

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.

Ни с изменением правовой доктрины в государстве, ни с появлением системы обязательного медицинского страхования не изменился ведомственно-отраслевой подход к управлению здравоохранением, не произошло отграничение сферы управления от сферы хозяйствования в области охраны здоровья и не последовало интеграции здравоохранения в общее правовое поле и в единое экономическое пространство государства. Сохранилось и совокупно-обобщающее понятие финансирования здравоохранения, хотя наряду с механизмами распределения предназначенных для потребления материальных средств стали действительны механизмы их воспроизводства. На смену приоритетам источников финансирования здравоохранения пришли приоритеты порядка обращения доходов и расходов в области охраны здоровья. Отсюда иным образом стало происходить структурирование института финансирования здравоохранения: он перестал быть монолитным, консолидированным, единым; усугубляется разобщение путей и порядка финансирования органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения; нарастает необходимость приведения финансирования здравоохранения в соответствие с реальными общественными потребностями, адаптации распределения потоков и форм финансирования здравоохранения к существующим социально-экономическим условиям, в конечном счете – прагматизации финансирования здравоохранения. Однако бытующее в здравоохранении отношение к институту финансирования здравоохранения остается прежним, через панорамное надстоящее обозревание источников происхождения материальных средств вместо интроскопии конечных пунктов их освоения.

Действительно, бюджетно-страховое финансирование с правом предоставления дополнительных платных медицинских услуг – многоканальность – разрушает производственную базу, создает почву для злоупотреблений. В мировой практике бюджетно-страховых моделей и систем нет. Это наше, отечественное изобретение. Способы управления этими потоками практически альтернативны: страховой подразумевает экономическое управление и рыночные механизмы, бюджетный – централизован и чисто затратен. Исход будет зависеть в итоге от реального, удельного финансирования. В условиях скудного финансирования все равно придется сохранять систему централизованного государственного, как бы его не называли (3, с.15).

Но конечным пунктом бюджетно-страхового финансирования, дополняемого доходами от платных медицинских услуг, является учреждение здравоохранения. Именно на нем сходится вся тяжесть невосполняемой затратности распределительных механизмов здравоохранения, и именно оно олицетворяет имущественно-воспроизводственную неэффективность здравоохранения в целом. Поэтому,

если прежде финансовое состояние учреждений здравоохранения зависело от финансирования отрасли (экстенсивная пропорция), в настоящее время финансовое состояние всего здравоохранения зависит от финансового состояния учреждений здравоохранения – насколько рачительны они будут в освоении имущественных поступлений, настолько экономично их финансовое содержание (интенсивная пропорция).

Однако учреждение здравоохранения – не механическая система, которая способна функционировать по заданному алгоритму. Регламент, насыщенный предписаниями и запретами, зачастую с превышением границ допустимого, привел лишь к их повсеместному и тотальному нарушению – едва ли среди российских учреждений здравоохранения обнаружится безупречно их придерживающееся. Это обусловлено тем, что характер и мера предъявляемых требований дальше-больше не соответствует характеру и мере их имущественного покрытия, притом что учреждения здравоохранения, как и любая организация, подвержены влиянию человеческого фактора. Отказ в обладании имущественными интересами как учреждениям здравоохранения, так и составляющему их персоналу приводит к тому, что в силу реальности таких интересов они удовлетворяются с преодолением действующих ограничений.

Поэтому структурирование режима имущества учреждений здравоохранения, в котором находит свое место удовлетворение этих разнокачественных интересов, становится основополагающей задачей организации их деятельности и условием ее эффективности.

Однако эта задача способна найти разрешение не на уровне учреждения здравоохранения, а на уровне органов государственной власти и местного самоуправления, в том числе органов управления здравоохранением.

Тем самым, в отличие от прежде принятого нисходящего, отправляющегося от характера и состояния интересов системы здравоохранения, подхода необходим подход, отправной точкой которого является характер и состояние интересов учреждения здравоохранения.

А это – вопрос адекватности управления деятельностью учреждения здравоохранения, т.е. степени соответствия характера управления характеру этой деятельности.

Деятельность органов государственной власти и местного самоуправления, в том числе органов управления здравоохранением, направлена на достижение:

- интересов общества, т.е. граждан соответственно всей страны, региона или муниципального образования (социальные интересы);
- интересов организации общества, т.е. аппарата власти или местного самоуправления, что позволяет ему осуществлять свои функции (публичные интересы).

Вне системы государственных и муниципальных органов каждый действует своей волей и в своих интересах (2, п.2 ст.1).

Отправным началом осуществления деятельности учреждений здравоохранения служит не удовлетворение социальных или публичных

интересов, а имущественное обеспечение. Если содержание и объем деятельности государственных и муниципальных органов, в том числе органов управления здравоохранением, не изменяются в зависимости от ее имущественного обеспечения, то деятельность учреждений здравоохранения является имущественно-зависимой: она осуществима настолько, насколько профинансирована. Деятельность учреждений здравоохранения основана на ее имущественном эквиваленте, а потому объективно учреждения здравоохранения в своей деятельности преследуют имущественные интересы. Вменение им направленности на удовлетворение социальных интересов носит декларативный характер, а публичных интересов они преследовать не могут, поскольку медицинская помощь гражданам не влияет на осуществление функций аппарата власти и управления.

Учреждения здравоохранения как организации, основанные на несобственном имуществе, преследуя интересы имущественного характера, удовлетворяют того же характера интересы собственника. Если бы собственник рассчитывал на удовлетворение своих интересов иного характера, он волен был придать учреждениям здравоохранения другую форму, другое качество и т.д. То положение, которое учреждениям здравоохранения придано, позволяет им преследовать интересы, в отношении которых действует презумпция согласия собственника. Тем самым имущественные интересы деятельности учреждений здравоохранения существуют постольку, поскольку из них исходит собственник, придавший именно эту форму и это качество организациям, основанным на его имуществе и осуществляющим медицинскую деятельность.

Чтобы учреждение было способно реализовывать имущественные интересы, оно должно обладать свойствами юридического лица, одной из неизменных характеристик которого является наличие обособленного имущества (2, п.1 ст.48). Из общей массы принадлежащего ему имущества собственник обособляет часть и закрепляет за создаваемыми таким образом организациями на соответствующем вещном праве, производном от своего права собственности. Поскольку это имущество поступает в титульную принадлежность таких организаций, оно выбывает из сферы неограниченного владения, пользования и распоряжения собственником и относится к сфере ответственности организации-правообладателя (2, п.п.2-3 ст.126). Соответственно, закрепленное за подобными организациями является распределенным имуществом собственника, а прочее остается нераспределенным, составляя казну.

Учреждения, в том числе учреждения здравоохранения, действуют как по воле собственника, так и по своей воле.

По воле собственника они действуют на основе его задания, имеющего имущественный эквивалент – смету. Под соответствующие цели собственник выделяет учреждениям имущество для целевого освоения (2, п.1 ст.298). Деятельность на основе сметы собственника осуществляется учреждением в вещных отношениях с собственником. Это – исполнительная деятельность

учреждения, а его отношение к имуществу (режим имущества) определяется как исполнительное распоряжение им.

Собственник может разрешить (2, п.3 ст.50) учреждениям осуществление самостоятельной деятельности имущественного характера (предпринимательской, приносящей доходы) вне пределов сметы (2, п.2 ст.298). Такое разрешение оформляется уставными документами. Приобретаемое от этой деятельности имущество учреждения учитывается раздельно с тем, которое получено от собственника, и поступает в самостоятельное распоряжение учреждения, а сама эта деятельность осуществляется в обязательственных отношениях (по сделкам) с неопределенным кругом лиц. Это – самостоятельная деятельность учреждения, а его отношение к имуществу определяется как самостоятельное распоряжение им.

В целом имущественные поступления и затраты бюджетных учреждений, в том числе учреждений здравоохранения, обобщаются учетной категорией сметы доходов и расходов (1, п.3 ст.161).

Таким образом, для определения характера деятельности учреждений здравоохранения, а, следовательно, для приведения в соответствие с ним характера управления деятельностью учреждений здравоохранения необходимо рациональное конфигурирование многофакторных межсубъектных сочетаний воли, интересов и правомочий в отношении разнокачественных объектов, притом что этим необходимо достигнуть соответствующее состояние социальной среды, что в целом может быть сведено к трем основным условиям:

1. Для целей удовлетворения публичных и социальных интересов нахождение соотношения предписаний и свобод для учреждений здравоохранения без ущерба их имущественным интересам.

2. Нахождение соотношения вещного и обязательственного удовлетворения имущественных интересов учреждений здравоохранения.

3. Нахождение соотношения удовлетворения имущественных интересов учреждений здравоохранения распределенным и нераспределенным имуществом государственной и муниципальной принадлежности.

Однако в существующей практике организации здравоохранения:

1. не применяются существующие различия режимов имущества учреждений здравоохранения;

2. применяются несуществующие различия режимов имущества учреждений здравоохранения;

3. не используются возможности перераспределения режимов имущества учреждений здравоохранения.

В здравоохранении в связи с сохранением обобщенного понятия финансирования отрасли смета доходов и расходов учреждений здравоохранения структурируется с расхождением ее фактического (организационного) и юридического значений:

Смета доходов и	Поступления из	Поступления по	Поступления от
-----------------	----------------	----------------	----------------

расходов учреждения здравоохранения	бюджета	обязательному медицинскому страхованию	предпринимательской деятельности
Организационная характеристика	Бюджетно-страховое финансирование		Платные медицинские услуги
Юридическая характеристика	Поступления из вещных отношений (по смете собственника)	Поступления из обязательственных отношений (по сделкам) от приносящей доходы (предпринимательской) деятельности	

Тем, что юридические различия вещного и обязательственного характера имущественных поступлений в учреждения здравоохранения не делаются, обусловлено также и отождествление понятия сметы доходов и расходов с понятием сметы собственника. Следствием этого является то, что к имущественному режиму самостоятельного распоряжения (воспроизводства) применяются правила режима исполнительного распоряжения (потребления), что на практике проявляется безосновательной конверсией имущества учреждений здравоохранения, приобретенного от их самостоятельной (приносящей доходы, предпринимательской) деятельности, в имущество, поступающее от собственника по смете. Тем самым учреждения здравоохранения лишаются имущества, служащего основой воспроизводства. На это имущество переносится режим потребления. Реально существующие имущественные интересы учреждений здравоохранения получают отпор там, где единственно могут найти удовлетворение.

Именно в том и кроется причина избыточной затратности учреждений здравоохранения, что потенциальная энергия воспроизводства обращается в кинетическую энергию потребления.

Это обстоятельство не находит обоснования – даже превратно понимаемыми социальными интересами, притом что обнаруживает очевидное противоречие объективным имущественным интересам собственника: независимо от режима имущества результаты его осуществления учреждениями здравоохранения отражаются на имуществе собственника – либо в порядке воспроизводства убытков (при невосполняемом потреблении – освоении сметы), либо в порядке воспроизводства доходов (от самостоятельной деятельности).

Не в интересах собственника сохранение содержания учреждений здравоохранения на сметном финансировании: производимые вложения не могут быть ориентированы на адекватную отдачу – на возврат, а тем более с избытком; отдача, если и имеется, недоступна соразмерению с вложениями; вложения производятся под оценку исполнения задания, а не эффективности их освоения.

Имущественным интересам собственника соответствует реализация учреждениями здравоохранения потенциала воспроизводства: чем

эффективнее они осуществляют приносящую доход деятельность, тем больше приращения собственности.

Потенциал воспроизводства может быть реализован учреждениями здравоохранения тогда, когда это служит удовлетворению их имущественных интересов: чем больше имущества ими воспроизводится, тем больше его поступает в их самостоятельное распоряжение.

Объективно имущественные интересы собственника и учреждений здравоохранения сходятся, но установление задания собственника, учет имущества, оценка результатов исполнения задания собственника производятся органами исполнительной власти и местного самоуправления (в том числе органами управления здравоохранения) от лица собственника в иной, отличной от существа этих интересов, системе координат. Тотальная подотчетность любого движения имущества независимо от его качеств вместо распространения ограничений только на вещные поступления при способствовании активизации самостоятельного обязательственного создания имущества учреждениями здравоохранения является обстоятельством, противоречащим их имущественным интересам, консолидированным с имущественными интересами собственника.

Имущественным интересам собственника соответствует и такое перераспределение имущества учреждений здравоохранения, при котором бремя их содержания собственником (на условиях невосполняемого потребления имущества) снижается соразмерно повышению эффективности их самофинансирования (на условиях воспроизводства имущества) – по мере расширения учреждениями здравоохранения приносящей доход деятельности становится возможным соразмерное сокращение их бюджетного финансирования.

Это способствует изменению структуры общей массы имущества собственника: по мере уменьшения доли распределенного имущества, обращаемого на бюджетное содержание учреждений здравоохранения, увеличивается доля нераспределенного имущества, в рамках существующего бюджета высвобождаемого для освоения иным образом.

Тем самым это имущество, прежде подлежащее внеоборотному освоению в сфере вещных отношений, становится доступным для вовлечения в оборот в сфере обязательственных отношений.

Вовлечение имущества публичной принадлежности в сферу обязательственных отношений осуществляется по общему правилу на условиях государственного или муниципального заказа.

Государственный или муниципальный заказ представляет собой совокупность заключенных государственных или муниципальных контрактов на поставку товаров, производство работ, оказание услуг за счет средств соответствующего бюджета (1, п.4 ст.72). Государственный или муниципальный контракт – это договор, заключенный органом государственной власти или органом местного самоуправления, бюджетным учреждением, уполномоченным органом или организацией от имени Российской Федерации, субъекта Российской Федерации или

муниципального образования с физическими и юридическими лицами в целях обеспечения государственных или муниципальных нужд, предусмотренных в расходах соответствующего бюджета (1, п.1 ст.72). Иными словами, государственный или муниципальный заказ подлежит исполнению на договорных условиях.

Отношения, связанные с государственными и муниципальными контрактами, регулируются федеральными законами, законами и законодательными актами субъектов Российской Федерации, нормативными правовыми актами представительных органов местного самоуправления (1, п.5 ст.72).

Государственный и муниципальный контракты размещаются на конкурсной основе, если иное не установлено федеральными законами, законами и законодательными актами субъектов Российской Федерации, нормативными правовыми актами представительных органов местного самоуправления (1, п.2 ст.72). Тем самым по общему правилу государственный и муниципальный заказ реализуются на конкурсе.

Так, заказы по закупке продукции для нужд таможенных органов Российской Федерации размещаются на конкурсной основе (9); конкурсное размещение заказов используется для государственной поддержки культуры, в частности, для инновационных проектов организации театрального дела (7); на основе государственного заказа осуществляется переподготовка и повышение квалификации федеральных государственных служащих (10).

По введении конкурсного размещения заказов на закупку товаров, работ, услуг для государственных нужд (11) межотраслевая координация этой деятельности была возложена на Министерство экономики Российской Федерации (8), которым, в частности, выработаны критерии оценки эффективности проведения конкурсов на размещение заказов на поставки товаров для государственных нужд (4).

Вместе с тем осталось неучтенным то обстоятельство, что существуют различия, в чью пользу исполняется государственный или муниципальный заказ. Такой заказ может исполняться в пользу самого государства (для государственных нужд, 2, § 4 гл.30; 14) или местного самоуправления (13, п.2 ст.12) как общей или локальной организации общества. Исполнение государственного или муниципального заказа может быть обращено к пользе общества, к удовлетворению социальных нужд – в этом случае он носит характер государственного или муниципального социального заказа (12, п.1 ст.31), исполняемого на условиях договора в пользу третьих лиц (2, ст.430) – всех граждан или категорированной законом их части (государственный заказ) либо только пребывающих в сфере действия местного самоуправления (муниципальный заказ):

	Государственный заказ	Муниципальный заказ
Публичный заказ	В пользу государства (для государственных нужд)	В пользу местного самоуправления (для муниципальных нужд)

Социальный заказ	В пользу всех граждан или декретированной их части	В пользу пребывающих в сфере действия местного самоуправления
------------------	--	---

Таким образом, государственный или муниципальный заказ должен быть ориентирован на качество потребителя товаров, работ, услуг.

В области охраны здоровья практика размещения государственных и муниципальных заказов является уже достаточно устоявшейся.

Министерство здравоохранения Российской Федерации разрабатывает совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации при участии Российской академии медицинских наук и общественных объединений проекты федеральных целевых программ в области здравоохранения, в том числе по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выполняет функции государственного заказчика указанных федеральных целевых программ (5, п/п. 2 п.7), выступает заказчиком научных исследований по актуальным проблемам здравоохранения (5, п/п. 64 п.7).

На конкурсной основе должны осуществляться: участие медицинских организаций различной формы собственности в реализации государственных программ здравоохранения, муниципальных заказов (6, п.3); закупка лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (6, п.4); бюджетное финансирование фундаментальных и прикладных исследований (6, п.8).

Таким образом, государственный и муниципальный заказ в здравоохранении носит характер публичного заказа и конкурсным размещением преследует экстенсивные цели, хотя этим сужаются его возможности, которые значительно более широки, если придать ему характер социального заказа и обратить на цели интенсивного развития здравоохранения.

Такие возможности заключаются в перераспределении имущества здравоохранительного назначения, используемого в вещных и обязательственных отношениях: в той мере уменьшения доли распределенного имущества, обращаемого на бюджетное содержание учреждений здравоохранения, в какой увеличивается доля нераспределенного имущества, в рамках существующего бюджета оно высвобождается для размещения на конкурсе в порядке государственного или муниципального социального заказа:

	Сфера вещных отношений	Сфера обязательственных отношений
Распределенное имущество (смета)	Закрепленное за учреждением	Имущество, самостоятельно

доходов и расходов)	здравоохранения имущество и поступления по смете собственника	создаваемое учреждением здравоохранения от приносящей доходы деятельности
Нераспределенное имущество	Казна	Конкурс

Этим достигается такое изменение соотношения распределенного и нераспределенного имущества собственника, которое придает эквивалентную соразмерность его потреблению:

	Сфера вещных отношений	Сфера обязательственных отношений
Отношения учреждений здравоохранения с собственником	Освоение имущества учреждениями здравоохранения на условиях задания собственника	Освоение имущества учреждениями здравоохранения на условиях конкурса
Отношения учреждений здравоохранения с третьими лицами (пациентами)	Внеоборотное потребление распределенного имущества собственника учреждениями здравоохранения в пользу третьих лиц	Оборотное потребление нераспределенного имущества собственника учреждениями здравоохранения в пользу третьих лиц

Конкурсное размещение государственных и муниципальных социальных заказов – альтернатива обязательному медицинскому страхованию:

	Конкурсное финансирование здравоохранения	Финансирование здравоохранения в системе ОМС
Происхождение имущества	Бюджетные средства	Внебюджетные средства
Условия освоения имущества	Конкурсные (конкурентные)	Ограничительные (неконкурентные)
Предоставление имущества	Непосредственное	Опосредуемое (через сеть страховых организаций)
Ответственность	За соблюдение обязательств	За соблюдение предписаний

Таким образом, отношения по поводу имущества складываются на основе совпадения имущественных интересов, пренебрежение которыми оборачивается имущественными же последствиями. В складывающихся социально-экономических условиях управление здравоохранением, в конечном счете, сводится к управлению имуществом здравоохранительного назначения для достижения необходимого состояния социальной среды, а, следовательно, является способом конфигурирования социальной среды на основе конвергенции имущественных интересов. Управление здравоохранением состоит не в руководстве социальной средой или циркулирующими в ней имущественными интересами, а в увязывании вторых ради благоприятного преобразования первой.

Такое управление нуждается в дифференциации, реструктуризации и оптимизации, которые обусловят его следование интересам участников имущественных отношений без противопоставления публичных, социальных и имущественных интересов, интересов собственника и интересов учреждений здравоохранения, интересов сферы управления и интересов сферы хозяйствования, интересов хозяйственных и интересов потребительских.

В интересах собственника имущества здравоохранительного назначения (государства и муниципальных образований) – изменение структуры (соотношения распределенного и нераспределенного, внеоборотного и оборотного) имущества, которое способно обеспечить его воспроизводство (приращение в обязательственных отношениях).

Это достижимо не через избыточное регламентирование деятельности учреждений здравоохранения, а посредством повышения роли их законного права самостоятельного распоряжения создаваемым в обязательственных отношениях имуществом, сокращения их бюджетного финансирования для вынесения освобождаемых средств на конкурс в порядке размещения государственных и муниципальных социальных заказов.

1. Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31 июля 1998 года № 145-ФЗ (в ред. Федерального закона от 05.08.2000 № 116-ФЗ).

2. Гражданский кодекс Российской Федерации от 30.11.1994 года № 51-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 20.02.1996 № 18-ФЗ; от 16.04.2001 № 45-ФЗ; от 15.05.2001 № 54-ФЗ; от 16.04.2001 № 31-ФЗ).

3. Лисицын Ю.П., Акопян А.С. Панорама охраны здоровья. Реструктуризация медицинской помощи и нерешенные вопросы приватизации в здравоохранении. – М.: Центр репродукции человека МЗ РФ. – 1998. – 288 с.

4. Письмо Министерства экономики Российской Федерации от 2 июня 2000 г. № АС-751/4-605 «О «Методических рекомендациях по оценке эффективности проведения конкурсов на размещение заказов на поставки товаров для государственных нужд» и «Методических рекомендациях по

балльной оценке конкурсных заявок и квалификации поставщиков, участвующих в конкурсах на размещение заказов на поставки товаров для государственных нужд».

5. Постановление Правительства Российской Федерации от 3 июня 1997 года № 659 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 11.12.1997 № 1551, от 12.11.1999 № 1246, от 01.06.2000 № 426).

6. Постановление Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 г. № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации».

7. Постановление Правительства Российской Федерации от 25 марта 1999 г. № 329 «О государственной поддержке театрального искусства в Российской Федерации».

8. Приказ Министерства экономики Российской Федерации от 21 апреля 1997 г. № 34 «Об организации работы в Минэкономике России по межотраслевой координации деятельности по организации торгов (конкурсов) на размещение заказов на закупку товаров, работ и услуг для государственных нужд».

9. Приказ Государственного таможенного комитета Российской Федерации от 10 мая 2000 г. № 375 «О порядке размещения заказов, организации и проведения конкурсов на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг для нужд таможенных органов Российской Федерации».

10. Указ Президента Российской Федерации от 7 февраля 1995 года № 103 «О государственном заказе на переподготовку и повышение квалификации государственных служащих» (в ред. Указов Президента РФ от 09.08.95 № 834, от 17.09.98 № 1111).

11. Указ Президента Российской Федерации от 8 апреля 1997 года № 305 «О первоочередных мерах по предотвращению коррупции и сокращению бюджетных расходов при организации закупки продукции для государственных нужд».

12. Федеральный закон от 12 января 1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» (в ред. Федеральных законов от 26.11.98 № 174-ФЗ, от 08.07.99 № 140-ФЗ)

13. Федеральный закон от 25 сентября 1997 года № 126-ФЗ «О финансовых основах местного самоуправления в Российской Федерации» (в ред. Федерального закона от 09.07.99 № 159-ФЗ)

14. Федеральный закон от 6 мая 1999 года № 97-ФЗ «О конкурсах на размещение заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных нужд».