

Тихомиров А.В. Институциональная трансформация инфраструктуры рынка медицинских услуг // Главный врач: хозяйство и право. – 2011. – № 6. – С.26-30.

Резюме: изменение правового положения врачей обуславливает структурную перестройку всего отраслевого оборота; medic's status change is conditional on structural rearrangement of the whole branch turnover.

Ключевые слова: правовое положение врача, оборот медицинских услуг, институциональная организация рынка; medic's status, medical services turnover, branch turnover institutional organization.

Начавшиеся и объективно происходящие в настоящее время внутренние процессы действительных изменений в сфере охраны здоровья сфокусировались на фигуре врача.

Все ведет к пониманию того, что здравоохранение сейчас культивирует калечащую медицину<sup>1</sup>: не потому, что врачи не мотивированы делать свое дело хорошо, а потому, что они не мотивированы не делать его плохо.

Мотивации делать свое дело хорошо врачи не имеют по понятным причинам: государство вкладывает средства во что угодно – в строительство новых медицинских центров, в приобретение новой аппаратуры и т.д., только не в увеличение заработной платы медицинского персонала. При этом возлагающаяся на врача нагрузка – не столько клиническая, сколько документально-оформительская – прогрессивно возрастает. По существу, врачи, не будучи на государственной службе, выполняют не свойственные медицинской профессии функции должностных лиц социального обеспечения – оформления документов, имеющих отношение к расходованию средств государственной казны: листы временной нетрудоспособности, льготные рецепты и т.д.

Мотивации не делать свое дело плохо врачи не имеют не столько по причине низкой заработной платы, сколько по причине маловероятной собственной ответственности. Действительно, персональная ответственность может наступить еще как-то за злоупотребления с выпиской больничных и льготных рецептов, но почти исключена – за причинение смерти или тяжкого вреда здоровью пациента (такие дела – единичны в поле зрения, редко доходят до суда и почти не влекут реальное наказание в случае приговора). А вот работодатель отвечает за причинение работником вреда здоровью пациента, и в последнее время – все чаще.

Все свидетельствует о том, что существующее положение врача не соответствует архаичной системе организации здравоохранения. В качестве работника врач не эффективен. А дополнительные обременения его положения приводят лишь к усугублению этой неэффективности.

Отсюда и вытекает оформившаяся к последнему времени явная тенденция возложить на врачей ответственность за последствия их деятельности в

---

<sup>1</sup> Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Правовые и этические аспекты калечащей медицины. //Сборник «Медицина и право». Материалы первой Всероссийской конференции. М., Институт «Открытое общество». Международная академия предпринимательства. 1999 (февраль), С.58-66.

отношении пациентов. А это возможно лишь при обретении врачами самостоятельного экономического положения.

Идея придания врачам статуса самостоятельных хозяйствующих субъектов была высказана значительно ранее<sup>2</sup>, как и их сосуществования с другими институтами в отраслевом обороте<sup>3</sup>. Однако эта идея напрямую сопряжена с идеей создания специализированных объектов медицинской деятельности, которые находятся не в принадлежности и управлении субъектов медицинской деятельности. Вопрос не столько в том, как будет организовано медицинское сообщество в случае приобретения врачами экономической самостоятельности под собственную ответственность, сколько и прежде всего в том, как в этом случае должны быть организованы производительные ресурсы помимо них.

Это, во-первых, средства производства, которые врачи используют в своей деятельности в отношении пациентов – медицинскую технику, инструментарий, расходные материалы и пр.

Во-вторых, это средства производства для немедицинского обслуживания пациентов – то, что необходимо для обеспечения жизнедеятельности человека помимо сугубо медицинской помощи – общественное питание, бытовое, банно-прачечное обслуживание и пр.

В-третьих, это самые разнообразные вспомогательные средства производства для обслуживания основного (медицинского) производственного процесса – от технического обеспечения (пуско-наладочные работы, ремонт, технический мониторинг состояния устройств и коммуникаций) до внутриорганизационного снабжения (медицинскими газами, лекарственными и прочими средствами медицинского назначения).

В-четвертых, это обеспечение извне – от закупки до доставки лекарственных препаратов, сырья для приготовления пищи и т.д.

В-пятых, это помещения. Это, прежде всего, производственные помещения, в которых осуществляется медицинская деятельность (кабинеты, ординаторские, операционные, блоки интенсивной терапии и реанимационные и пр.). Это также рекреационные помещения, в которых пребывают пациенты (приемные и залы ожидания, палаты и пр.). Это и помещения для приготовления и приема пищи (блоки общественного питания и столовые). Это технические помещения – мастерские, для установки оборудования и пр. Наконец, это санузлы – туалеты, душевые и пр.

---

<sup>2</sup> Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Способы совершенствования хозяйственного положения учреждений здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 5. - С.28-30; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Пореформенные перспективы муниципальных органов управления здравоохранением //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 2. - С.19-25; Тихомиров А.В. Пореформенная модель индустриальной трансформации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 6. – С.6-14; Тихомиров А.В. Обзор перспектив здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 2. - С.10-21; Тихомиров А.В. Разгосударствление учреждений социальной сферы без приватизации закрепленного за ними имущества //Бизнес, менеджмент и право. – 2009. - № 3. – С.94-95.

<sup>3</sup> Тихомиров А.В. Институты медицинской деятельности и инфраструктуры рынка медицинских услуг //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 3. - С.9-13; Тихомиров А.В. Трансформация институтов медицинской деятельности //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 4. - С.26-34; Тихомиров А.В. Первичная медико-санитарная помощь в социально-ориентированной модернизации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 6. - С.22-28.

Сейчас, во-первых, людские ресурсы как фактор производства неотделимы от материальных производительных ресурсов – помещений, оборудования, аппаратуры, инструментария, расходных материалов; во-вторых, не дифференцируются объекты недвижимого (размещения производства) от объектов движимого имущества (медицинская техника), служащих средствами производства; в-третьих, не различается медицинская помощь и немедицинское обслуживание – равно в условиях стационаров и поликлиник.

Обособить фигуру врача от средств производства – не только от тех, которые применяет он, но и от остальных, создающих сопутствующие блага, в которых нуждаются пациенты, как и отделить средства производства, которые применяет врач, от тех, которые создают сопутствующие блага для пациентов – трудно, если исходить из принадлежности на праве собственности.

Фигура врача в отрыве от кабинетов, ординаторских, операционных и палат не воспринимается постсоветским сознанием. Между тем в действительности имущественный комплекс в отрыве от фигуры врача имеет вполне самостоятельное значение.

Объекты недвижимости, оборудование, аппаратура, инструментарий, расходный материал (как и обслуживающий персонал) могут быть объединены функционалом иным, нежели обязательно требующим вовлеченности врача.

Фигура врача не является предикатом, достаточным для идентификации ни отношений собственности на имущественный комплекс, ни отношений трудового найма, и, чтобы осуществлять лечебно-диагностический процесс, ему не нужно ни владеть средствами производства, ни состоять в штате работодателя, владеющего ими. Врачу достаточно обладать лишь всеобщим товарным эквивалентом – деньгами, чтобы получить к имуществу, находящемуся не в его собственности, доступ на условиях договора. Он не нуждается в вещной привязке к средствам производства, и – при наличии денег – его не могут не устроить обязательственные отношения с их собственником. Тем самым бремя обладания имуществом вовсе не проблема врача, его проблема – осуществление медицинской деятельности на основе этого имущества.

Отсюда следует, что принадлежность имущества и деятельность врача на его основе – не связанные между собой категории. Имущество может принадлежать одному или нескольким собственникам, а врач в качестве субъекта экономической самостоятельности с каждым из них заключает соответствующий договор по поводу владения и пользования этим имуществом. Это несколько не поражает его в правах, как и не умаляет право собственников на имущество. Это первое.

Имущество, предназначенное для осуществления медицинской деятельности, находится в принадлежности собственника. Однако чтобы оно выполняло свое предназначение, им надо управлять – содержать, обновлять, улучшать и пр. Очевидно, что принадлежность имущества и управления им –

не одно и то же, и фигура собственника и управляющего имуществом может не совпадать в одном лице. Это второе.

Наконец, третье. Имущество для осуществления медицинской деятельности предназначено для реализации отношений между врачом и пациентом. Необходимо, чтобы оно удовлетворяло интересы как врача, так и пациента. Следовательно, в привязке к принадлежности имущества управление им преследует цели достижения эффективности отношений врача и пациента. Это имущество предоставляется собственником (по общему правилу – в аренду), находится в его или во внешнем управлении и обслуживает потребности лечебно-диагностического процесса в интересах врача и пациента.

Таким образом, фигура врача не является неразрывно ассоциированной с имуществом, предназначенным для осуществления медицинской деятельности. Это имущество предоставляется и ему, и другим таким же, как он, на одинаковых условиях осуществления деятельности в отношении пациента.

Врач становится контрагентом прежнего работодателя. Если были встречными субординационные интересы работодателя и работника по поводу зарплаты, то становятся – координационные интересы сторон договора по поводу средств производства.

До этого производительные ресурсы безвозмездно объединяли и врачей, и материальные средства и предметы труда. Врачи имели нелегальную возможность пользоваться средствами и предметами труда помимо трудовых отношений, вступая в приносящие лично им теневые доходы частные отношения с пациентами. В новых условиях врач получает легальный возмездный доступ к средствам и предметам труда через договор.

Если до этого в обороте медицинских услуг действовали по преимуществу корпоративные операторы (учреждения здравоохранения и частные медицинские организации), то в новых условиях в отношениях с потребителем в связи с оказанием медицинских услуг представлена только фигура врача.

Если экономически самостоятельная фигура врача обособляется от принадлежности и управления специализированными имущественными комплексами, обслуживающими потребности его отношений с пациентами, это влечет ряд очевидных последствий.

Прежде находившиеся в производной от права собственности принадлежности работодателя-учреждения активы не могут в ней оставаться, чтобы использоваться с целью обслуживания потребностей отношений врачей с пациентами. Право оперативного управления не приспособлено для свободного использования в гражданском обороте объекта, закрепленного собственником или приобретенного за счет средств, выделенных собственником на его приобретение (ст.298 ГК РФ), а это именно недвижимость и особо ценное имущество.

Кроме того, учреждения здравоохранения, лишившись медицинского персонала, перестают оказывать медицинские услуги, а с этим утрачивают

свое уставное назначение как юридические лица, в то время как принадлежащее им имущество такого назначения не теряет. С учетом ограничений права оперативного управления собственнику становится легче ликвидировать учреждения как юридические лица, чем пытаться конфигурировать их право на имущество. При ликвидации учреждений имущество обращается в казну, собственник им не поступается.

Отсюда и возникает необходимость в управляющей организации. При этом и собственником объекта здравоохранения может быть не только государство. Такие имущественные комплексы могут создаваться в коммерческих и некоммерческих целях частными лицами.

Прежние медицинские организации с обретением врачом экономической самостоятельности становятся держателями активов для его деятельности, сами ее не осуществляя. Их функция – не более чем обеспечительная, вспомогательная. С рынка B2C они переходят на рынок B2B, в инфраструктуру, подобно тем, с кем до этого времени они заключали договоры о поставке лекарственных средств, медицинской техники и пр. Прежде сами осуществляющие медицинскую деятельность силами медицинских работников, эти организации становятся поставщиками товаров, работ, услуг для экономической деятельности врачей (их задача – обслуживать потребности лечебно-диагностического процесса, и в связи с этим следовало бы их выделить в особую группу – поставщиков профессионального звена в отличие, например, от консалтинга, финансового агентирования и др. предоставлений поставщиков хозяйственного звена). И это – принципиальное следствие обретения врачом экономической самостоятельности.

Тем самым в дальнейшем стоит вопрос об организации инфраструктуры оборота медицинских услуг как поставщиков профессионального звена. В модели такой организации сплетены, с одной стороны, интересы и отношения собственника и управляющего специализированным имущественным комплексом, с другой – плательщика в пользу пациента. При этом и собственник с управляющим специализированным имущественным комплексом, и плательщик с пациентом могут совпадать или не совпадать в одном лице.

Вопрос об организации инфраструктуры оборота медицинских услуг как поставщиков профессионального звена не может стоять в отрыве от вопроса финансирования функционирования этих имущественных комплексов. В конечном итоге социальный результат достигается от сочетанной эффективности деятельности врачей и функционирования обеспечивающих ее специализированных имущественных комплексов.

В общем виде плату за медицинские услуги получают врачи. И в этом случае именно они оплачивают эксплуатацию специализированных имущественных комплексов в части предоставления своим пациентам.

Однако возможно и предварительно разделить эти платежи так, чтобы они поступали самостоятельными потоками прямо от плательщика, не касаясь врачей (предпочтительно для сокращения транзакционных издержек).

И в том, и в другом случае плата за медицинские услуги неизбежно распадается на две части: ту, которую получают врачи в виде своих доходов, и ту, которая обращается на функционирование специализированных имущественных комплексов в пользу пациентов, за которых производится оплата.

Вне зависимости от того, производит ли платежи сам пациент или третье лицо в его пользу, из доходов от этих платежей оплачивается стоимость эксплуатации средств производства.

Теоретически врач может приобретать средства производства в собственность. Однако технический прогресс быстро приводит к моральному устареванию медицинской техники, стоимость которой огромна, а ликвидность падает тут же по приобретении. Содержание в рабочем состоянии действующих активов также требует больших вложений. Поэтому экономическая нецелесообразность собственности делает предпочтительным для врача содержание средств производства на аутсорсинге.

Таким образом, наличие специализированных имущественных комплексов и управление этим имуществом без участия врача является обязательным условием обретения им экономической самостоятельности. Либо врач арендует соответствующее имущество, либо эксплуатация этого имущества оплачивается помимо врача, но в любом случае – в счет единой оплаты предоставления.

В общем виде функционирование специализированных имущественных комплексов укладывается в следующую схему (рис.1).



Рис.1. Модель организации функционирования специализированных имущественных комплексов.

Объекты здравоохранения могут быть в публичной (государственной) и в частной принадлежности. В частной принадлежности объекты могут служить

коммерческим и некоммерческим целям, т.е. прибыль от их использования может обращаться частично на цели частного присвоения или только на реинвестирование воспроизводства. Объект может служить целям самого собственника или общественной пользы. Собственник и управляющая организация не могут не руководствоваться совпадающими коммерческими или некоммерческими целями.

Если это доходный дом, предназначенный собственником для получения прибыли, то в случае передачи на аутсорсинг наиболее подходящим является коммерческое по своему характеру доверительное управление (гл.53 ГК РФ). Однако в социальной сфере коммерческий способ извлечения прибыли не является ведущим. И не потому, что это невозможно, а потому, что сфера его распространения весьма ограничена – при наличии альтернативы бесплатного здравоохранения платежеспособный спрос чрезвычайно невелик. А становление некоммерческой медицины снижает его неизбежно еще более.

Пространства возможного извлечения прибыли в социальной сфере могут служить отличным от коммерческого присвоения прибыли нелинейным целям. Такими являются, в частности, цели оптимизации платежей. Государство или объединение потребителей (больничная касса, например<sup>4</sup>), в том числе с участием государства, в качестве плательщика в пользу граждан за оказываемые им медицинские услуги заинтересованы в минимизации непроизводительных расходов, в снижении издержек. Плательщик стремится платить меньше, если есть возможность дополнительного встречного предоставления контрагенту, без влияния на его маржу от снижения цены основного предоставления. Такую возможность и создают средства производства (объекты здравоохранения как имущественные комплексы), предоставляемые в аренду по регулируемой ставке арендной платы (рис.2).



Рис.2. Схема демпферного механизма управления ценой основного предоставления с помощью дополнительного предоставления.

За счет экономии на масштабах и другими экономическими средствами плательщик в качестве арендодателя управляет себестоимостью

<sup>4</sup> Тихомиров А.В. Больничная касса: основа бизнес-плана //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 4. – С.33-39.

оплачиваемых им в пользу граждан-выгодоприобретателей услуг, тем самым опосредованно исключая неоправданные издержки реверсивных трансакций.

Государство при этом может себе позволить не только некоммерческое, но и дотируемое управление принадлежащими ему объектами здравоохранения. Это расширяет диапазон возможностей влияния на цену оплачиваемых из государственной казны услуг<sup>5</sup>.

В любом случае обособление врачей в качестве экономических агентов от управления средствами производства медицинских услуг ведет к значимой реструктуризации рынка. Это требует сочетанного обособления, во-первых, объектов здравоохранения в качестве имущественных комплексов в соответствующей принадлежности; во-вторых, управляющих организаций, расширяя круг участников отраслевого оборота; в-третьих, дифференцированного изменения структуры финансирования деятельности врачей как субъектов собственно медицинской деятельности и управляющих организаций как обеспечивающей эту деятельность инфраструктуры.

Объекты здравоохранения становятся связующими элементами, с одной стороны, между финансовым и товарным рынком, т.е. между институтами финансирования и институтами оказания медицинских услуг, в отрасли, с другой – между рынками B2B и B2C, рынком поставок и потребительским рынком.

Существенно, что такой реструктуризации будущего принципиально не препятствует уже действующее законодательство – по крайней мере, в частной медицине. Врачи могут быть оформлены не в качестве работников по найму, а как предприниматели без образования юридического лица, и состоять с частными медицинскими организациями не в трудовых, а в гражданско-правовых отношениях. А эти организации уже сейчас в состоянии перестроить свою деятельность в формат обеспечения потребностей врачей и пациентов. В условиях нарастания силы движения саморегулирования в частной медицине такие структурные изменения будут весьма кстати, чтобы не потребовалось впоследствии серьезно переделывать документальную платформу деятельности. Это послужит и демонстративным примером для власти, как следует перестраивать здравоохранение в целом.

В целом, институциональная трансформация инфраструктуры рынка медицинских услуг облегчит их оказание и упорядочит отношения операторов рынка между собой, достигая их необходимой дифференциации по зонам ответственности, а, значит, породит и новые механизмы совершенствования этих отношений и, в конечном счете, социальный прогресс в сфере охраны здоровья, основанный на действительных интересах их участников.

---

<sup>5</sup> Тихомиров А.В. Объекты медицинской деятельности: проблемы отношения государства //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 2. – С.23-28.