным направлением проведения социально-ориентированной модернизации здравоохранения должно являться бесприватизационное

преобразование бюджетных учреждений здравоохранения, которое достигается посредством отделения преобразуемых субъектов от имущественных объектов (прежде всего, недвижимости), которые за ними закреплены. Преобразуемые учреждения здравоохранения достаточно наделять денежными средствами на создание уставного капитала новых организаций, притом что дальнейшая их судьба предоставлена экономической самоорганизации. Изъятые у учреждений здравоохранения до преобразования имущество, остающееся в публичной собственности, позволяет сформировать сеть объектов здравоохранения по всей стране, воссоздавая системность отрасли.

8. В соответствии с концепцией социально-ориентированной модернизации здравоохранения государство должно позиционироваться на стороне граждан, в пользу которых оплачивает медицинскую помощь. Однако этому противоречит передача средств государственной казны в фондодержание действующим учреждениям здравоохранения, что в условиях существующего круговорота этих средств является непродуктивным. Эти средства должны находиться в распоряжении (фондодержании) граждан, которыми они в персонализированных пределах посредством единого социально-медицинского платежного документа могут расплачиваться за оказываемые им услуги в любой медицинской организации.

9. Для оптимизации финансовых потоков вместо множества федеральных и территориальных фондов в социальной сфере, издержки содержания каждого из которых как субъекта ложатся на управляемый им объект, необходима централизация государственных средств в ведении федерального органа управления здравоохранением и социальным развитием. Потоки из государственной казны в пользу государства и в пользу общества должны быть разделены, а расчеты по платежам должны производиться не казначейством, а специализированным банком, который для этих целей необходимо создать, возможно, на условиях «золотой акции».

10. Фондирование в части экономичности здравоохранения должно сочетаться с механизмами снижения цен на медицинские услуги, оказываемые гражданам за счет средств государственной казны – такими, как снижение арендной платы (прежде всего, при размещении на объектах здравоохранения, оставшихся после партикуляризации учреждений здравоохранения) и налогов (как для субъектов создания прямого социального результата от экономической деятельности), а также других компенсаций и льгот, позволяющих снижать себестоимость производства медицинских услуг.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Лицам, имеющим право законодательной инициативы в сфере охраны здоровья граждан, необходимо:

- в целях сохранения и расширения имущественной базы социальной сферы законодательно предусмотреть систему обременений социальным назначением объектов недвижимости, в том числе сдаваемых в аренду для осуществления экономической деятельности в социальной сфере;

- в целях исключения приватизации государственного и муниципального имущества в порядке реорганизации бюджетных учреждений социальной сферы законодательно предусмотреть предварительное изъятие из их принадлежности такого имущества;

- в целях консолидации и централизации фондов финансирования социальной сферы в ведении федерального органа управления здравоохранением и социальным развитием предусмотреть внесения соответствующих изменений в Бюджетный кодекс РФ и корреспондирующие законодательные акты;

- в целях разделения потоков финансирования государственных (муниципальных) органов и товаропроизводителей, а также товаропроизводителей в пользу государства и в пользу общества (граждан) предусмотреть внесение соответствующих изменений в Бюджетный кодекс РФ и корреспондирующие законодательные акты в части разделения бюджетного и гражданского правовых режимов такого финансирования;

- в целях интеграции граждан в механизм финансирования оказываемой им медицинской помощи и наделения их функциями распорядителя средств государственной казны в персонализированных пределах по единому платежному документу предусмотреть внесение соответствующих изменений в Бюджетный кодекс РФ и корреспондирующие законодательные акты;

- в целях перевода государственного надзора в сфере охраны здоровья граждан с позиций всестороннего нормирования в интересах государства на

позиции мониторингового следования интересам общества предусмотреть распространение действия законодательства о техническом регулировании на сферу охраны здоровья граждан с выработкой соответствующих технических регламентов в здравоохранении;

- в целях разделения правовых режимов налогообложения по прямому (в социальной сфере) и опосредованному (вовне социальной сфере – через налоги) результату экономической деятельности предусмотреть внесение соответствующих изменений в Налоговый кодекс РФ и корреспондирующие законодательные акты.

2. Органам, уполномоченным осуществлять функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере охраны здоровья граждан, следует учитывать при разработке стратегии развития здравоохранения необходимость:

- разграничения государства и общества, государства и экономики, сферы общественного потребления и сферы общественного воспроизводства, расходов государственной казны в пользу государства и в пользу общества, положения сторон в договоре об оказании медицинских услуг, сферы практического здравоохранения и сферы его финансирования, рынков в отрасли;

- перевода здравоохранения из сферы субординации публичным интересам в государстве в сферу координации частных интересов в обществе;

- исключения противопоставления единству товарообмена в отрасли разграничения государственной казны и частного капитала в здравоохранении;

- организации в отрасли всеобъемлющих товарных отношений, одинаково приемлемых и выгодных для всех их участников;

- определения места товаропроизводителя в отрасли и отношения государства к товаропроизводителю в здравоохранении;

- размещения публичных средств финансирования социальной сферы между товаропроизводителями с целью стимулирования экономического

оборота в отрасли, что результирует увеличивающимся социальным эффектом;

- позиционирования интересов в экономических отношениях по договору между товаропроизводителями и государством в пользу граждан; сопоставления интересов на противоположных сторонах экономических отношений в отрасли как условия достижения баланса между финансированием здравоохранения и обусловленного им социальным эффектом;

- организации публичного надзора в здравоохранении, не стесняющего свободу товаропроизводителей и стимулирующего более высокую социальную эффективность их экономической деятельности.

3. Лицам, уполномоченным осуществлять полномочия собственника в отношении федерального имущества и размещать заказы за счет средств государственной казны в сфере охраны здоровья граждан, необходимо:

- принять программу бесприватизационной партикуляризации бюджетных учреждений социальной сферы с изъятием у них государственного и муниципального имущества (недвижимости) и создания на его основе сети объектов здравоохранения для передачи в аренду товаропроизводителям, осуществляющим деятельность в социальной сфере;

- принять программу снижения себестоимости оплачиваемых за счет средств государственной казны медицинских услуг, включая компенсации и льготы по арендной плате и налогам товаропроизводителям, осуществляющим деятельность в социальной сфере;

- принять программу мониторинга состояния экономики социальной сферы и сформировать механизмы стратегического, тактического и оперативного реагирования средствами государственной казны на его ухудшения;

- принять программу консолидации разрозненных фондов в социальной сфере в единый медико-социальный фонд в ведении федерального органа управления здравоохранением и социальным развитием;

- принять программу наделения каждого гражданина единым медико-социальным платежным документом для получения в персонализированных пределах товарных предоставлений, оплачиваемых за счет средств государственной казны;

- для размещения единого медико-социального фонда, обращаемого на оплату предоставлений в пользу общества, на условиях «золотой акции» создать специализированный банк медико-социального развития, дебетовой картой которого каждый гражданин получит возможность расплачиваться за оказываемые ему услуги в любой медицинской организации по своему усмотрению.

4. Органам управления здравоохранением на федеральном уровне: в программы последипломного обучения в медицинских учебных заведениях ввести курс делового администрирования; организовать единый государственный медико-социальный реестр для учета и категорирования граждан по потребностям состояния здоровья; органам управления здравоохранением на муниципальном уровне: создать муниципальные предприятия здравоохранения (или акционерные общества со 100%-ным участием муниципального образования) для управления объектами здравоохранения, оставшимися в результате партикуляризации учреждений здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абалкин Л.И. Логика экономического роста /РАН. Ин-т экономики. - М.: 2002. - 228 с.
2. Агеев В. М. Интересы, Стимулы, Эффективность. Сб. 4 т. - М.: МГУ, 1974. - 41 с.
3. Акопян А.С. Реорганизация стационарной медицинской помощи - направление реформирования здравоохранения: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - М., 1998;
4. Бабич А.М., Егоров Е.Н., Жильцов Е.Н. Экономика социального страхования. Курс лекций. - М.: ТЕИС, 1998. – 189 с.
5. Багирова Ю.Т. Социальные инвестиции в здравоохранение: показатели измерения и направления развития: Автореф. дис. ...канд. эконом. наук. – Волгоград, 2006.
6. Балан А.В. Корпоративная модель взаимодействия государства и гражданского общества: теория и практика: Автореф. дис. ... канд. полит. наук. – Саратов, 2001.
7. Баткибеков С., Гребешкова Л., Дежина И., Золотарева А., Китова Г., Костина Е., Кузнецова Т., Рождественская И., Синельников-Мурылев С., Шишкин С. Повышение эффективности бюджетного финансирования государственных учреждений и управления государственными унитарными предприятиями. В 2-х т. Т.1. – М., 2003. – 539 с.
8. Беккер Г. Экономика семьи и макроповедение //США: экономика, политика, идеология. – 1994. - № 2-3.
9. Белоусов Р.А. Экономическая история России: XX век. - М.: ИздАТ, 2006. – 464 с.
10. Белоусов В.Ю. Развитие системы региональных интересов в современной российской экономике: Автореф. дис. ... канд. экон. наук. – Волгоград, 2006.

11. Бестужев-Лада И.В. Здравоохранение, или Судороги российской медицины //Природа и человек. Свет. - 2001- № 3. - С.12-14.
12. Бестужев-Лада И. Путь у нас один: от казарменной медицины к рынку //Мед. газ. - 2006. - № 89. - С.4.
13. Временный порядок финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования граждан (письмо Минздрава России 6 апреля 2001 г. N 2510/3586-01-34 и Минфина России 27 апреля 2001 г. N 12-03-14).
14. Вялков А.И., Щепин В.О., Тищук Е.А., Проклова Т.Н. Лечебно-профилактические учреждения федерального подчинения: анализ и оценка деятельности. /Под ред. О.П.Щепина. – М.: Геотар Медицина, 2000. – 341 с.
15. Вялков А.И. О необходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранении // Экономика здравоохранения – 2001. - № 1. - С.5-11.
16. Габуева Л.А., Иванов А.В., Тихомиров А.В. Современная структура экономики здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 3. – С.14-20.
17. Герасименко Н.Ф. Реформа здравоохранения: некоторые итоги и перспективы. //Экономика здравоохранения. – 1997. - № 1. - С.5-7.
18. Гершкович Б.Я. Концепция экономических интересов в условиях реформирования российской экономики // Научная мысль Кавказа. - 1996.- № 1. - С.69-72; Гершкович Б.Я. Предпринимательство в аспекте экономических интересов //Социально-экономические проблемы предпринимательства. - Ростов-на-Дону: 1995. - С.125-131.
19. Гончарова О. Леонид Рошаль - против "реформаторов" из "Центра стратегических разработок" // "Новая газета" 18.04.2004; Зиновьева А. //Московский Комсомолец 11.02.2005.
20. Голухов Г.Н., Мешков Н.А., Шиленко Ю.В. Медико-производственный комплекс: современное состояние и перспективы развития. – М.: АЛТУС, 1998. – 470 с.

21. Горький И.Г. Трансформация постсоветской политической системы: проблемы структурной и функциональной адекватности: Автореф. дис. ...докт. полит. наук. – Саратов, 2007.
22. Госович О.М., А.В.Иванов, О.В.Родин, С.А.Смирнов, А.В.Тихомиров. Пути адаптации учреждений здравоохранения к новым реалиям. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 1. – С.20-32.
23. Денисов И.Н., Иванов А.И., Меламед Л.А., Гурдус В.О., Берестов Л.А. Общая врачебная (семейная) практика в системе первичной медико-санитарной помощи //Проблемы социальной гигиены и истории медицины. - 1996. - N 5. - С. 15 - 21.
24. Денисов И.Н. Общая врачебная практика (семейная медицина): Практическое руководство /И. Н. Денисов, Б. Л. Мовшович. - М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005. - 1000 с.
25. Докторов Б. Онлайн-опросы: обыденность наступившего столетия // Телескоп. 2000. №4. [online]; Жичкина А.Е. Теория, практика и методология опросов в Интернет. [online]; Стребков Д.О. Социологические опросы в Интернете: возможности и ограничения, www.ecsocman.edu.ru/db/msg/183323.html; Coomber R. Using the Internet for survey research // Sociological Research Online. 1997. Vol. 2, No. 2. [online]; Turkle Sh. Life on the Screen: Identity in the Age of the Internet. 1995. P. 324, и др.
26. Елисеева И.И., Юзбашев М.М. Общая теория статистики. Учебник. /Под ред. И.И.Елисеевой. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Финансы и статистика, 2002.
27. Жуков А.Д. Реформы – это постепенные изменения к лучшему. - В кн.: Модернизация экономики и выращивание институтов [Текст]: в 2 кн. /Отв. ред. Е.Г.Ясин; Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2005. – 1 кн. - С.67-71.
28. Зайнашева З.Г. Основы обеспечения конкурентоспособности системы сервиса. – М.: Маркетинг. - 2003. – 302 с.

29. Зайцева Т. В дефиците – состоятельные пациенты. //Известия, № 106, 07.06.1997.

30. Закон Российской Федерации «О конкуренции и ограничении монополистической деятельности на товарных рынках» от 22 марта 1991 года № 948-1 (в ред. Законов РФ от 24.06.92 № 3119-1, от 15.07.92 № 3310-1; Федеральных законов от 25.05.95 № 83-ФЗ, от 06.05.98 № 70-ФЗ). Утратил силу в связи с вступлением в действие Федерального закона Российской Федерации от 26 июля 2006 г. N 135-ФЗ «О защите конкуренции».

31. Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (в ред. Закона РФ от 02.04.1993 N 4741-1, Федерального закона от 29.05.2002 N 57-ФЗ, с изм., внесенными Указом Президента РФ от 24.12.1993 N 2288, Федеральным законом от 01.07.1994 N 9-ФЗ).

32. Закон Российской Федерации «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 года № 5487-1 (в ред. Федеральных законов от 02.03.1998 N 30-ФЗ, от 20.12.1999 N 214-ФЗ, от 02.12.2000 N 139-ФЗ, от 10.01.2003 N 15-ФЗ, от 27.02.2003 N 29-ФЗ, с изм., внесенными Указом Президента РФ от 24.12.1993 N 2288).

33. Захаров И.А. Научное обоснование оптимизации планирования и финансового обеспечения региональных систем оказания медицинской помощи: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - М., 1997.

34. Захаров П.Г. Реформирование экономических отношений в здравоохранении в современных условиях: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1997.

35. Здравомыслов А.Г. Потребности. Интересы. Ценности. — М.: Политиздат, 1986. - 221 с.

36. Зурабов М.Ю. Сколько стоит здравоохранение? - В кн.: Модернизация экономики и выращивание институтов [Текст]: в 2 кн. /Отв. ред. Е.Г.Ясин; Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2005. – 1 кн. - С.107-116.

37. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Структура потребностей руководителей медицинских организаций по специализированным Интернет-баннерам. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 4. – С.33-36.

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

39. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Пути нормализации наноэкономики здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.4-10.

40. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Основа потребитель-ориентированной реформы здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.48.

41. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Перспективы наноэкономики в развитии макро-, мезо- и микроэкономики здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.10-16.

42. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Современное состояние организации отечественного здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.23-29.

43. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Диверсификация рынка медицинских услуг. //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 1. – С.24-31.

44. Кадыров Ф.Н. Платные медицинские услуги. (Экономико-правовые основы организации оказания платных медицинских услуг). – М.: ГРАНТЬ, 1999. – 496 с.

45. Кейнс Дж. М. Общая теория занятости, процента и денег. - М.: 1978. – 327с.

46. Керимов Д.А. Основы философии права. – М.: Манускрипт, 1992. – 191 с.

47. Клейнер Г. Наноэкономика //Вопросы экономики, 2004 г., № 12. – С.80-84.

48. Ковалев В.И. Мотивы поведения и деятельности. — М.: Наука, 1988. — 193 с.

49. Кокуева И.Г. Согласование экономических интересов в управлении регионом (теоретико-методический аспект): Автореф. дис. ... канд. экон. наук. – М., 2006.

50. Коломарова Н.Ю. Согласование экономических интересов хозяйствующих субъектов: На примере Кемеровской области: Автореф дис. ... канд. экон. наук. - Кемерово, 2001.

51. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года.

52. Конотопов М.В. История и философия экономики: Пособие для аспирантов. – М.: КноРус, 2006. - 662 с.

53. Кузьминов Я.И., Радаев В.В., Яковлев А.А., Ясин Е.Г. Институты: от заимствования к выращиванию. Опыт российских реформ и возможности культивирования институциональных изменений. - В кн.: Модернизация экономики и выращивание институтов [Текст]: в 2 кн. /Отв. ред. Е.Г.Ясин; Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2005. – 1 кн. - С.7-64.

54. Кураков Л.П., Берулава М.Н. Основы экономики. Учебное пособие. – М.: Гелиос АРВ, 2000. – 416 с.

55. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность //Избран. психолог, произведения: В 2-х т. Т. 2. - М., 1983. - с. 94-213.

56. Лисицын Ю.П., Акопян А.С. Панорама охраны здоровья. Реструктуризация медицинской помощи и нерешенные вопросы приватизации в здравоохранении. – М., ЦРЧ МЗ РФ, 1998. – 287 с.

57. Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Способы совершенствования хозяйственного положения учреждений здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право, 2004, № 5, С.28-30.

58. Магун В.С. Потребности и психология социальной деятельности личности. - Л.: Наука, 1983. - 176 с.

59. Маркова В.Д. Маркетинг услуг. – М.: Финансы и статистика, 1996. – 128 с.

60. Методические указания о порядке разработки стратегических и текущих планов здравоохранения Российской Федерации. Фонд медицинских технологий, www.fond.su, 2006.

61. Мунянова Б.М. Современные реформы как феномен социального управления: Автореф. дисс. ... докт. социол. наук – Волгоград, 2006.
62. Мясин Е. Россияне встревожены увеличением платных услуг в медицине. //Экспертиза*Известия, 14.02.96.
63. Найговзина Н.Б. Организация медицинской помощи и источники финансирования в здравоохранении. Разграничение полномочий по уровням власти //Экономика здравоохранения – 2005 - № 5-6. - С.5-11.
64. Нерсесянц В.С. Философия права: Учебник для вузов. – М.: Норма, 2005. - 647 с.
65. Нужна ли России своя философия экономики? Академик Д.С. Львов об аксиоматическом обосновании нравственной доктрины экономического развития страны //Обозреватель – Observer. – 2005. - № 5 (184). - С. 5-16.
66. Пермяков В. По материалам отчета «Анализ московского рынка медицинских услуг», www.bfs.ru.
67. Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 августа 1993 г. № 03-01 «Об организации работы территориального фонда» (в ред. письма ФФОМС от 23.06.94 N 1-1312, дополнений, утв. ФФОМС 20.07.94 N 1-1472, 24.07.96, 21.10.96 N 3147/11).
68. Положение об исполнительной дирекции Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Утверждено Постановлением Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 22 сентября 1993 г. N 930 (утратило силу – Постановление Правительства РФ от 29.07.1998 N 857).
69. Положение о лицензировании медицинской деятельности (в ред. Постановления Правительства РФ от 03.10.2002 № 731, от 01.02.2005 № 49).
70. Попов Е.В., Татаркин А.И. Миниэкономика. - М.: Наука, 2003. - 487 с.
71. Постановление Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 года № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».

72. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития».

73. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 325 «Об утверждении Положения о Федеральном агентстве по здравоохранению и социальному развитию».

74. Постановление правительства Московской области от 29 января 2004 г. N 40/2 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Московской области» (в ред. Постановлений Правительства МО, от 16.04.2004 N 216/15, от 26.11.2004 N 715/47, от 31.10.2005 N 785/43).

75. Постановление Правительства МО от 14.10.2004 № 616/41 "О создании государственного учреждения Московской Области "Московский областной консультативно-аналитический центр в сфере медицинской и фармацевтической деятельности".

76. Постановление Правительства Астраханской области от 27 февраля 2006 г. N 47-П "О преискуранте на платные услуги, оказываемые областным государственным учреждением "Медицинский информационно-аналитический центр".

77. Правила предоставления платных медицинских услуг Департамента здравоохранения Правительства Москвы и комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 5. – С.52-54.

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

79. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14.04.94 № 16 «О расчетах тарифов на медицинские и иные услуги в системе обязательного медицинского страхования граждан».

80. Приказ МЗ РФ от 18.08.97 № 246 «О передаче Центральной аптеки ЛДО МЗ РФ в оперативное управление ГУП «Национальное медицинское агентство» //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 3. – С.57

81. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 августа 1999 г. N 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» (в ред. Приказов Минздрава РФ от 06.02.2001 N 31, от 02.04.2001 N 98, от 21.06.2002 N 201, от 25.06.2002 N 209, от 14.08.2002 N 261, от 16.08.2002 N 267, от 21.03.2003 N 115, от 26.05.2003 N 219, от 09.06.2003 N 241, от 20.08.2003 N 416, от 05.02.2004 N 36, от 16.02.2004 N 63, Приказа Минздравсоцразвития РФ от 31.01.2006 N 52).

82. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.09.2003 № 435 «О едином реестре лицензий на осуществление медицинской деятельности».

83. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 октября 2005 г. N 627 «Об утверждении единой Номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения».

84. Приказ комитета здравоохранения Москвы от 26.02.97 № 107 «Об утверждении цен за прием статистических отчетов от негосударственных медицинских учреждений (предприятий, организаций)» //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 4. – С.53.

85. Пиддэ А.Л. Реформы здравоохранения в оценках медицинского персонала. //Главврач, 2003, № 4.

86. Радаев В.В. Экономическая социология. Курс лекций: Учебное пособие. - М.: 1997. - 368 с.

87. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 января 2005 г. N 32-р (в ред. Распоряжений Правительства РФ от 27.04.2005 N 492-р, от 19.08.2005 N 1256-р) с Перечнем подведомственных Росздраву федеральных государственных учреждений (в ред. Распоряжений Правительства РФ от 27.04.2005 N 492-р, от 19.08.2005 N 1256-р).

88. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран. /ред. Солтман Р.Б., Буссе Р., Моссиалос Э. /Пер. с англ. – М.: Весь Мир, 2002. – 272 с.

89. Реформа здравоохранения в Великобритании. www.health.gov.ua.
90. Рецепт всеобщего благосостояния. Интервью О.Власовой с С.Гринером. //Менеджер здравоохранения. - № 3. - 2005. - С.53-60. Перепечатано из: Эксперт. - № 48. - 2004. - С.96-104.
91. Родин О.В. Органы управления здравоохранением в имущественных отношениях. Дисс. ...канд. мед. наук. - М., 2004, С.83-84.
92. Родин О.В. Лицензионный контроль медицинской деятельности. //Главный врач: хозяйство и право. - 2006. - № 3. - С.21-27.
93. Рожков В.Д. Формирование социальных ориентиров экономической политики в условиях информационного общества: Автореф. дис. ...докт. эконом. наук - Санкт-Петербург, 2007.
94. Российский статистический ежегодник. 2002: Ст. сб. - М.: Госкомстат России, 2002.
95. Российский статистический ежегодник. 2004: Стат. сб. /Росстат. - М., 2004. - 725 с.
96. Россия в цифрах. 2005: Крат. стат. сб. /Росстат. - М., 2005. - 477 с.
97. Самсин А.И. Основы философии экономики. - М.: ЮНИТИ, 2003. - 271 с.
98. Сатаров Г. и соавт. «Коррупция в России: понять, значит победить». - М.: Фонд ИНДЕМ, 2001, www.indem.ru.
99. Сатаров Г.А., Левин М.И., Головощинский К.И., Римский В.Л.. Заработная плата и коррупция: как платить российским чиновникам (Аналитический доклад). - М., Фонд ИНДЕМ, 2002 (www.indem.ru).
100. Свириденко Ю.П. Сервис в России: теоретические и прикладные вопросы. - М.: Маркетинг, 2002. - 360 с.
101. Сиренко В.Ф. Интересы - власть - управление. - Киев: Наук. думк., 1991. - 156 с.
102. Слепаков С.С. Реальные интересы и оптимистские представления. //Экономические науки. - 1991. - № 11. - С.39-45.
103. Смит А. Исследование о природе и причинах богатства народов: Антология экономической классики. - М.: Эксмо, 2007. - 960 с.

104. Солодкий В.А. Тарифы на медицинские услуги. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1997.
105. Солодкий В.А., Тихомиров А.В. Концепция индустриальной трансформации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 3. – С.2-11.
106. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство. /Ю.П.Лисицын, Н.В.Полунина, К.А.Отдельнова и др. Под ред. Ю.П.Лисицына. – М.: 1999. – 698 с.
107. Сульповар Л.Б. Поведенческие ресурсы повышения эффективности управления организацией //Вестн. Рос. экон. акад. – 2006. – № 2. – С. 76–81.
108. Стародубов В.И. Научное обоснование развития здравоохранения России в условиях социально-экономических реформ: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - М., 1997.
109. Стародубов В.И., Гончаренко В.Л., Кадыров Ф.Н., Шиляев Д.Р. О разумном сочетании административных и экономических методов управления здравоохранением. //Здравоохранение, 2000, № 2, С.9-21.
110. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Социальные последствия сложившейся организации хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 1. – С. 28-35.
111. Стародубов В.И., Родин О.В., Тихомиров А.В. Роль органов управления здравоохранением в имущественных отношениях. //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 2. - С.6-12.
112. Стародубов В.И., Ковалевская О.Г., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Позиционирование в хозяйственном обороте учреждений здравоохранения их руководителями. //Главный врач: хозяйство и право, 2004, № 2, С.34-41.
113. Стародубов В.И., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Предмет оплаты в здравоохранении. //Главный врач: хозяйство и право, 2004, № 3, С.13-17.
114. Стародубов В.И., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Место учреждений здравоохранения в хозяйственном обороте в представлениях юристов. //Главный врач: хозяйство и право, 2004, № 4, С.4-10.

115. Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Значение договора об оказании медицинских услуг в представлениях юристов. //Главный врач: хозяйство и право, 2005, № 2, С.32-37.

116. Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Экономическое значение договора о возмездном оказании медицинских услуг. //Главный врач: хозяйство и право. 2005. - № 4. – С.22-30.

117. Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Организующая роль договора о возмездном оказании медицинских услуг в совершенствовании управления здравоохранением. //Главный врач: хозяйство и право. 2005. - № 5. – С.17-27.

118. Стародубов В.И., Иванников Н.Ю., Тихомиров А.В. Социальная сфера и сфера обслуживания: проблемы управления. //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. – № 6. – С.7-15.

119. Стародубов В.И., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Позиционирование в хозяйственном обороте частных медицинских организаций их руководителями. //Главный врач: хозяйство и право, 2006, № 1, С.33-38.

120. Стародубов В.И., Иванников Н.Ю., Иванов А.В., Тихомиров А.В. Управление медицинскими организациями в поисковых Интернет-запросах. //Главный врач: хозяйство и право, 2006, № 1, С.39-50.

121. Стародубов В.И., Габуева Л.А., Тихомиров А.В. Экономико-юридическая типология хозяйствующих субъектов в здравоохранении. //Главный врач: хозяйство и право. - 2006. - № 2. – С.4-9.

122. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Пореформенные перспективы муниципальных органов управления здравоохранением. //Главный врач: хозяйство и право, 2006, № 2, С.19-25.

123. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Организационно-юридические проблемы экономики здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 3. – С.2-6.

124. Стародубов В.И., Иванников Н.Ю., Иванов А.В., Тихомиров А.В. Ориентиры управления в представлениях руководителей учреждений здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право, 2006, № 3, С.35-43.

125. Стародубов В.И., Иванников Н.Ю., Иванов А.В., Тихомиров А.В. Ориентиры управления в представлениях руководителей частных медицинских организаций. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 4. – С.37-45.

126. Стародубов В.И., Иванников Н.Ю., Тихомиров А.В. Сравнительный анализ приоритетов управления в представлениях руководителей медицинских организаций //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.27-30.

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

128. Стародубов В.И., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Состояние представлений руководителей о деятельности возглавляемых медицинских организаций //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.30-39.

129. Степанов Д. Услуги как объект прав. //Российская юстиция, 2000, № 2, С.17.

130. Темижева З.Э. Корпоративизм как форма взаимодействия государства и групп интересов бизнеса в современной России: Особенности и тенденции развития: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. - М., 2003.

131. Тихомиров А.В. Медицинская услуга: Правовые аспекты. – М.: ФилинЪ, 1996, 352 с.

132. Тихомиров А.В. Медицинское право. Практическое пособие. – М.: Статут, 1998. – 418 с.

133. Тихомиров А.В. Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг. – М.: Статут, 2001. – 256 с.

134. Тихомиров А.В. Режим имущества государственных и муниципальных учреждений. Научно-практическое пособие. Общая часть. - М.: РИГР, ЦНИИОИЗ, 2002. – 84 с.

135. Тихомиров А.В. Управление учреждениями здравоохранения в отношениях собственности. Автореф. дис. канд. мед. наук – М., 2003.
136. Тихомиров А.В. Комментарий к Указу Президента РФ от 9 марта 2004 г. N 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти». //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. – № 2. – С.2-5.
137. Тихомиров А.В. Проблемы развития здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право, 2004, № 5, С.2-6.
138. Тихомиров А.В. Отечественная организация здравоохранения: реформа идеологии. // Главный врач: хозяйство и право, 2005, № 2, С.2-8.
139. Тихомиров А.В. Предпринимательство в здравоохранении. //Главный врач: хозяйство и право, 2005, № 2, С.44-49.
140. Тихомиров А.В. Обеспечение исполнения обязательств в области охраны здоровья. //Главный врач: хозяйство и право. - 2005. - № 3. – С.29-34.
141. Тихомиров А.В. Договор о направлении работника на обучение. //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 4. – С.2-7.
142. Тихомиров А.В. Здравоохранение сегодня. //Главный врач: хозяйство и право.- 2006. - № 2. – С.2-3.
143. Тихомиров А.В. Прогнозная модель развития процессов в здравоохранении. // Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 4. С.2.
144. Тихомиров А.В. Правовые аспекты государственного надзора в здравоохранении. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 4. – С.3-12.
145. Тихомиров А.В. Фондирование государственных средств финансирования практического здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.11-17.
146. Тихомиров А.В. Переход к персонализированному фондодержанию средств государственного финансирования здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.18-23.
147. Тихомиров А.В. Современное состояние идеологии здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.2-4.

148. Тихомиров А.В. Диверсификация способов государственного финансирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.17-22.

149. Тихомиров А.В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. – М.: ЮрИнфоЗдрав, 2007. – 234 с.

150. Тихомиров А.В. Функциональная матрица экономической организации здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 1. – С.40-47.

151. Тихомиров А.В. Вопросы правового оформления реформы экономической организации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право – 2007. - № 1. – С.2-11.

152. Тихомиров А.В. Структурная матрица организации экономики здравоохранения. //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 2. – С.12-19.

153. Тихомиров А.В. Здравоохранение: национальные приоритетные проекты или реформа? //Главный врач: хозяйство и право – 2007. - № 2. – С.2.

154. Тихомиров А.В. Теоретическое обоснование программы исследования индикаторов необходимости реформирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 5. – С.2-8.

155. Тихомиров А.В. Теоретическое обоснование программы концептуального моделирования реформы здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 6. – С.2-5.

156. Тихомиров А.В. Пореформенная модель индустриальной трансформации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 6. – С.6-14.

157. Тихомиров А.В. Необходимость индустриальной трансформации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 1. – С.2-3.

158. Тихомиров А.В. Ретроспектива проблем отечественного здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 1. – С.44-47.

159. Тихомиров А.В. Альтернатива приватизации в здравоохранении //Вестник новых медицинских технологий. – 2008. - № 1. – С.185-186.

160. Тихомиров А.В. Пациент-ориентированное здравоохранение //Вестник новых медицинских технологий. – 2008. - № 1. – С.186-187.
161. Тихомиров А.В. Экономичность здравоохранения //Вестник новых медицинских технологий. – 2008. - № 1. – С.187-188.
162. Тихомиров А.В. Рынок в здравоохранении//Вестник новых медицинских технологий. – 2008. - № 1. – С.188-189.
163. Тихомиров Ю.А. Публичные услуги: спрос общества и реализующие его институты. - В кн.: Модернизация экономики и выращивание институтов [Текст]: в 2 кн. /Отв. ред. Е.Г.Ясин; Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2005. – 2 кн. - С.117-126.
164. Указ Президента Российской Федерации от 24 декабря 1993 г. N 2296 «О доверительной собственности (трасте)».
165. Указ Президента Российской Федерации от 9 марта 2004 г. N 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти»
166. Уколов В. Ф., Масс А. М., Быстряков И. К.. Теория управления: Учебник для вузов. – М.: Экономика, 2004 г. – 656 с.
167. Улаева Н.Л. Категория интереса в частном праве: Историко-правовое исследование: Автореф. дис. ... канд. юр. наук. - Краснодар, 2007.
168. Управление медицинской помощью: Практическое руководство/Под ред. акад. РАМН О.П.Щепина. – М.: ГЭОТАР, 2000. – 743 с.
169. Устав федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. N 857 (в ред. Постановления Правительства РФ от 16.12.2004 N 795).
170. Федеральный закон «Гражданский Кодекс Российской Федерации. Часть первая» от 30 ноября 1994 года № 51-ФЗ. Часть первая (в ред. Федеральных законов от 20.02.96 N 18-ФЗ, от 12.08.96 N 111-ФЗ, от 08.07.99 N 138-ФЗ). Федеральный закон «Гражданский Кодекс Российской Федерации. Часть вторая» от 26 января 1996 года № 14-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 12.08.1996 N 110-ФЗ, от 24.10.1997 N 133-ФЗ, от 17.12.1999 N 213-ФЗ).

171. Федеральный закон «Бюджетный кодекс Российской Федерации» от 31 июля 1998 года № 145-ФЗ (в ред. Федерального закона от 05.08.2000 N 116-ФЗ).

172. Федеральный закон «Налоговый Кодекс Российской Федерации. Часть первая» от 31 июля 1998 года № 146-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 09.07.1999 N 154-ФЗ, от 02.01.2000 N 13-ФЗ, от 05.08.2000 N 118-ФЗ (ред. 24.03.2001). Федеральный закон «Налоговый Кодекс Российской Федерации. Часть вторая» от 5 августа 2000 года № 117-ФЗ (в ред. Федерального закона от 29.12.2000 N 166-ФЗ).

173. Федеральный закон от 8 августа 2001 года № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (в ред. Федеральных законов от 13.03.2002 N 28-ФЗ, от 21.03.2002 N 31-ФЗ, от 09.12.2002 N 164-ФЗ, от 10.01.2003 N 17-ФЗ, от 27.02.2003 N 29-ФЗ).

174. Федеральный закон от 27 декабря 2002 г. N 184-ФЗ «О техническом регулировании».

175. Федеральный закон Российской Федерации от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

176. Федеральный закон от 27 декабря 2000 года № 150-ФЗ «О федеральном бюджете на 2001 г.» (в ред. Федеральных законов от 24.03.2001 № 34-ФЗ, от 08.08.2001 № 131-ФЗ, от 08.08.2001 № 132-ФЗ, от 17.10.2001 № 135-ФЗ, от 14.12.2001 № 161-ФЗ, от 25.07.2002 № 116-ФЗ, с изм., внесенными Федеральным законом от 30.12.2001 № 194-ФЗ)

177. Федеральный закон от 30 декабря 2001 года № 194-ФЗ «О федеральном бюджете на 2002 г.» 30 декабря 2001 года № 194-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 12.03.2002 № 27-ФЗ, от 30.06.2002 № 78-ФЗ, от 24.07.2002 № 99-ФЗ, от 24.07.2002 № 110-ФЗ, от 25.07.2002 № 116-ФЗ, от 25.10.2002 № 126-ФЗ, от 27.11.2002 № 154-ФЗ, от 19.12.2002 № 174-ФЗ, от 24.12.2002 № 180-ФЗ, от 31.12.2002 № 187-ФЗ; с изм., внесенными Федеральным законом от 24.12.2002 № 176-ФЗ)

178. Федеральный закон от 24 декабря 2002 года № 176-ФЗ «О федеральном бюджете на 2003 г.»

179. Федеральный закон от 23 декабря 2003 года № 186-ФЗ «О федеральном бюджете на 2004 г.»

180. Финансирование общих врачебных (семейных) практик в условиях обязательного медицинского страхования. Методические рекомендации. М., МЗ РФ, 2003. – 44 с.

181. Фундаментальные основы политики здравоохранения /Под ред. Щепина О.П. – М., 1999. – 397 с.; Здравоохранение XX век. /Под ред. Ю.Л.Шевченко, В.И.Покровского, О.П.Щепина. – М.: Геотар-Мед, 2001. – 318 с.

182. Ханипов А.Т. Интересы как форма общественных отношений. — Новосибирск: Наука, 1987. — 225 с.

183. Хиршман А. О. Интересы //Экономическая теория: Пер. с англ. /Науч. ред. В.С. Автономов. - М.: ИНФРА-М, 2004. - С.434.

184. Цены и ценообразование. Под ред. В.Е.Есипова: Учебник для вузов. 3-е изд. – СПб.: ИНТЕР, 1999.

185. Чаплюк В.З. Экономический рост в условиях трансформируемой хозяйственной системы (теория и практика): Автореф. дисс. докт. эконом. наук. – М., 2007.

186. Червонная О.В. Баланс интересов как основа взаимодействия партнеров по совместным предприятиям: Автореф. дис. ... канд. экон. наук. – Екатеринбург, 1998.

187. Чинакова Л.И. Социальный детерминизм: Проблема движущих сил развития общества. – М: Политиздат, 1985. – 159 с.; Чинакова Л.И. О потребительстве и его носителях» //Свободная мысль. – 2002. – № 3. – С.82–89; Чинакова Л.И. Обеднение потребностей //Свободная мысль. – 2003. – № 3. – С.29–37.

188. Чубарова Т. В. Перспективы реформы здравоохранения в России: необходимость новых подходов // Проблемы прогнозирования. - 2004. - № 5 (86). - С. 75-85.

189. Шабров А.В., Парцерняк С.А., Юнацкевич П.И., www.medem.ru/cience/integrativnaya_medicina, 2006
190. Шевченко Ю. Л. Философия медицины: Учебник для ВУЗов. – М.: Гэотар-Мед, 2004. – 480 с.
191. Шейман И.М. Социально-экономические проблемы капиталистического здравоохранения. - М.: Наука, 1982. - 189 с.
192. Шейман И.В. Проблемы реформы управления и финансирования здравоохранения. – М.: Русь, 1998. – 335 с.
193. Шипова В.М., Лебедева Н.Н. Стоимостные оценки медицинских услуг (методика расчета). /Под ред. О.П.Щепина. – М.: ГРАНТЪ, 2000. – 200 с.
194. Шишкин С. В. Реформа финансирования российского здравоохранения. Институт экономики переходного периода. Научные труды № 25Р. – М.: 2000. – 438 с.
195. Шишкин С.В. Участие населения в финансировании здравоохранения //Здравоохранение, 2000, № 2, с.32-46
196. Шишкин С.В. Новые требования к системе финансирования медицинских учреждений федерального подчинения //Экономика здравоохранения. – 2001. - № 1(51). - С. 26-27.
197. Шишкин С.В. Экономика социальной сферы: Учебное пособие. - М.: ГУ-ВШЭ, 2003. – 367 с.
198. Щепин О.П., Габуева Л.А. Организация и экономика предпринимательской деятельности в здравоохранении. – М.: МЦФЭР, 2006. – 425 с.
199. Юфантопулос Я. О системах оплаты медицинских услуг. //Главврач, 2003. - № 11. – С.49-52; - № 12. – С.50-53.
200. Якобсон Л.И. Институты социальной политики: от «мягкости» к достижимым изменениям. – В кн.: Модернизация экономики и выращивание институтов [Текст]: в 2 кн. /Отв. ред. Е.Г.Ясин; Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2005. – 2 кн. - С.9-18.

201. Davis K., Cooper B.S. Американское здравоохранение: почему столь дорогостоящее? Пер. с англ. Панова А.В. //Главный врач: хозяйство и право, 2004, № 1, С.36-43.

202. www.allnice.info/exhibition/nice2006

203. www.kurgan-med.ru

204. www.mcramn.ru

205. www.medlicenz.ru

206. www.mednet.com/medeks/home.htm

207. www.miac.zdrav.spb.ru

208. www.strana.ru/doc/barriers.html

209. www.ysia.ru, ЯСИА, 28.06.2006