

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

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

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

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

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

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

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

Основы законодательства об охране здоровья граждан, проведя системообразование здравоохранения по формам собственности, разграничили государственную, муниципальную и частную системы здравоохранения. Если прежде система здравоохранения была объединена административной соподчиненностью субъектов, то в настоящее время вместо одной существует три системы, разъединенных 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 принадлежность учреждений здравоохранения, обращается в собственность государства или муниципального образования.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Административная реформа рассчитана на изменение соответствующей сферы, которая регулируется в административном порядке, и не может получить распространения в сферах иного регулирования. Правовая реформа в административной сфере возможна тогда, когда сфера экономического оборота действует обособленно от нее по своим единым экономически обоснованным правилам в единых пределах, предусмотренных нормами права. Если административная реформа предусматривает интервенцию в сферу экономического оборота, в результате которой объекты оборота обособляются в зависимости от того, кто их оплачивает, либо для отдельного сегмента или для отдельной группы участников оборота предусматриваются отдельные правила, то на величину такого обособления 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 выполняется 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 здравоохранением	Государственный и муниципальный секторы оборота медицинских услуг (учреждения здравоохранения)
Сфера социальных ориентиров	Сфера имущественных ориентиров
Сфера административного управления	Сфера экономического оборота
Сфера потребления имущества	Сфера воспроизводства имущества

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

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

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

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

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

Не обязательно при этом учреждения здравоохранения должны сохранить свою организационно-правовую форму. Они могут быть преобразованы в организации других форм, в том числе перейти в число частных медицинских организаций. Именно это и подтверждает общность всех организаций, оказывающих медицинские услуги: они обладают взаимно

конкурирующими, но обязательно присутствующими имущественными интересами, на которые влияет не их форма, а характер их деятельности.

Чтобы быть исправным кредитором, государство (муниципальное образование) производит соответствующую рыночной стоимости и обеспечивающую рентабельность исполнителя оплату оказываемых им медицинских услуг.

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

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

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

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

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

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

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

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

Все зависит от того, какую позицию займет государство.

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

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

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

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

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

Активно внедряется термин государственных и муниципальных (бюджетных) услуг.

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

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

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

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

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

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

В этой связи, в-третьих, оказываемые государственными и муниципальными (бюджетными) учреждениями здравоохранения

государственные и муниципальные (бюджетные) услуги утратят свойства объектов обращения в условиях единства экономического пространства, свободного перемещения товаров, услуг и финансовых средств, поддержки конкуренции и свободы экономической деятельности, как это предусмотрено Конституцией РФ.

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

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

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

Согласно определению Советского энциклопедического словаря, трест (от англ. trust), 1) одна из форм монополистических объединений, в рамках которых участники теряют производственную, коммерческую, а часто и юридическую самостоятельность. Реальная власть в тресте сосредоточивается в руках правления или головной компании. Преимущественное развитие тресты получили в отраслях, производящих однородную продукцию, 2) в СССР в годы нэпа – хозрасчетные объединения предприятий одной отрасли, 3) в СССР в строительстве – организационно-производственная единица (например, строительно-монтажные тресты и др.).

В этой связи возникает немало вопросов юридического характера.

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

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

же это платеж, не составляющий доходы, то он является публичным (налоговым), а не частным (за услугу).

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

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

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