

Министерство здравоохранения РК и Выставочное агентство "Еврофорум"
приглашают принять участие в специализированной выставке



ЗДОРОВЬЕ КАРЕЛИИ

МИР ЗДОРОВЬЯ И КРАСОТЫ

26 – 28 мая 2010

г. Петрозаводск



Тематика:

- Фармацевтические препараты
- Медицинская техника и оборудование инструменты, материалы
- Стоматология
- Оптика
- Косметические салоны, оздоровительные центры
- Лечебная косметика
- Спорт и туризм
- Экологически чистые производства
- Средства реабилитации

Заявки принимаются по адресу:

Выставочное агентство "Еврофорум"
185 000, г. Петрозаводск, ул. Анохина, 45
Тел./факс (814 2) 76-83-00, 76-87-96, 78-30-23
e-mail: euroforum@karelia.ru www.euroforum.karelia.ru

 **EUROFORUM**
выставочное агентство

ГЛАВНЫЙ

ВРАЧ:

02/2010

ХОЗЯЙСТВО И ПРАВО

Недостаточность
законодательства в
здравоохранении

Разрешительная практика в
здравоохранении

Лицензирование
медицинских практиков



ЮрИнфоЗдрав

В начале года последовала череда интересных событий. Из ниоткуда возникла бюджетная реформа. Учреждения бюджетной сферы переназывают по-новому. На одной смене вывесок можно вылететь в трубу. Одни будут казенными, другие станут бюджетными, автономными опять же кому-то перепадет быть. Только останутся все – учреждениями, т.е. организациями, основанными на несобственном имуществе. А потому – все неплохое останется по-старому, только плохое придет – новое. И меры этого нового-плохого пока никто не знает. Почему? Зачем?

Минздравсоцразвития, обгоняя скорость появления Министра на экранах, строчит всевозможные порядки, соревнуясь разве что с Росздравнадзором по выработке административных регламентов. Почему? Зачем?

Назначили и.о. ректора Московской медицинской академии. Перед этим освободили Росздравнадзор от профессора Юргеля. Объединят Росздравнадзор и Роспотребнадзор. Почему? Зачем?

В России предполагается ввести бессрочные лицензии. Лицензирование будет максимально оперативно переведено в электронную форму, что «позволит устранить возможности для коррупции». Перечень видов деятельности, где применяется уведомительный порядок начала нового бизнеса, планируется значительно расширить. До девяти лет будут длиться налоговые каникулы для медицинских организаций. Почему? Зачем?

Вроде, внешне и положительные сдвиги, а ощущение полезности и перспективы не появляется. Замминистра заявляет о принципе «открытости и гласности», а на деле общество в целом и медицинское сообщество в частности узнает о нововведениях ведомства почему-то только post factum. «Слышу – одно, вижу – другое». По закрытости Минздравсоцразвития даст фору и ФСБ, и Минобороны, не говоря о МВД.

В таких условиях здравоохранение вошло в весну. Весну непростого года. Все сильнее мнения, что кризис не прошел дна, особенно в бюджетной сфере. И, очередной раз, это дно ожидается по осени или в начале следующего года. Тут не до расслабления, но и не до радости. Да еще эта непреходящая неизвестность. Неизвестность, куда идем. Страной. Здравоохранением. Точнее, куда нас ведут. Потому что сами – не идем. Не можем. Не дают. Только по маршруту. А маршрут – неведом. По крайней мере, нам. А ведом ли он ведущим?

Ответ на этот вопрос и определяет ожидания общества от государства. В России прошел «День гнева», в том числе, и по поводу разрушения здравоохранения. Лидер правящей партии избежал ответов на вопросы, заданные гражданами в Интернете по инициативе издания «Газета.ру» - из них ни одного лицеpriятного. Медицинское сообщество на акции протеста не отвлекается – работает. Но это не означает, что оно пассивно принимает тектонические сдвиги, отчетливо происходящие в обществе.

Куда мы идем и верен ли этот путь? Этот вопрос сейчас встает перед каждым. Не давая на него ответ, власть демонстрирует сейчас некую активность. Но будет ли от этого какой-либо толк – для отрасли в целом, для своего рабочего места, для своей семьи – никто в медицинском сообществе сказать не может.

Ждем. Вместе с вами. И сообщаем о возможных перспективах вам, наши читатели.

Главный редактор
Алексей Тихомиров

ПОДПИСКА

Оформить подписку на журнал
“Главный врач: хозяйство и право”
МОЖНО:

□ Через редакцию:
– на 2010 год – 6960 рублей

□ Через каталог Роспечати “Газеты и журналы.
2 полугодие 2010 года”:
– подписной индекс – 47661

□ Через Объединенный каталог “Пресса России”:
– подписной индекс – 39350

При подписке через редакцию оплату следует производить
по следующим реквизитам:

Некоммерческое партнерство Информационно-правовой центр “ЮрИнфоЗдрав”

р/счет № 40703810890000000187
в ЗАО “КБ ОТКРЫТИЕ” г.Москва
БИК 044585297
корр. счет № 30101810500000000297

ИНН 7715385513
КПП 771501001
ОГРН 1037715054618

ВНИМАНИЕ!

Просим Вас при заполнении графы “Назначение платежа” указать телефон с кодом города, а также почтовый адрес (с индексом) организации.
Например: (495)123-45-67, 123445, г.Москва, ул. Медиков, д.1, офис 12.
Оплата годовой подписки на журнал “Главный врач: хозяйство и право”. НДС не облагается.

ПРИМЕЧАНИЕ: Телефон лучше указывать в первую очередь, так как при отправке платежного поручения текст в графе “Назначения платежа” может быть сокращен. Зная Ваш номер телефона, мы всегда сможем связаться с Вами для уточнения деталей подписки.
Если по каким либо причинам вы не получили очередной номер журнала после оплаты подписки – свяжитесь с редакцией по телефону (495) 618-00-81 или по электронному адресу jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru.

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ:

02/2010

ХОЗЯЙСТВО И ПРАВО

ПОЧТИ ОФИЦИАЛЬНО

А.В.Тихомиров
ХРОНИКИ НЕПРОВЕДЕННОЙ РЕФОРМЫ
(апрель 2010)

5

ОБЗОР

Д.А.Борисов, С.В.Лазарев, С.С.Мисюлин
ОГРАНИЧЕНИЯ ПРАВ СУБЪЕКТОВ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА
ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

9

О.В.Леонтьев, И.Ж.Искаков
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

14

Д.А.Борисов
СИСТЕМЫ И СИСТЕМООБРАЗОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

16

А.В.Тихомиров
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СПЕЦИАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА
В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

27

С.В.Лазарев
СОСТОЯНИЕ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РАЗРЕШИТЕЛЬНОЙ
ПРАКТИКИ ДЛЯ ПОДНАДЗОРНЫХ ХОЗЯЙСТВУЮЩИХ СУБЪЕКТОВ

36

С.В.Лазарев, С.А.Мамонтов, А.В.Тихомиров
ПРЕПЯТСТВИЯ ДЛЯ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ
(продолжение)

45

СОДЕРЖАНИЕ

В следующих номерах:

Разрешительная система в здравоохранении

Экономика саморегулирования в здравоохранении

Страхование в здравоохранении

Идеология здравоохранения

Бюджетная реформа и здравоохранение



III-ий Петербургский медицинский форум

**«Медицинская клиника в современных условиях:
угрозы и пути развития»**

26 – 28 мая 2010 г., Отель «Азимут», Санкт-Петербург
www.anoufrieu.ru, www.privatmed.ru

Уважаемые коллеги!

Каждый год, **«Петербургский медицинский форум»** предлагает уникальную возможность главным врачам, руководителям частных и государственных клиник, владельцам медицинского бизнеса, страховщикам, ведущим экспертам, политикам и представителям профильных Министерств и ведомств, собраться вместе и поделиться своими оценками, мнениями и рекомендациями по наиболее острым вопросам здравоохранения и развитию частных и государственных клиник.

Цель Форума – обсудить пути решения проблем, с которыми сталкивается каждое медицинское учреждение и выработать практические рекомендации руководителям по развитию клиник в условиях недостатка финансирования и инвестиций, отсутствия реформ здравоохранения и медицинского страхования, разобщенности врачебного сообщества, несовершенного законодательства, усиливающегося административного давления и коррупции.

На пленарном заседании ведущие эксперты России, депутаты Государственной Думы, представители Минздравсоцразвития РФ, Росздравнадзора, Федеральной антимонопольной службы РФ, Законодательного собрания и Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, Комитета по инвестициям и стратегическим проектам Санкт-Петербурга, ознакомят Вас с самой актуальной, систематизированной информацией по темам:

- государственная политика и законодательство в области здравоохранения и реформирование ОМС;
- федеральное антимонопольное законодательство в борьбе с административными барьерами и ущемлением прав государственных и частных клиник;
- перспективы привлечения инвестиций и развития государственно-частного партнерства в здравоохранении;
- роль медицинских ассоциаций в становлении саморегулирования и цивилизованный лоббизм интересов медицинского сообщества;
- этика в медицине.

Впервые на Форуме мы создаем «открытое пространство», когда сами участники смогут формировать программу обсуждения, предложить интересующие темы и вопросы для круглых столов, семинаров и дискуссий в малых группах. А главное – лично пообщаться и обсудить со всеми докладчиками и экспертами интересующие темы, обменяться знанием и опытом с коллегами, решить практические вопросы в таких областях как:

- Юридические аспекты деятельности врача и клиники, потребительский терроризм и защита от проверяющих органов.
- Внедрение принципов доказательной медицины в практическую работу.
- Проблемы лицензирования медицинской деятельности.
- Частные клиники в ОМС и гос. программах финансирования высокотехнологичной помощи
- Государственные ЛПУ: от наследия прошлого к развитию конкурентных отношений (приватизация государственных ЛПУ, платные услуги, новые формы ЛПУ).

- Внедрение аутсорсинга в учреждениях здравоохранения.
- Организация работы со страховыми компаниями по программам ДМС и ОМС.
- Маркетинг, реклама, PR в клинике в период спада.
- Интернет-коммуникации в увеличении дохода клиники и привлечении пациентов.
- Информационные системы как способ управления медицинской организацией.
- Управление и мотивация персонала: врачи «звезды» и руководители подразделений.
- Управление изменениями в клинике: как сделать клинику ориентированной на пациентов и с высоким уровнем сервиса.
- Вопросы безопасности и борьбы с мошенничеством в медицинском учреждении.

Специальные дискуссии по темам:

- Модернизация российского здравоохранения: сценарии и возможные результаты.
- «Школа СРО в здравоохранении», включая 2-ое заседание инициативной группы по созданию общероссийской организации содействия развитию саморегулирования (СРО) в здравоохранении.

Стоимость участия (НДС не облагается):

1 участник - **28700 руб.**, 2 и более участников от одной организации - **19700 руб.** за 1 участника (в стоимость организационного взноса входят кофе-брейки, ланч, раздаточные материалы).

Специальные цены для участников I и/или II «Петербургского медицинского форума», «Саммита руководителей здравоохранения России», семинаров из серии «Петербургского медицинского форума»: 1 участник - **24700 руб.**, 2 и более участников от одной организации - **17700 руб.** за 1 участника.

Дополнительная информация по Форуму
на сайте: www.anoufrieu.ru и www.privatmed.ru

- по организационным вопросам: Мария Менгден: тел. 8 903 099 32 93, эл. почта: forummed@mail.ru
- по программе Форума: Ануфриев Сергей Анатольевич, тел. 8 921 999 03 90, эл. почта: sa@anoufrieu.ru
- по вопросам оплаты: Алексис Альмира Молина, тел. 8 921 752 77 06, эл. почта: molinal@mail.ru
- по вопросам размещения и культурной программы, в т.ч. и для сопровождающих лиц: Ирина Домнина тел./факс: (812) 335 20 15, (812)335 20 13, эл. почта: irina@krugozor-expo.ru.

Реквизиты для оплаты участия

ИП Альмира Молина Алексис

Свидетельство о регистрации серии 47 № 001625111,
ОГРНИП 305470520700031
188300, Ленобласть, г. Гатчина, пр. 25 Октября, д. 67, кв. 3
ИНН 470503239680 КПП 470501001
р/с. № 40802810600023003700 в Гатчинский филиал ЗАО МКБ «Москомприватбанк»
г. Гатчина БИК 044102682, к/с 30101810400000000682

«Петербургский медицинский форум» был задуман как дискуссионная площадка **объединяющая интеллектуальную медицинскую элиту России**, ведущих экспертов, политиков и представителей профильных Министерств и ведомств, руководителей частных и государственных клиник, врачей которые поделятся своими оценками, мнениями и рекомендациями по вопросам развития здравоохранения, государственно-частного партнерства, создания саморегулируемых организаций.

Традиционно на Форуме представлены не только мнения и оценки, но и **практические рекомендации** в области лицензирования, финансового управления, обязательного и добровольного медицинского страхования, юридического сопровождения, антикризисного управления и участия в программе государственного финансирования и ОМС.

Оргкомитет Форума включает **авторитетных экспертов** российского здравоохранения - профессора Накатиса Я. А., президента НП «Единая медицина», главного врача клинической больницы №122 им. Л. Г. Соколова, главного специалиста Минздравсоцразвития РФ, Мисюлина С. С., президента НП «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник», Ануфриева

С. А., основателя и директора «Петербургского медицинского форума», Лазарева С.В., ведущего эксперта по вопросам надзора и лицензирования в здравоохранении в РФ, Тихомирова А.В., первого в стране медицинского адвоката, главного редактора журнала «Главный врач: хозяйство и право».

У нас выступают **известные в России специалисты**: Ананьченко Н.М., директор НП «Организация частной системы здравоохранения Ставропольского края», Балло А. М., руководитель «Независимая медико-юридическая экспертиза», Безвестный Г. В., председатель секции частной стоматологии Стоматологической Ассоциации России, Борисов Д.А., генеральный директор ООО «Компания Реднор», Голышев А.Я., главный врач Детской городской больницы №5. Г. Санкт-Петербурга, Данилов Е.О., вице-президент Стоматологической Ассоциации России, Ельсиновская С. О., автор бизнес-энциклопедий «Медицинский менеджмент», Кадыров Ф. Н., заместитель председателя Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, Павлюк-Павлюченко Л. Л., президент ассоциации пластической хирургии и косметологии, Панов А.В., управляющий ООО «Центр медицинского права», Потехаев Н.Н., президент Национального дерматологического альянса.

Первые «Петербургский медицинский форум» прошел в 2008 году и собрал более 100 делегатов из 32 регионов. Главной темой стало обсуждение **вопросов развития частной медицины в России**. Среди спикеров форума были представители Минздравсоцразвития РФ, Федеральной антимонопольной службы РФ, Стоматологической ассоциации России (СТАР), Ассоциации пластических хирургов России, НП «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник и др.

В 2009 году прошел **II Петербургский медицинский форум** посвященный **развитию рынка медицинских услуг в России в условиях кризиса**. Форум собрал более 150 участников из 45 регионов страны и был поддержан рядом общественных организаций, таких как «Деловая Россия», РСПП. Впервые к работе форума присоединились депутаты Государственной Думы РФ (Асеев В. М., Мурзабаева С. Ш.), а также представители более чем 12 региональных медицинских ассоциаций страны.

Важным итогом форума стало инициирование процесса становления саморегулирования в здравоохранении, получившее свое продолжение на «Саммите руководителей здравоохранения России» в ноябре 2009 года, в котором приняли участие представители Росздравнадзора (Серегина И.Ф.), ФАС (Федоренко М.А.), Общественной палаты (Рошаль Л.М.).

А знаете ли Вы, что...

...взысканный с медицинской организации гражданский иск о возмещении вреда, причиненного повреждением здоровью может быть возмещен в пользу медицинской организации лечащим врачом в полном объеме только в том случае, если в отношении него имеется обвинительный приговор.

А знаете ли Вы, что...

...товарный знак, под которым понимаю обозначение, служащее для индивидуализации товаров юридических лиц или индивидуальных предпринимателей, подлежит правовой охране только в том случае, если на него оформлено свидетельство в установленном законом порядке

А знаете ли Вы, что...

...определение суда о назначении судебно-медицинской экспертизы не может быть обжаловано по существу (о месте проведения экспертизы, выносимых на экспертизу вопросах), т.к. подобное не предусмотрено нормами процессуального права

Недавнее намерение партии «Яблоко» и Российской медицинской ассоциации разработать подробную программу реформирования системы здравоохранения в России¹, как о том свидетельствует обращение Российской медицинской ассоциации от 21 марта 2009 г. «Социально-ориентированная реформа здравоохранения как антикризисный ресурс модернизации»², основано на предложенной автором Концепции социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения³.

Весь ход событий последних лет демонстрирует, что и власть – в оригинале или в пересказе – ознаменена с названной Концепцией, однако делает все возможное, чтобы предотвратить развитие дальнейших событий по предложенному сценарию. Под давлением обстоятельств власть вынуждена заниматься переменами, но ограничивается полумерами, способными привести не к положительным переменам, а к дисбалансу в социальной сфере и к росту социального напряжения.

К настоящему времени власть предприняла несколько шагов, позволяющих их интерпретировать в контексте Концепции социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения.

1. Концепция социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения предусматривает партикуляризацию учреждений бюджетной сферы как способ бесприватизационного превращения их в частные организации, основанные на собственном имуществе. Смысл в том, чтобы, сохранив имущественные активы в государственной собствен-

1 <http://www.yabloko.ru/2010/03/27>

2 <http://www.rmass.ru/publ/info/akor>; Акопян А.С. Социально-ориентированная реформа здравоохранения как антикризисный ресурс модернизации // Главный врач: хозяйство и право. – 2009. - № 2. – С.22-31.

3 Тихомиров А.В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. - М., ЮрИнфоЗдрав, 2007. – 234 с.; Тихомиров А.В. Концепция социально-ориентированной модернизации здравоохранения: Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2008.

ХРОНИКИ НЕПРОВЕДЕННОЙ РЕФОРМЫ (апрель 2010)

Показана несостоятельность келейных инициатив Минздравсоцразвития и Правительства РФ в изменении ситуации в социальной сфере

Ключевые слова: Минздравсоцразвития, реформа, законопроекты

ности, вывести товаропроизводителей (производителей медицинских услуг) за пределы государства – в гражданский оборот.

Вместо этого предусматривается квази-коммерциализация учреждений бюджетной сферы (бюджетная реформа – принятие закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений»).

Целью является экономия на содержании бюджетной сети⁴. Как сообщила на заседании бюджетного комитета Госдумы заместитель главы Минфина Татьяна Нестеренко, «речь не идет о сокращении выделяемых бюджетных ассигнований, но в то же время и их увеличения не будет». Учитывая опыт предыдущей, «завязшей» реформы, правительство хочет максимально упростить переходный пери-

4 <http://www.kommersant.ru/doc.aspx?DocsID=1319717>

од. Реорганизации учреждений не потребуется, в течение 2010 года для изменения статуса им будет достаточно внести изменения в свои уставы.

На вопрос, не является ли новая схема перекладыванием ответственности на администрацию самих учреждений здравоохранения, Минздравсоцразвития находит ответ, что на руководителях учреждений здравоохранения и сейчас лежит ответственность за деятельность учреждения, так что скорее к этой ответственности в противовес добавляются определенные права и свободы для оптимизации и улучшения деятельности⁵.

Госдума скоро может принять закон, который позволит сократить бюджетные расходы на школы и больницы. О его последствиях рассуждает политолог Георгий Бовт⁶.

5 <http://www.gzt.ru/topnews/health/-v-rossii-mogut-poyavitjsya-kazennye-boljnitsy-/286406.html>

6 <http://www.aif.ru/money/article/32901>

Недавний пример с повышением госпошлин наглядно продемонстрировал, что получившие свободу бюджетные учреждения предпочтут пойти по более лёгкому и проверенному пути — оказанию услуг только за плату, причём за максимально высокую.

Настоящее образование, культура и медицина станут привилегиями немногих, применение закона в случае его принятия обернётся ростом недовольства и сыграет важную роль в развертывании политического кризиса в РФ, обусловит который дальнейший экономический спад⁷.

По мнению Ю.М.Лужкова, под благовидным предлогом передачи таким учреждениям доходов от деятельности, выходящей за рамки государственных отраслевых заданий, предлагается перевести государственные учреждения на самоокупаемость⁸.

Социальная сфера перестает быть государственным приоритетом⁹. Общественные интересы требуют совершенно иного подхода к социальной сфере. Она должна быть направлена на реализацию общих, базовых потребностей населения. В условиях экономического кризиса практика «финансирования заданий» приведет к развалу в социальной сфере. Государство стремится сократить бюджетные расходы, но добьется обострения общественных противоречий. И все же правительственные чиновники ошибаются в своих расчетах. Их вера в то, что кризис сам собой рассосется, что жители России никогда не поймут, что с ними происходит и почему, что многочисленные мелкие неприятности не сложатся рано или поздно в одну большую беду, основана на жизненном и политическом опыте, но все равно наивна. Даже если нет предела наивности и терпению российских граждан, существуют объективные пределы того, что может выдержать экономика. Меры правительства подошли к тому рубежу, когда разрушается уже не просто система образования или здравоохранения, а общество как таковое, когда под вопрос ставится способность к самовоспроизводству целых

населенных пунктов и регионов. Это уже не просто очередные реформы, а катастрофа¹⁰.

Регулирование идет частично по ГК, частично по Закону «О некоммерческих организациях». И на них не распространяется принцип единства бюджетной системы, а, значит, отчетность, бюджетная классификация, контроль, все то, что относится к бюджетной системе. По существу закрепление в законе предлагаемого типа бюджетного учреждения размывает саму конструкцию учреждения, поскольку по объему предоставленной ему правоспособности оно представляет собой фактически разновидность коммерческой организации¹¹.

Это не экономика, не социально-экономическое действие — это работа в режиме ранее придуманных автономных учреждений, плавающих в рынке, но без самостоятельности¹².

Вопреки Концепции социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения власть стремится и сохранить имущественную принадлежность учреждений социальной сферы, и заставить их зарабатывать на «платных» услугах тем, кто не освобождается от бремени уплаты налогов, в том числе на содержание социальной сферы.

Тем самым учреждения бюджетной сферы и не становятся частными, и обязываются выживать своими силами и любой ценой за счет общества.

2. Концепция социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения предусматривает и реформу государственного надзора в отрасли.

Громоздкая, коррупциогенная и неэффективная система государственного надзора в здравоохранении в существующем виде этого сделать не позволит (к 15 мая решается вопрос о реорганизации Росздравнадзора¹³ в порядке слияния с Роспотребнадзором).

Минздравсоцразвития готовит

отмену лицензирования платных медицинских услуг. Лицензии могут быть упразднены с 1 января 2011 года. Система здравоохранения может оказаться неготовой к изменениям, признают участники рынка. В министерстве подтверждают: по результатам работы представительных общественных организаций малого бизнеса принято решение о необходимости перевести предприятия в здравоохранении на уведомительный порядок осуществления деятельности¹⁴.

Будь то уведомительный порядок осуществления деятельности или упрощенная процедура лицензирования, это не должно повлечь хаоса в социальной сфере, притом что идеология разрешительной системы в отечественном здравоохранении в целом до настоящего времени не сформировалась.

3. Концепция социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения, исходя из того, что социальная сфера — не для пополнения казны, предусматривает освобождение хозяйствующих субъектов социальной сферы от налогов.

Министр экономического развития РФ отметила, что есть виды деятельности, например образование, здравоохранение, от которых доходы бюджета незначительны, и совсем неопасно освободить такие виды деятельности от налогов, чтобы они развивались¹⁵. Сначала речь шла об освобождении от налога на прибыль¹⁶, позже было решено продлить до девяти лет налоговые каникулы для компаний в сфере здравоохранения и образования¹⁷.

Но Концепция социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения предусматривает формирование идеологии налогообложения товаропроизводителей в социальной сфере: они своей экономической деятельностью прямо создают социальный результат, в отличие от реального сектора экономики, в котором товаропроизводители

7 http://a-rbi.ru/ru/issues?art_id=924

8 <http://ru.trend.az/regions/world/russia/1657267.html>

9 <http://erpnews.ru/ext4all80.html>

10 <http://www.rabkor.ru/authored/5256.html>

11 <http://www.novopol.ru/text81344.html>

12 <http://kprf.ru/dep/75730.html>

13 <http://www.rg.ru/2010/03/03/putin.html>

14 <http://www.sro.ru/sobst/954-gotovy-li-rossijskie-vrachi-k-rabote-bez-licenzij.html>

15 <http://www.interfax-russia.ru/main.asp?id=119790>

16 <http://www.klerk.ru/buh/news/176757/>

17 <http://finam.fm/news/51150/>

своей экономической деятельностью участвуют в достижении социального результата опосредованно – через уплату налогов. Это – не милость государства, и не временная мера передержки, а инструмент полноценной политики в социальной сфере, которой в настоящее время нет.

4. Концепция социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения предусматривает наделение граждан дебетовой банковской картой для производства расчетов с товаропроизводителями в социальной сфере. На этих картах предполагается размещение индивидуальных социальных счетов каждого правообладателя. Тогда не бюрократия решает вопросы оплаты, а сам обладатель карты, осуществляющий свой выбор медицинской организации по собственному усмотрению – гражданин, в пользу которого оказываемые ему услуги оплачивает государство, голосует государственным рублем за свой выбор.

Это становится возможным тогда, когда расчеты производятся в гражданском обороте, а не в бюджетном процессе. Для этого, по меньшей мере, должен быть уполномоченный государством банк, аккумулирующий средства, выделенные государством на оплату гражданам гарантированных социальных представлений. Этого в настоящее время нет.

Поэтому электронные социальные карты, эксперимент с использованием которых предполагается в Татарстане, Башкортостане и Астраханской области, позволяют ее владельцу записаться на прием в регистратуре любой поликлиники. На нее же врач записывает диагноз и выписывает электронный рецепт. Для получения лекарственных средств в любой из аптек, обслуживающих льготников, достаточно карты с рецептом, бумажная копия не нужна. Карта выполнена на базе MasterCard, ей можно пользоваться для проезда в городском наземном транспорте, получения информации о штрафах в ГИБДД и задолженности по налогам. С помощью карты возможна оплата штрафов и

налогов через банкомат¹⁸.

Но задач в контексте Концепции социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения сейчас электронные социальные карты не решают.

Что остается за пределами внимания власти?

1. Организация товарообмена в социальной сфере. Сохранение учреждений бюджетной сферы в имущественной принадлежности государства притом, что государство же им и платит, т.е. когда и сторону отчуждателя, и сторону приобретателя представляет одна и та же собственность, не формирует товарообмен.

То обстоятельство, что пациент остается за пределами платежного механизма в его пользу, извращает отношения товарообмена, даже если бы они действительно существовали.

А без этого учреждения бюджетной сферы занимают место потребителей в использовании (а не в создании) ВВП. Они не становятся товаропроизводителями, даже в случае переименования в автономные, бюджетные и казенные учреждения – без смены принадлежности и организационно-правовой формы.

2. Непроизводительные расходы. На здравоохранение государство тратит сотни миллиардов, а до практического звена – в виде оплаты медицинских услуг – доходят десятки или единицы миллиардов притом, что в соответствии с Основами законодательства об охране здоровья граждан (ст.ст.12, 13) государственная и муниципальная системы здравоохранения объединяют и органы управления здравоохранением, и учреждения здравоохранения. Очевидно, что при едином финансировании основные потери средств в здравоохранении происходят на уровнях отраслевой бюрократии. Следовательно, проблема не в недостаточном финансировании отрасли, а в неэффективном освоении этих средств.

Таких проблема лишена частная система здравоохранения (ст.14

¹⁸ <http://www.cnews.ru/news/top/index.shtml?2010/03/30/384803>

Основ), в которой органы управления здравоохранением не предусмотрены.

Тем самым придание практическому здравоохранению форм частных организаций и сосредоточение государства только на финансировании практического здравоохранения как на инструменте социальной политики в отрасли позволит радикально сократить бюрократический аппарат, а высвободившиеся средства направить в практическое звено.

3. Определение, измерение и оценка объекта оплаты (медицинской услуги) из государственной казны.

Не является объектом оплаты в качестве медицинской услуги койко-день, посещение или исследование. В услугах общественного питания, бытового обслуживания, доставки, поставки (медицинских газов, продуктов, лекарств и пр.) и т.д. ничего медицинского нет. Тем самым в качестве медицинской услуги оплачивается все то, что ею не является и что подчиняется совсем другим правилам, чем оказание медицинской помощи. А собственно медицинская деятельность к экономическим параметрам юридической категории услуги не приведена.

В этом смысле говорить об оплате медицинских услуг нельзя, поскольку оплачиваемая ценность не установлена, и эквивалентный обмен ценностями невозможен.

Следовательно, пока медицинские услуги не имеют известных ценностных характеристик, говорить, что государство их оплачивает, нельзя, а государство до тех пор оплачивает нечто, лишенное свойств товара.

Внятной экономической характеристики медицинской услуги до настоящего времени не сложилось, теория медицинской услуги не получила должного признания, а государство по неизвестным причинам не испытывает потребности определиться, за что оно платит.

4. Экономия расходов. Никто не готов платить не за что. За рубежом до 30% от цены медицинских услуг составляют административные рас-

ходы, т.е. стоимость содержания штатов, перепроверяющих цену медицинских услуг.

В России же государство занимается финансированием здравоохранения, а не оплатой медицинских услуг.

Обсуждения двух- или однонального финансирования здравоохранения настолько же непродуктивны, как и фондодержания, поскольку построены на идеологии освоения выделенных государством средств, а не на выстраивании расходов по доходам.

При существующей в стране товарной организации общества гражданский оборот, в том числе в здравоохранении, складывается на условиях договорных обязательств, ненадлежащее исполнение или неисполнение которых обязанной стороной влечет правовую (имущественную) ответственность. Тем самым экономия расходов в гражданском обороте происходит за счет достижения максимальной эффективности вложений, т.е. получения наибольшей отдачи.

В бюджетном же процессе, цель которого – не создание новых благ, как в гражданском обороте, а сохранение имеющихся в публичной собственности, экономия расходов достигается за счет оптимизации затрат.

Оптимизация бюджетных затрат в здравоохранении в настоящее время происходит своеобразно: можно заморозить строительство медицинских центров, можно сократить закупки оборудования и расходных материалов в больницы и поликлиники, ускорить укрупнение их сети¹⁹. Так, в Можайской районной больнице Московской области пациентов приучили госпитализироваться со своими лекарствами, шприцами и бинтами. В бесплатном медучреждении нет ничего, кроме коек и рабочих рук. Ее коечный фонд уже сокращали, с 1 марта ликвидируется еще 50 мест. Ликвидацию сопровождает эксперимент – отделения объединяют. Из 42 фельдшерско-акушерских пунктов на селе разом закрыли 15. На сегодняшний день 8 из оставшихся работают без лицензии, у остальных она истекает в этом году

19 http://www.chaskor.ru/article/natalya_zubarevich_vse_paradoksy_krizisa_15473

и большинству больниц разрешения не продлят. Затраты уже сейчас «оптимизировали» за счет сокращения койко-мест, половины врачебной ставки и питания больных²⁰. Участковую больницу села Утманово Подосиновского района Кировской области «оптимизировали» до одного фельдшера²¹.

С другой стороны, власть вынуждена финансировать учреждения социальной сферы, от которых освобождается бизнес, прежде принявший их в свое время при приватизации. Так, российское правительство выделяет Самарской области 1 млрд. 43 млн. рублей дополнительных дотаций, предусмотренные на финансирование социальных объектов, которые в рамках реструктуризации переданы АвтоВАЗом муниципальным или региональным властям²².

При этом весь громадный чиновничий аппарат здравоохранения сохраняется по всей стране в нетрунотом виде.

Иными словами, сокращаются неэффективные производительные затраты, а во много раз превосходящие их неэффективные непроизводительные затраты остаются прежними.

Этот вместо того, чтобы радикально сократить неэффективные непроизводительные затраты (чиновничий аппарат здравоохранения) и максимально повысить эффективность производительных затрат (по договорным обязательствам), сделав их производительными расходами. Но если первое доступно в бюджетном процессе, то второе – только в гражданском обороте, в отношениях товарообмена. Тем самым – снова замкнутый круг: без партикуляризации учреждений бюджетной сферы товарообмен невозможен, а власть пытается решать проблемы товарной организации общества не в гражданском обороте, а в бюджетном процессе.

В гражданском же обороте есть решение проблемы экономии расходов, предусмотренное Концепцией социально-ориентированной

20 http://www.newsmsk.com/article/20Jan2010/med_mos.html

21 <http://www.newslr.ru/archiv/2010/03/25/bolnica>

22 http://infox.ru/auto/car/2010/03/20/Byyvshiy_e_socobyekty.phtml

рыночной реформы (модернизации) здравоохранения: это не администрирование цены медицинских услуг, как за рубежом, а управление их себестоимостью – за счет снижения наиболее затратных ее элементов (налогов и арендных платежей). За счет этого государство в качестве плательщика может платить товаропроизводителям в пользу граждан меньше постольку, поскольку они пользуются имущественными преференциями государства.

Минздравсоцразвития РФ к концу 2010 года представит на рассмотрение правительства ряд законопроектов, в том числе о биомедицинских технологиях, об охране здоровья населения, о защите прав пациентов и «многострадальный» проект закона об обязательном медицинском страховании²³.

Замминистра В.И.Скворцова в качестве первого принципа деятельности ведомства назвала открытость и диалог²⁴. Между тем, как показывает практика, более закрытого ведомства, чем Минздравсоцразвития РФ, в Правительстве нет. Все акты разрабатываются и принимаются в атмосфере строжайшей секретности, и обнародуются уже в том виде, в каком потом лоббируются для вступления в действие.

Учитывая это, можно предположить, что и названные устремления по законодательным инициативам Минздравсоцразвития РФ исключением не станут, а потому вместо конструктивного поиска решений в интересах дела извне предстоит либо критика проектов ведомства, либо создание альтернативных проектов, либо то и другое вместе.

Таким образом, настоящие Хроники непроведенной реформы будут воспроизводиться в обновляемом виде по мере появления новых поводов, которые во множестве порождает Минздравсоцразвития.

23 <http://www.rian.ru/economy/20100326/216551039.html>

24 <http://www.novayagazeta.ru/data/2010/028/26.html>

Д.А. Борисов, генеральный директор ООО «Компания Реднор», к.э.н.

С.В. Лазарев, член Правления Некоммерческого партнерства «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник», к.м.н.

С.С. Мисюлин, Генеральный директор центров косметологии «Реднор», президент НП «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник»

ПРОБЛЕМЫ ВВЕДЕНИЯ НОВЫХ ВРАЧЕБНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В КОСМЕТОЛОГИИ.

В настоящей статье рассматриваются некоторые требования лицензирующих органов, которые можно квалифицировать как ограничение прав субъектов предпринимательства при осуществлении медицинской деятельности.

Прежде всего, это требования, предъявляемые лицензирующими органами к подготовке специалистов, выполняющих работы (услуги) по «косметологии хирургической».

В условиях, когда нормативно-правовыми документами требования к специалистам, выполняющим те или иные работы (услуги) нормативно не определены, совпадение вида работ (услуг) с точки зрения органов лицензирования и врачебной специальности является единственным средством спасения для них. Однако в номенклатуре специальностей, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2009 №210н, такая врачебная специальность, как «косметология хирургическая» отсутствует. В номенклатуре работ и услуг в здравоохранении, утвержденной Министерством здравоохранения и социального развития РФ 12.07.2004, также отсутствуют услуги по косметологии хирургической.

Единственным документом, в котором говорится о «косметологии хирургической», является Постановление Правительства РФ от 22.01.2007 №30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности», которым предписывается лицензировать данные услуги.

Правда, в Москве в свое время действовали Методические указания №2.1.3.001-2001 «Организация и осуществление санитарно-эпидемиологического надзора за лечебно-профилактическими учреждениями (отделениями) косметологического профиля и косметическими кабинетами», утвержденные приказом Главного государственного санитарного врача по г.

ОГРАНИЧЕНИЯ ПРАВ СУБЪЕКТОВ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Рассматриваются требования лицензирующих органов, которые можно квалифицировать как ограничение прав: 1) врача на осуществление профессиональной деятельности; 2) субъектов предпринимательства на ведение медицинской деятельности.

Ключевые слова: лицензирование, медицинская деятельность, ограничение прав предпринимателей

Москве от 30.07.2001 №839 и разработанные при участии Института пластической хирургии и косметологии Минздрава РФ, в которых разделение косметологии на виды

рассматривалось следующим образом:

«3.3. Косметология хирургическая – раздел косметологии, предусматривающий применение лечебно-

профилактических косметологических процедур с нарушением целостности кожного покрова пациента. По содержанию и виду медицинской деятельности является разделом дерматовенерологии.

3.4. Пластическая хирургия – направление косметологии, предусматривающее устранение косметических дефектов с помощью хирургических операций. По содержанию и виду медицинской деятельности является разделом

«косметологии хирургической» продолжается, как и надзор за исполнением лицензионных требований и условий при осуществлении этих услуг.

При этом мнение лицензирующих органов остается прежним – для выполнения работ (услуг) по «косметологии хирургической» требуется специальность «челюстно-лицевая хирургия». Свои требования они основывают на единственном приказе Минздрава СССР от

челюстной хирургии можно стать при наличии послевузовского образования по одной из специальностей: акушерство и гинекология, детская хирургия, торакальная хирургия, урология, хирургия, челюстно-лицевая хирургия.

Получается, если уж и принимать правила игры по несуществующим услугам – «косметология хирургическая», то на должность врача-хирурга косметологической лечебницы должен назначаться врач пластической хирургии. А у него первичное образование кроме челюстно-лицевой хирургии может быть и другое.

Такая трактовка данного приказа представляется нам неправомерной:

Во-первых, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 07.07.2009 №415н по специальности «челюстно-лицевая хирургия» требуется ординатура. Собственно, требование о наличии ординатуры выдвигают лицензирующие органы, ссылаясь на пп. «г») п.5 Положения о лицензировании медицинской деятельности (см. Постановление Правительства РФ от 22.01.2007 №30).

Вместе с тем в приказе №1290 указано, что «практический опыт» – то есть стаж работы, который в соответствии с приказом Минздравсоцразвития от 09.12.2008 №705н, подтверждается трудовой книжкой, а не документом о послевузовском профессиональном образовании.

Во-вторых, требование о наличии стажа у специалистов, необходимых для выполнения работ (услуг), в Положении о лицензировании медицинской деятельности отсутствует.

В-третьих, в соответствии с приказом №415н челюстно-лицевой хирург не имеет права занимать должность врача-хирурга, данную должность имеет право занимать хирург.

По нашему мнению, целесообразно исключить «косметологию хирургическую» из видов работ (услуг), подлежащих лицензированию, иначе как процесс лицензирования, так и процесс контроля и надзора в данном случае идет просто по понятиям, а не по Закону.

Данное положение усугубляется

Пластическая хирургия – направление косметологии, предусматривающее устранение косметических дефектов с помощью хирургических операций.

челюстно-лицевой и восстановительной хирургии).

Удивительное было в том, что органы санэпиднадзора выдавали заключение для лицензирования на «косметологию хирургическую» при наличии в штате врача-дерматовенеролога, а орган лицензирования на основании этого выданного заключения СЭС выдавал лицензию на этот вид услуг уже при наличии у соискателя лицензии в штате врача челюстно-лицевой хирургии.

Показательным в этом споре является ответ Минэкономразвития РФ от 12.07.2007 №10169-АБ/Д18 «О классификации видов экономической деятельности» на запрос Федеральной налоговой службы о классификации косметологических услуг, в котором сообщается следующее:

«В соответствии с Общероссийским классификатором видов экономической деятельности косметологические услуги относятся к коду 85.14 Общероссийского классификатора видов экономической деятельности ОК 029-2007 (ОКВЭД) «Прочая деятельность по охране здоровья» без деления косметологии на терапевтическую и хирургическую, а также без деления косметологических услуг на лечебные и косметические».

Вроде все ясно, если бы не одно «но»: лицензирование услуг по

28.12.1982 №1290 «О мерах по улучшению косметологической помощи населению», в котором упоминается о косметологии.

В соответствии с п. 2 Положения о враче-хирурге косметологической лечебницы (отделения, кабинета) (см. Приложение № 4 к приказу №1290): «На должность врача-хирурга косметологической лечебницы назначается врач, имеющий практический опыт оперирующего хирурга в области челюстно-лицевой хирургии не менее 2-х лет и прошедший специальную подготовку по вопросам косметической пластической хирургии».

На этом основании органы лицензирования считают, что услуги по «косметологии хирургической» должен оказывать врач челюстно-лицевой хирургии. Но тогда нужно рассматривать и задачи этого врача хирурга, определенные вышеназванным приказом – «проведение высококвалифицированных пластических косметических операций и послеоперационного лечения». То есть речь идет о пластическом хирурге.

В настоящее время в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 07.07.2009 № 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» врачом пласти-

введением приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2009 № 210н двух новых специальностей – «косметология» и «пластическая хирургия», федеральные образовательные стандарты (программы обучения) по которым по прошествии уже десяти месяцев так и не утверждены. То, что 28 лет назад косметология была другой, и методы применялись не те, которые сейчас применяются, никто, похоже, не учитывает.

К сожалению, сегодня вряд ли кто-то в состоянии ответить на вопрос, сколько в России стоит введение новой медицинской специальности. Равно как и на вопрос о том, во что может предпринимателям и государству обойтись введение дополнительного обучения и переподготовка уже готовых специалистов, которых с введением новой специальности назвали по-другому.

ОГРАНИЧЕНИЯ ПРАВ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЕЙ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

Второй важный момент, который хотелось бы рассмотреть в рамках данной статьи, это требование, выдвигаемое органами лицензирования к индивидуальному предпринимателю в части выполнения деятельности, на осуществление которой предоставлена лицензия, только лично и запрета на привлечение к работе по лицензируемым видам работ и услуг, в отличие от лицензиатов - юридических лиц, наемных работников в соответствии с трудовым законодательством РФ.

Как в ходе лицензирования медицинской деятельности, так и в ходе проведения лицензионного контроля органы лицензирования до сих пор не рассматривают индивидуального предпринимателя как работодателя, налагая своей властью запрет на возможность приема индивидуальным предпринимателем на работу врачей и среднего медицинского персонала.

Это ограничивает право предпринимателя на осуществление медицинской деятельности, превращая его из нанимателя в исполнителя работ и услуг.

Однако законодательство, в отличие от органов лицензирования, давно уже рассматривает этот

вопрос по-другому.

Юридическое лицо и индивидуальный предприниматель без образования юридического лица (ИП, точнее ПБОЮЛ) законодательством рассматриваются как отдельные субъекты предпринимательской деятельности и работодатели, обладающие, согласно п. 3 ст. 23 Гражданского кодекса РФ (ч. 1) и ст. 20 новой, вступившей в силу 05.10.2006, редакции Трудового кодекса РФ (ТК РФ), равными правами.

В соответствии с п. 3 ст. 23 Гражданского кодекса РФ к предпринимательской деятельности граждан, осуществляемой без образования юридического лица, применяются нормы гражданского законодательства, регулирующие деятельность юридических лиц, являющихся коммерческими организациями, если иное не вытекает из закона, иных правовых актов или существа правоотношения.

В соответствии со ст. 20 Трудового кодекса РФ работодателем может являться как юридическое, так и физическое лицо, которое обязуется выплачивать работнику заработную плату и обеспечивать условия труда, предусмотренные законодательством о труде, коллективным договором и соглашением сторон.

Таким образом, действующим законодательством индивидуальный предприниматель приравнен

го свыше пяти дней, если работа у данного работодателя является для работника основной (ст. 66 ТК РФ).

Исходя из этого, в сфере потребительского рынка и услуг индивидуальный предприниматель выступает на равных с юридическими лицами (разумеется, с чисто юридической стороны).

Никаким законом, иными правовыми актами или существом правоотношения не определено, что индивидуальный предприниматель, получив лицензию на медицинскую деятельность, обязан лично осуществлять эту деятельность. Являясь менеджером по сути предпринимательской деятельности, он не обязан и иметь специальное медицинское образование, так как принятые им на работу врачи и медсестры квалифицированно выполняют работу по предоставлению медицинских услуг, а индивидуальный предприниматель только обеспечивает данную деятельность.

Однако органы лицензирования при выдаче лицензии на медицинскую деятельность индивидуальному предпринимателю ориентируются на постановление Президиума Высшего Арбитражного Суда РФ от 31.08.1999 №422/99, которым было определено, что одним из основных условий действия лицензии частного практикующего врача является оказание им медицинской помощи лично и непосредственно, допуск

Никаким законом, иными правовыми актами или существом правоотношения не определено, что индивидуальный предприниматель, получив лицензию на медицинскую деятельность, обязан лично осуществлять эту деятельность.

в своем статусе к юридическому лицу и ему предоставлено право использовать в своей деятельности наемный труд, заключая с работниками трудовые договоры, принимать в пределах своей компетенции локальные нормативные акты, содержащие нормы трудового права в соответствии с трудовым законодательством. Будучи работодателем, ИП должен в обязательном порядке вести трудовые книжки на каждого работника, проработавше-

же этим врачом к осуществлению медицинской деятельности другого лица является нарушением условий действия лицензии.

Кроме того, в постановлении ФАС Центрального округа от 10.04.2001 №А54-3277/00-С4 также был сформулирован вывод о том, что в отношении лицензиатов - индивидуальных предпринимателей обязанность выполнять деятельность, на осуществление которой предоставлена лицензия, лично означает, что

последние не вправе привлекать, в отличие от лицензиатов - юридических лиц, наемных работников в соответствии с трудовым законодательством РФ.

В тот период в связи с поступающими запросами субъектов обращения лекарственных средств и сферы оказания медицинских услуг по вопросам условий осуществления индивидуальными предпринимателями фармацевтической и медицинской деятельности Росздравнадзор письмом от 10.09.2004 №2391/04 информировал, что деятельность, на которую выдается лицензия, должна осуществляться непосредственно индивидуальным предпринимателем, и действие лицензии не может быть распространено на других лиц.

Обосновывалось это тем, что в соответствии со ст. 7 Федерального закона от 08.08.2001 №128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» вид деятельности, на осуществление которого предоставлена лицензия, может выполняться только получившим лицензию юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем. Данную статью необходимо понимать буквально в том смысле, что заниматься лицензируемой деятельностью могут только субъекты, имеющие лицензию, то есть нельзя работать без лицензии. Вывод о том, что данная статья указывает на то, кто персонально (конкретный человек)

который он осуществляет, и приведенная в данном случае ссылка на ст. 7 Федерального закона от 08.08.2001 №128-ФЗ особой роли не играет.

На самом деле фармацевты просто сумели постоять за себя.

Неудачные попытки власти ограничить права индивидуального предпринимателя в сфере фармацевтической деятельности уже были предприняты в 2002 г., когда вышло постановление Правительства Российской Федерации от 01.07.2002 №489 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности». В нем было предусмотрено предоставление лицензий на фармацевтическую деятельность только юридическим лицам.

По иску индивидуального предпринимателя Верховным судом РФ от 04.02.2003 №ГКПИ03-11 пункты 1 и 2 этого Положения были признаны недействующими со дня вступления решения в законную силу в части, ограничивающей возможность осуществления фармацевтической деятельности лицами, занимающимися предпринимательской деятельностью без образования юридического лица (индивидуальными предпринимателями).

Кстати, в ходе разбирательства представители Правительства РФ В.В.Сорока и О.Г.Мишаков требования заявительницы не признали

юридического лица, применяются нормы гражданского законодательства, регулирующие деятельность юридических лиц, отмечалось еще в 2003 г.

Когда в октябре 2006 г. в Трудовой кодекс были внесены изменения, индивидуальных предпринимателей приравнивали в трудовых отношениях к юридическим лицам. Поэтому в «Положении о лицензировании медицинской деятельности», утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 №30 были уже учтены эти права индивидуального предпринимателя выступать в качестве работодателя.

Пункт 4 «д» ранее действовавшего «Положения о лицензировании медицинской деятельности», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 04.07.2002 №499 (далее постановление №499), содержал требование о соответствии образования индивидуального предпринимателя требованиям и характеру выполняемых работ. Отсюда можно было сделать вывод о том, что выполнять работы должен сам предприниматель.

В пункте 5 «г» действующего Положения определено требование о наличии «в штате соискателя лицензии (лицензиата) или привлечение им на ином законном основании специалистов, необходимых для выполнения работ (услуг), имеющих высшее или среднее профессиональное (медицинское) образование и сертификат специалиста, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ (услуг)».

Отсюда следует, что, во-первых, данное требование в равной мере распространяется как на юридическое лицо, так и на индивидуального предпринимателя, поскольку оно адресовано соискателю или владельцу лицензии без указания на его правовой статус, а во-вторых, штатный или привлекаемый на законном основании сотрудник должен иметь только соответствующее образование и сертификат специалиста. Пункт 4 «г» постановления №499 указывал на то, что привлекать специалистов для выполнения работ (услуг) может только юридическое лицо.

Кроме того, в пункте 5 «д» действующего Положения требование

Штатный или привлекаемый на законном основании сотрудник должен иметь только соответствующее образование и сертификат специалиста.

должен выполнять работы (услуги), необоснован, поскольку юридическое лицо в этом смысле не может выполнять работы (услуги).

Правда, через месяц новым письмом от 06.10.2004 №4720/04 Росздравнадзор проинформировал, что письмо от 10.09.2004 №2391/04 применимо только при лицензировании медицинской деятельности. То есть, получалось, что суть этого вопроса не в индивидуальном предпринимателе, а в виде деятельности,

и пояснили, что оспариваемые правовые акты не содержат прямого запрета на лицензирование фармацевтической деятельности в отношении индивидуальных предпринимателей. Исходя из этого, на основании п. 3 ст. 23 Гражданского кодекса РФ Положение может применяться и при выдаче лицензий индивидуальным предпринимателям.

То есть о том, что к предпринимательской деятельности граждан, осуществляемой без образования

о повышении квалификации 1 раз в 5 лет предъявляется только к специалистам, осуществляющим работы (услуги). Пункт 4 «е» постановления №499 обязывал индивидуального предпринимателя повышать квалификацию 1 раз в 5 лет.

Это требования в полной мере согласуется с нормами Гражданского кодекса РФ (ч. 1, п. 3 ст. 23), Трудового кодекса РФ в новой редакции, вступившей в силу в октябре 2006 г. (ст. 20), в соответствии с которыми юридическое лицо и индивидуальный предприниматель без образования юридического лица рассматриваются как субъекты предпринимательской деятельности и работодатели, которые наделяются равными правами, в том числе, и правом использовать в своей деятельности наемный труд путем заключения с работниками трудовых договоров или привлечения к труду работников на других законных основаниях.

Таким образом, врач - индивидуальный предприниматель может принять на работу как врача, так и среднего медицинского работника, но легитимно они приобретут право работать только после получения индивидуальным предпринимателем лицензии на работы и услуги при осуществлении медицинской помощи по специальностям принятых на работу медицинских работников.

Некоммерческим партнерством «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник» постоянно поднимаются вопросы совершенствования законодательного обеспечения лицензирования медицинской деятельности, как в печати, так и на форумах медицинской общественности. В частности, в журнале «Вестник Росздравнадзора» не раз публиковались статьи по данной теме (№ 4, 5 за 2008 г. и №2 за 2009 г.).

Руководством Росздравнадзора эти проблемы также не были оставлены без внимания (см. «Вестник Росздравнадзора» № 4, 5 за 2008 г.).

Учитывая положительный опыт взаимодействия Росздравнадзора и медицинского сообщества в вопросах совершенствования законодательного обеспечения лицензиро-

вания медицинской деятельности, хочется надеяться, что и проблемы соискателей лицензии и лицензиатов, поднятые в данной статье, также не останутся без внимания руководства Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Использованные источники:

1. Гражданский кодекс Российской Федерации, часть первая, от 30.11.1994 №51-ФЗ.
2. Трудовой кодекс Российской

ваний к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения».

10. Приказ Минздрава СССР от 28.12.1982 №1290 «О мерах по улучшению косметологической помощи населению».

11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 09.12.2008 №705н «Об утверждении Порядка совершенствования профессиональных зна-

Врач - индивидуальный предприниматель может принять на работу как врача, так и среднего медицинского работника, но легитимно они приобретут право работать только после получения индивидуальным предпринимателем лицензии на работы и услуги при осуществлении медицинской помощи по специальностям принятых на работу медицинских работников.

Федерации от 30.12.2001 №197-ФЗ (ТК РФ).

3. Федеральный закон от 08.08.2001 №128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

4. Постановление Правительства РФ от 22.01.2007 №30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности».

5. Постановление Правительства Российской Федерации от 01.07.2002 №489 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности».

6. Постановление Правительства РФ от 04.07.2002 №499 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности».

7. Общероссийский классификатор видов экономической деятельности

ОК 029-2007 (ОКВЭД) (КДЕС Ред. 1.1) (введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 22.11.2007 №329-ст).

8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2009 №210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации».

9. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.07.2009 №415н «Об утверждении Квалификационных требо-

ний медицинских и фармацевтических работников»

(с изменениями от 12.08.2009).

12. Методические указания МосМУ 2.1.3.001-2001 «Организация и осуществление санитарно-эпидемиологического надзора за лечебно-профилактическими учреждениями (отделениями) косметологического профиля и косметическими кабинетами», утвержденный приказом Главного государственного санитарного врача по г. Москве от 30.07.2001 №839.

13. Номенклатура работ и услуг в здравоохранении (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 12.07.2004).

14. Письмо Минэкономразвития РФ от 12.07.2007 №10169-АБ/Д18 «О классификации видов экономической деятельности».

15. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 10.09.2004 №2391/04.

16. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 06.10.2004 №4720/04.

17. Постановление Президиума Высшего Арбитражного Суда РФ от 31.08.1999 №422/99.

18. Постановлении ФАС Центрального округа от 10.04.2001 №А54-3277/00-С4.

19. Решение Верховного суда РФ от 04.02.2003 №ГКПИ03-11.

Здравоохранение представляет собой одно из приоритетных направлений деятельности государства в социальной сфере. Во-первых, в социальном государстве человек является высшей ценностью. Забота о благополучии нации – является целью существования такого государства. Во-вторых, здоровье нации является основой экономического развития. Задачей России в области здравоохранения является обеспечение общедоступной, бесплатной и при этом качественной и современной медицинской помощи всем слоям населения, с учетом эффективного использования всех форм собственности и источников финансирования.

В условиях формирования новой модели здравоохранения широкие дискуссии вызывает вопрос о необходимости, степени необходимого вмешательства государства в регулирование здравоохранения и способах такого вмешательства. На различных исторических этапах данный вопрос решался по-разному, в зависимости от экономических, политических и социальных условий. На протяжении рассматриваемого исторического промежутка имелись периоды как практически полного отсутствия вмешательства государства в процесс оказания медицинской помощи, так и периоды полного огосударствления данной сферы. Ни одна из крайностей не продемонстрировала положительных результатов. Место, занимаемое здравоохранением среди социальных благ, диктует необходимость вмешательства государства в указанную сферу.

Помимо исключительной важности здравоохранения как сферы государственных интересов, существует также целый ряд факторов, вытекающих из особенностей здравоохранения, как сферы предоставления услуг, и препятствующих использованию в регулировании здравоохранения исключительно рыночных механизмов.

Идеальная рыночная модель,

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

В России в настоящее время осуществляется переход к многоэлементной системе здравоохранения, включающей в себя государственные, муниципальные и частные организации и учреждения и финансируемой из различных источников. Однако подобная система имела место в России только до 1917 года. Необходимо обобщить имеющийся опыт правового регулирования, как положительный, так и отрицательный и учитывать при принятии законодательства в области здравоохранения

Ключевые слова: модель финансирования

здравоохранения, медицинская услуга, здоровье нации, источники финансирования

действует только в том случае, если соблюдаются следующие условия:

- определенность;
- отсутствие внешних эффектов;
- полные знания;
- свобода потребителей;
- свободный вход производителей на рынок¹

При полном отсутствии вмешательства государства в сферу здравоохранения возникают следующие основные ошибки рынка:

1. Спрос на медицинские услуги не в полной мере порождается потребителями, т.к. человек не в состоянии самостоятельно определить свой диагноз и необходимое ему лечение. Таким образом, для недобросовестного продавца открываются крайне широкие возможности навязать потребителю именно те услуги, которые ему выгодно продавать.

2. Неоказание медицинских услуг, необходимых для нормального функционирования общества в целом (например, вакцинация). В данном случае, последствия могут быть таковы, что полагаться исключительно на сознательность граждан нельзя.

3. Нарушение принципов равного доступа к минимальному набору медицинских услуг.

Несостоятельность рынка является причиной вмешательства государства в процесс оказания медицинских услуг. В то же время устранение недостатков присущих рыночному механизму порождает новые, специфические проблемы, являющиеся проявлением несостоятельности государства².

Создание эффективной модели финансирования здравоохранения требует от государства огромной работы, сочетающей в себе создание научной и экономической базы проводимых реформ, их правовую основу.

Европейский опыт показывает, что несмотря на жесткий контроль за расходами в системе здравоохранения, без роста затрат при формировании эффективной модели финансирования здравоохранения не обойтись. Развитые страны рас-

ходят на здравоохранение 7 – 14% ВВП, и практически ни одна из них не гарантирует бесплатной медицинской помощи на универсальной основе³.

Необходимо создание системы, сочетающей в себе элементы бюджетного финансирования, страховую медицину (как обязательное, так и добровольное медицинское страхование) и, в отдельных случаях, платную медицинскую помощь. Необходимы структурные преобра-

юрисстов еще в середине XIX века. Широкие исследования практики применения норм, регулирующих оказание медицинской помощи, нашли свое отражение в трудах русских ученых К. Гелина «Опыт гражданской медицинской полиции, примененный к законам Российской Империи» (1842), Дембо Л.И. «Врачебное право» (1914).

В настоящее время вопросы правового регулирования здравоохранения практически не подвер-

В условиях формирования новой модели здравоохранения широкие дискуссии вызывает вопрос о необходимости, степени необходимого вмешательства государства в регулирование здравоохранения и способах такого вмешательства.

зования в системе здравоохранения, создание целостных структур управления, определение правового статуса медицинских учреждений, создание эффективной системы перераспределения средств с целью обеспечения бесплатности необходимой медицинской помощи для всех граждан.

Переход от государственного здравоохранения к новой модели, включающей в себя рыночные механизмы, требует продуманного подхода и детальной правовой регламентации, с целью защиты прав и законных интересов, каждой из сторон, участвующих в оказании медицинской помощи, а, кроме того, с целью обеспечения социальной справедливости и фактической реализации права гражданина РФ на бесплатную медицинскую помощь.

Нормативно-правовая база, регулирующая оказание медицинской помощи находится в процессе становления. Динамическое развитие новой системы здравоохранения требует динамичного развития законодательства в данной области с учетом исторического опыта.

Вопросы, связанные с правовой регламентацией организации и оказания медицинской помощи, привлекали внимание ученых-

гаются комплексным исследованием. Не учитывается исторический опыт и при разработке современных нормативно-правовых актов. Современное правовое регулирование здравоохранения зачастую не содержит системного подхода при решении возложенных на него задач, не учитывает региональных различий, сложившихся традиций в организации оказания медицинской помощи. При введении нового нормативного акта не учитывается опыт имеющегося нормативного регулирования сферы здравоохранения в регионе, большого массива имеющихся нормативных актов по данному вопросу.

В настоящее время в России все еще осуществляется переход к многоэлементной системе здравоохранения, включающей в себя государственные, муниципальные и частные организации и учреждения и финансируемой из различных источников. Ранее подобная система имела место в России только до 1917 года. Несмотря на непродолжительность ее существования имеющийся опыт правового регулирования, как положительный, так и отрицательный, необходимо учитывать при создании современных нормативно-правовых актов.

1 Wolf, C. A. Theory of Nonmarket Failure: Framework for Implementation Analysis/ C. A. Wolf // Journal of Law and Economics. - 1979. - Vol.22, N 1. - P. 107-139.

2 Там же

3 Введенская И.И. Реформирование в системе здравоохранения. Обоснование, содержание процесса // Медицинский обозреватель. - 2003. - №7

1. МОДЕЛИ БИСМАРКА, БЕВЕРИДЖА И СЕМАШКО: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Прежде чем перейти к рассмотрению систем организации здравоохранения в рамках общепринятой европейской классификации важно рассмотреть современные исследования в этой области.

По мнению И.А. Тогунова (8, С.1) «система здравоохранения в целом, составляющие ее субъекты и их отношения не должны входить в противоречия, как с общими конституционными основами государства, так и с конституционными гарантиями прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. При возникновении и вскрытии таких возможных противоречий необходимо привести систему здравоохранения и, в частности, внешние и внутренние формы и отношения ее субъектов, в соответствие с основополагающими условиями общественной среды».

Н.Б. Найговзина и М.А. Ковалевский (4), исследуя противоречия между существующей формой, сущностью системы здравоохранения и положениями текущего законодательства, определяют понятие «система здравоохранения – это система отношений, имеющих целью охрану здоровья человека, а ее современная форма в нашем государстве представляется как государственно-муниципальная (публичная) система здравоохранения РФ». Справедливо указывая на то, что сущность системы определяется, складывающимися отношениями по поводу здоровья граждан, они пытаются разрешить имеющиеся противоречия в рамках существующих институтов. Такой подход, по нашему мнению, ограничивает возможности анализа.

Классификация систем по внешним признакам, форме, в которой отношения проявляют себя, вполне оправданна, с точки зрения систематизации знаний. На основе различий в социально-политической структуре общества М.Г. Field (11, С.401) выделяет пять типов систем здравоохранения: 1) классическая (неупорядоченная), 2) плюралисти-

СИСТЕМЫ И СИСТЕМООБРАЗОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Продемонстрировано, что модель Семашко не соответствует реалиям российского государства и существующей товарной организации российского общества.

Ключевые слова: модели здравоохранения, системообразование здравоохранения, экономика здравоохранения

ческая, 3) страховая, 4) национальная, 5) социалистическая.

М.Фотаки (9, С.8) классифицирует современные системы здравоохранения, с точки зрения уровня социального развития общества: 1) универсалистская (модель Бевериджа), 2) социального страхования (модель Бисмарка), 3) «южная модель» (Испания, Португалия, Греция и частично Италия), 4) институциональная или социал-демократическая «скандинавская модель», 5) либеральная (остаточного социального обеспечения), 6) консервативная корпоративная (Япония), 7) латиноамериканская, 8) системы здравоохранения индустриальных государств Восточной Азии, 9) системы здравоохранения стран с переходной экономикой.

О.П.Щепин, В.Б.Филатов, Я.Д.Погорелов и др. (10), классифицируют системы здравоохранения, исходя из сущности отношений в здравоохранении: а) утилитарную, б) коммунитарную, в)

либеральную, в соответствии с тем, как Г.Жаркович с соавторами (2) определяет общественные ценности «благополучного общества».

Можно согласиться с выводом И.А. Тогунова (8, С.3) о том, что «в современном подходе к типологии систем здравоохранения, изначально должны преобладать правовые характеристики универсальных отношений врача и пациента, в свою очередь определенные фундаментальными (конституционными) свободами личности. Путь же изначального поиска прогрессивных правовых определений в рамках консервативных форм системы здравоохранения и ее подсистем – неминуемо исследовательскую мысль приведет в тупик».

И.А. Тогунов (8, С.3) предлагает «концептуальную типологию моделей систем здравоохранения: 1. Натуральные («примитивные») модели системы здравоохранения – системы, характеризующиеся отсутствием, либо крайне низкой

степень правовой упорядоченности отношений врача и пациента; 2. Рыночные (маркетинговые) модели системы здравоохранения – системы, опирающиеся в своем функционировании и эволюции на объективные действия экономических и других общественных законов, определяющих целевые взаимодействия производителя и потребителя медицинских услуг; 3. Нерыночные (социалистические) модели системы здравоохранения – системы непроизводственного экономического принципа функционирования, в которых предоставления медицинской помощи обеспечивается тотальной ролью государства; 4. Модели системы здравоохранения смешанного типа – системы, сочетающие в себе как патерналистические отношения между врачом и пациентом, так и либеральную маркетинговую сущность таких взаимоотношений.

Модели Бисмарка, Бевериджа и Семашко строились на основе солидарной идеологии, суть которой состоит в том, что вклад гражданина в общественное благосостояние не должен определять его доступ к здравоохранению, а также к остальным услугам и продуктам, считающимся социально важными (образование, питание, минимальное жилье).

Основополагающий принцип либеральной идеологии: если вклад гражданина, то есть его труд, определяет доступ на рынок большинства продуктов, то и доступ к системе здравоохранения (а также образования и т. д.) должен определяться теми же факторами. Либеральная идеология здравоохранения в части доступности медицинских услуг для граждан в большей степени культивируется в США.

Однако во всех без исключения странах с рыночной экономикой медицина и здравоохранение рассматриваются как любой другой товар. Солидарная и либеральная идеологии могут расходиться в части доступности медицинской помощи для граждан, но здравоохранение остается неотъемлемой частью рыночной экономики. Повсеместно фундаментом организации отрасли являются рыночные отношения. В странах с солидарной

идеологией в силу ограниченности ресурсов медицинская помощь не является абсолютно равнодоступной для всех граждан.

В США, несмотря на либеральную идеологию, существуют государственные программы, государство активно стимулирует сферу здравоохранения. США имеют наибольший показатель валового внутреннего продукта – ВВП – на душу населения и наибольшую долю здравоохранения в ВВП – 15%. Использование конкретных экономических инструментов, институтов, механизмов в разных странах обусловлено развитостью экономических отношений (наличие соответствующей ментальности, обычаев делового оборота, законодательства, инфраструктуры), умением государства эффективно использовать эти инструменты.

Свободный рынок, часто считающийся саморегулирующимся и наиболее эффективным способом достижения подъема отрасли, в нерегулируемом виде непригоден для системы здравоохранения по следующим причинам. Во-первых, причина так называемого «спроса, рожденного предложением» состоит в первоначальной асимметрии информации, так как лишь врач наделен знаниями, позволяющими принимать решение о лечении пациента. Во-вторых, некоторые задачи можно решить только на уровне системы здравоохранения. Например, в борьбе с эпидемиями, наиболее эффективны превентивные меры в виде достижения определенного процента вакцинации граждан. В-третьих, система моральных ценностей в развитых странах не позволяет оставить без помощи отдельных граждан вследствие отсутствия у них средств, особенно в случае угрозы жизни. В-четвертых, неограниченный вход на рынок производителей медицинских услуг приведет к предложению услуг, неприемлемых, а в некоторых случаях опасных для здоровья гражданина.

Однако, для создания конкуренции между продавцами услуг, повышения эффективности использования ресурсов, мотивации врачей и стимуляции потребителей рыночные механизмы не просто оправ-

данны, но и жизненно необходимы. Поэтому в последнее время отмечается поиск золотой середины, использование рыночного подхода в предложении услуг и солидарной идеологии в их оплате. Каждое государство стремится создать наиболее приемлемое с точки зрения идеологии, экономики и ментальности здравоохранение.

Система Бисмарка является первой национальной системой здравоохранения. Законодательно было закреплено обязательное медицинское, а позже социальное страхование граждан. При этом страховые взносы уплачивали работники и работодатели. Однако единый страховой фонд отсутствовал. Больничные кассы свободно формировались, были саморегулируемыми и конкурировали между собой на региональном уровне за застрахованных граждан. Больничные кассы состояли в договорных отношениях с производителями медицинских услуг и таким образом оказывали влияние на тарифы. Эта система служила и служит моделью для систем медицинского страхования в мире.

Больничные кассы играли двойную роль: 1) финансового института, осуществляющего распределение риска посредством страхования; 2) выступали на стороне потребителя в процессе установления тарифов на медицинские услуги. При этом среди производителей медицинских услуг сохранялась конкуренция за договоры с больничными кассами, а между больничными кассами – за гражданами. Солидарная идеология нашла свое отражение в формировании финансовых потоков, перераспределяющих средства между гражданами. Товарообмен в сфере оказания медицинских услуг по-прежнему осуществлялся с использованием рыночного механизма.

В современной Германии существует частное страхование и государственная схема страхования, включая государственное регулирование тарифов на медицинские услуги, оплачиваемые по государственной программе страхования за счет средств государственной казны. В единой системе здравоохранения сосуществуют медицинские

организации, которые конкурируют друг с другом. Частное и государственное страхование отличаются по способу установления и оплаты страховой премии. Так, например, в частной системе страхования учитываются классические признаки риска (пол, возраст, состояние здоровья, рыночная стоимость медицинских услуг), застрахованный платит за себя сам. В государственной системе страхования страховой тариф составляет процент от зар-

ста страховых организаций. Вся медицинская деятельность регламентируется негосударственными общественными организациями. Средства от страхователей (работников и работодателей) поступают напрямую в страховые организации. Плата за медицинские услуги является единственным источником финансирования для производителей медицинских услуг и обеспечивает воспроизводство капиталов. Плата за медицинские услуги,

лечение. Специалисты же, оплачиваемые по гонорарному принципу, получили возможность определять и спрос и предложение в абсолютно нерегулируемых условиях, поэтому государственные расходы за несколько лет возросли многократно, поскольку именно государство было обязано оплачивать медицинские услуги.

Такой уровень риска оказался для государства неприемлемым. В ходе последовательных преобразований в течение нескольких десятилетий государство передавало риск производителям услуг. Законодательно было закреплено обязательное объединение врачей в группы (врачебные практики) до 100 человек. Этим группам передавались более крупные средства (фонды) в расчете на принятие этими группами обязательств по лечению всех нозологий в отношении прикрепленных пациентов. При этом профилактические программы отдельно финансируются государством. Конкуренция в сфере производства услуг сохраняется, поскольку пациенты могут выбирать группу врачей.

Таким образом, в здравоохранении Великобритании средства воспроизводятся на рыночной основе. В рамках национальной системы здравоохранения граждане могут выбирать производителя медицинских услуг, при этом все медицинские услуги производятся в частном секторе. Медицинская деятельность регламентируется негосударственными общественными организациями. Плата за медицинские услуги является единственным источником финансирования для производителей медицинских услуг и обеспечивает воспроизводство частного капитала. Плата регулируется государством путем установления подушевой выплаты в рамках национальной программы. Объединение производителей медицинских услуг закреплено законодательно. Система здравоохранения Великобритании не считается страховой, поскольку средства поступают в бюджет в виде налогов и направляются на регулируемые подушевые выплаты. В действительности система Бевериджа не является страховой только по форме, будучи таковой по сути: во-первых, риск

Товарообмен в сфере оказания медицинских услуг по-прежнему осуществляется с использованием рыночного механизма.

платы, половину оплачивает работодатель.

Заслуживает внимания система государственного регулирования стоимости медицинских услуг, оплачиваемых за счет средств больничных касс, которых сейчас более 100. В течение года за оказанные услуги врачам начисляются баллы. В конце года в зависимости от общего количества заработанных всеми врачами «баллов» определяется стоимость одного балла, то есть она не является фиксированной изначально. Это позволяет, во-первых, регулировать расходы на здравоохранение посредством изменения суммы выплачиваемой врачу за каждый заработанный «балл», во-вторых, регулировать деятельность врачей, давая большее или меньшее количество баллов за определенные процедуры или в зависимости от исхода лечения. Государственное регулирование сосредоточено в сфере перераспределения расходов на лечение между гражданами и стоимости медицинских услуг. В системе государственного страхования государственные и частные медицинские организации оказывают услуги на равных правах.

Таким образом, в здравоохранении Германии средства воспроизводятся на рыночной основе. В рамках государственной системы страхования гражданам предоставляется возможность выбора из более

регулируется государством только в рамках программы государственного страхования. Существуют стимулы для объединения производителей медицинских услуг.

Система Бевериджа является классическим примером соединения государственного – не страхового – механизма оплаты и рыночного механизма производства медицинских услуг частными организациями и врачами. В Великобритании с начала двадцатого века существовала система страхования здоровья, установленная государством. В рамках данной системы государством регулировалась стоимость медицинских услуг посредством подушевых выплат, в рамках которых врачи принимали на себя обязательство оказывать определенный перечень услуг по мере необходимости прикрепленному гражданину. Это пример более глубокой страховой интеграции, когда в принятии риска принимает участие производитель услуг, что, безусловно, повышает эффективность расходования средств. Заслуга Бевериджа состоит в том, что страховые взносы были заменены на государственные выплаты, которые покрывали практически все нозологии. На врачей общей практики, чьи услуги, как и прежде, оплачивались по подушевому принципу, возросла нагрузка, поскольку пациенты не должны были больше платить за

распределяется между гражданами и в определенной части производителями медицинских услуг; во-вторых, выплаты направляются только на медицинские услуги; в-третьих, основные фонды финансируются из прибыли и амортизации от оказания медицинских услуг, оплаченных государством. В результате в Великобритании средства воспроизводятся очень эффективно, уровень развития здравоохранения один из самых высоких при доле в ВВП – 6-7% (для сравнения в Германии 10-11%, в США – 15%).

Система Семашко, основанная на принципе общедоступности, гарантировала полное бесплатное пожизненное медицинское обслуживание гражданам. Объем конкретных видов медицинской помощи зависит, во-первых, от общего объема экономики; во-вторых, от доли средств, выделяемых на здравоохранение; в-третьих, от эффективности организации процесса оказания медицинской помощи, в виде удельных затрат на конкретную процедуру, метод лечения, то есть от производительности.

До войны средства трудящихся напрямую направлялись в Министерство здравоохранения, после войны средства на здравоохранение выделялись из общего бюджета, в котором его доля неуклонно сокращалась. Организация медицинской помощи ориентировалась, прежде всего, на количественные показатели: число врачей, медицинских учреждений, - а не на результаты лечения и сокращение его стоимости, то есть отсутствовала связь между доходами и результатами деятельности врачей. В таких условиях финансирование медицинской помощи неуклонно сокращалось, снижалась доступность медицинской помощи и удовлетворенность населения ее результатами.

В силу неповоротливости всей государственной машины, в которую здравоохранение было тесно интегрировано, оно, завися от общих экономических подходов и результатов, вместе с тем продуцировало свои собственные ошибки и не имело возможности перестроиться.

В системе Семашко отсутствовала связь между результатами оказания

медицинской помощи и объемом получаемых средств. Тарифы на медицинские услуги отсутствовали, все производители медицинских услуг находились в государственной собственности и получали средства на свое содержание из государственного бюджета вне зависимости от результатов своей деятельности. Обосновывался такой подход концепцией, в соответствии с которой, здравоохранение относится к сфере потребления, наряду с государственным аппаратом. На практике приоритеты других направлений потребления средств бюджета - государственный аппарат, партия, армия, - оказывались значительно выше приоритета здравоохранения.

Несмотря на различия государственного или страхового финансирования здравоохранения, западные модели не имеют такого компонента, как бюджетные учреждения здравоохранения. Из-за этого возможный в них товарообмен невозможен в модели Семашко, поскольку средства казны обращаются в замкнутом кругу государственной принадлежности (7, С.27), оставляя за своими пределами интересы участников фактических отношений (пациентов-граждан и врачей-бюджетников).

Идея воспроизводства на основе товарообмена проста и гениальна одновременно. В товар или

обмена. Государство, как известно не является эффективным экономическим агентом, у него нет стимулов для этого, нет конкурентов, плюрализма, «естественного отбора», поэтому роль государства – перераспределение средств, а не участие в организации деятельности. Разница между эффективностью и неэффективностью может быть колоссальной – как разница между банкротом и лидером рынка. Прямое финансирование основных фондов из государственной казны – это воспроизводство расходов. В этом случае доля ВВП не отражает уровень развития отрасли, а является мерой потребления, поскольку содержание уже освоенного потребует в будущем еще большей доли ВВП, или мерой экономических потерь, пусть даже отложенных, как в случае ветшания основных фондов из-за недостатка бюджетных средств.

Выводы:

1. Повсеместно система здравоохранения соответствует условиям общественной среды в стране. Экономика страны детерминирует состояние здравоохранения и определяет характер отношений, складывающихся в здравоохранении.

2. Существующие за рубежом системы (модели) здравоохранения строятся на основе отношений товарообмена, в которых государство выступает консолидированным

В системе Семашко отсутствовала связь между результатами оказания медицинской помощи и объемом получаемых средств.

услугу при обмене закладывается прибыль (добавленная стоимость), которая является источником воспроизводства. Гениальность в том, что в условиях конкуренции и свободы выбора для пациента быстрее и в большем объеме воспроизведут свои капиталы производители, обеспечивающие большую норму прибыли за счет наиболее эффективной деятельности в обороте – не за счет избыточного изъятия благ у отдельного пациента в процессе

плательщиком в пользу граждан. В этом смысле это системы не организации, а финансирования здравоохранения. При этом субъекты медицинской деятельности не утрачивают своего положения частного товаропроизводителя.

3. Существует две идеологии оплаты медицинской помощи гражданами: солидарная и либеральная. Все известные модели здравоохранения, за исключением модели Семашко, подразумевают органи-

зацию отрасли на основе рыночных принципов, медицинская услуга рассматривается как любой другой товар, финансирование здравоохранения осуществляется в порядке товарообмена.

2. СОВЕТСКАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Советская модель здравоохранения, известная как «модель Семашко», названа в честь народного комиссара здравоохранения,

ности оказания медицинской помощи добраться до ведущих всесоюзных центров.

Медицинское обслуживание осуществлялось в рамках разветвленной сети городских и сельских учреждений, которые оказывали медицинские услуги на республиканском, областном, районном и городском уровне. Доступ к услугам системы здравоохранения определялся либо местожительством, либо местом работы, через поликлиники

для детей и взрослых, родильные и инфекционные отделения и поликлиники при больницах. В сельской местности существовали разнообразные медицинские учреждения; при маленьких сельских больницах обычно имелась поликлиника, которая обслуживала данную территорию.

Первичную медицинскую помощь оказывали сельские амбулатории, обслуживающие, как правило, 1500-1600 человек. В их штате должны были быть терапевт для взрослых, педиатр, акушер, часто – стоматолог. На практике штат многих этих учреждений был не укомплектован и нередко состоял всего из одного терапевта. Самое низшее звено – фельдшерские пункты.

Фельдшер представляет собой помощника врача, который живет в соответствующей местности, имеет базовую подготовку и оборудование и отвечает за санитарно-просветительскую работу и простейшие медицинские услуги, а также оказание первой помощи в экстренных ситуациях.

Развитие вертикальной системы здравоохранения осуществлялось в условиях командно-административной экономики, для которой здравоохранение было приоритетом на уровне и первичной, и специализированной медицинской помощи. Особое внимание специализированной лечебной помощи было прямой реакцией на ее дефицит в досоветский период.

Большинство национальных программ, в частности программа вакцинации и борьбы с туберкулезом, выполнялись в рамках самостоятельных вертикальных систем. Вертикально организованная санитарно-эпидемиологическая служба (СЭС) функционировала эффективно, особенно в борьбе с инфекционными заболеваниями, и финансировалась в достаточной степени.

В целом, как отмечают Дрю Р. и Первис Д. (1, С.98), по международным меркам советская система здравоохранения отличалась очень высоким уровнем ориентации на специалистов, трудоемкостью и энергоемкостью, масштабным по западным стандартам обеспечением кадрами (в том числе, медсе-

Советская модель здравоохранения, известная как «модель Семашко», названа в честь народного комиссара здравоохранения, при котором она зародилась.

при котором она зародилась. Провозглашение права на бесплатное медицинское обслуживание вскоре после революции привело к тому, что здравоохранение полностью перешло в руки государства, что лишило врачей профессиональной автономии. Медицинских ассоциаций способных воздействовать на принимаемые решения не существовало. В мощнейшем государстве, каким был Советский Союз, здравоохранение, как и все отрасли производственной и непроизводственной сферы народного хозяйства, было частью государства, существовало для государства и содержалось за его счет (6).

Министерство здравоохранения полностью управляло системой и определяло политику в области здравоохранения. Министерство представляло из себя крупную, разветвленную иерархическую структуру, с подразделениями на различных уровнях. Направления подотчетности распределялись по четырем уровням государственного управления: республиканский, областной, городской и районный, в рамках которых обслуживалось частично одно и то же население. Чтобы все это функционировало как единый механизм, здравоохранение было построено по военному образцу. В результате больные из отдаленных уголков могли по путям последовательности и преемствен-

ности. Выбор врача для большинства простых граждан был невозможен. Члены определенных организаций, высокопоставленные начальники имели доступ к разветвленной сети элитных клиник, таким образом, провозглашенный принцип равноправия нарушался.

Стационарное лечение в городах проводилось в многочисленных специализированных больницах. Ядром системы стационарной медицинской помощи являлись больницы трех видов: взрослые, детские и родильные дома (включая специализированные).

Кроме того, существовали самостоятельные административные структуры для отдельных заболеваний – диспансеры. Диспансеры предназначались для лечения туберкулеза, инфекций, передающихся половым путем (кожно-венерологические), психиатрических, наркологических и онкологических заболеваний. В диспансерах существовали стационарные и амбулаторные отделения.

Первичную медицинскую помощь в городах оказывали взрослые и детские поликлиники. Они обслуживали конкретную территорию (участок); в поликлиниках работали врачи-терапевты и специалисты.

Медицинская помощь в сельской местности была сосредоточена в центральных районных больницах. В них обычно работали отделения

стринскими), чрезмерно высоким уровнем развития стационарной помощи вторичного и третичного уровня и крайне недостаточным уровнем сервиса, контроля результатов и управления.

Бюджетное финансирование имеет сходство с пирамидой, когда речь идет о постоянных расходах. Чем больше основных фондов, больше врачей на окладах, тем больше будущие расходы, тем больше экономические потери вследствие неэффективности. Масштабные первоначальные вложения в отрасль повышают ее уровень – это первая фаза. Вторая фаза – стабилизация или застой – средств на расширение отрасли не хватает. Третья фаза – деградация – средств не хватает не только на развитие, но и на содержание.

Советская система здравоохранения формировалась в историческом контексте и прошла через несколько этапов. Борьба с эпидемиями и болезнями в масштабах большой страны требовала организационного единства системы здравоохранения и ликвидации ведомственной разобщенности, создания сети государственных лечебно - профилактических учреждений и аптек, преодоления острой нехватки медицинских кадров. Все эти меры, учитывая масштабность поставленных задач, были осуществимы лишь при наличии государственной системы здравоохранения, которая была образована в 1918 г.

Ученый медицинский совет, созданный в 1918 г., объединил сотни ученых, принял участие в организации медицинских научно-исследовательских институтов и реализации государственных программ по наиболее актуальным для того времени вопросам практического здравоохранения.

По мнению О.Г. Печниковой (5, С.15), «приоритетным принципом советской медицины, особенно в период ее становления, являлся ее государственный характер, что объединило вместе такие глобальные категории как централизованное управление, государственное финансирование и государственное планирование программ здравоохранения».

Системы социального и медицин-

ского страхования существовали примерно до 1929 г. В этот период во многих губерниях еще продолжали действовать страховые кассы, которые вносили свой вклад в поддержку здравоохранения, строительство больниц, санаториев и т. д., однако отношения между страховыми кассами и органами здравоохранения были достаточно сложными, хотя именно страховые кассы покрывали от 70 до 80% расходов на бюджет здравоохранения. В дальнейшем, в стране при существовании единой формы собственности на средства производства реальное место для медицинского страхования практически отсутствовало. Скрытой страховой схемы не существовало, государству полностью принадлежала система здравоохранения.

В годы войны главными задачами здравоохранения стали: помощь раненым и больным воинам, медицинское обслуживание тружеников тыла, охрана здоровья детей и противоэпидемические мероприятия.

В 1944 г. была создана Академия медицинских наук СССР (ныне Российская академия медицинских наук). Академия медицинских наук объединила 28 ведущих научно - исследовательских институтов, занимающихся исследованиями и лечением в собственных больницах, в которые направлялись пациенты из разных регионов.

В 1946 г. Народный комиссари-

Медицинское образование осуществляли медицинские институты, которые находились в совместном ведении Министерства здравоохранения и Министерства образования. Можно согласиться с выводом, сделанным О.Г. Печниковой (5, С.16) «о принципе единства науки и практики в политике развития здравоохранения в тот период, что неразрывно связано с государственным характером здравоохранения».

До середины 1960-х советская медицина способствовала снижению смертности (в частности младенческой, хотя ее определение было изменено в целях пропаганды), увеличению продолжительности жизни, хотя вероятно большую роль сыграло повышение благосостояния граждан и изобретение антибиотиков. Однако после середины 60-х эпидемиологические тенденции перестали соответствовать таковым на западе. Избыточная централизация управления положила начало в развитии проблем всего здравоохранения.

Развитые капиталистические страны использовали новые подходы для борьбы с дегенеративными заболеваниями. Советское здравоохранение не смогло переориентироваться. В результате разница в смертности в СССР и развитых странах начала увеличиваться с каждым годом. Как и ранее, отчасти это

Бюджетное финансирование имеет сходство с пирамидой, когда речь идет о постоянных расходах.

ат здравоохранения СССР преобразован в Министерство здравоохранения СССР. В целях обеспечения преемственности в оказании медицинской помощи населению и повышения ее качества больницы стали объединять с поликлиниками и амбулаториями. Было развернуто крупномасштабное строительство лечебно - профилактических учреждений в районах новостроек крупных городов, в сельской местности и на целине.

было связано и с факторами находящимися за пределами медицины. В значительной мере успех борьбы западных систем здравоохранения с дегенеративными и инфекционными заболеваниями был связан со службами общественного здоровья (здравоохранения), которые занимались в основном воздействием на немедицинские факторы, определяющие здоровье.

Другая возможная причина неудачи советской системы здраво-

охранения состояла в том, что в период после Хрущевского правления, расходы на содержание военного комплекса сильно возросли. Для того чтобы достичь военного превосходства над Соединенными Штатами, при Валовом Внутреннем Продукте (ВВП характеризует: возможность экономики производить блага, а в социальной сфере - распределение на цели потребления, в СССР государство непосредственно определяло отраслевые пропорции) в четыре раза меньше, СССР

должалось строительство больших научно-исследовательских центров. Содержание здравоохранения по остаточному принципу привело к тому, что строительство монументальных больничных комплексов и приобретение сверхсовременного оборудования для них осуществлялось в ущерб сети мелких и не создающих погоды в отрасли участковых больниц и поликлиник, фельдшерско-акушерских пунктов, заводских и школьных медпунктов. В 1983 г. перед здравоохранением

качественный уровень; 2) бюджет, возросший на скачке нефтяных цен как никогда продуцировал неэффективность, стимулировал: строительство огромных масштабов; косность внутренней структуры и внешних форм, в том числе мышления (государственный план и бывшие успехи лишь укрепили эту косность); снижение стимулов, мотивации – военные угрозы миновали, нефтяные деньги текли рекой; 3) в результате изменения конъюнктуры средств на текущее содержание здравоохранения стало не хватать, начался период упадка и деградации, также как в больших магазинах появились пустые полки, в крупных больницах не хватало медикаментов и средств на достойную оплату труда медицинского персонала.

Схема Семашко была безусловно подходящей для сильного тоталитарного государства, в условиях которого формировались принципы советского здравоохранения.

Выводы:

потребовалось подставить под удар все остальные отрасли, в том числе здравоохранение, жилищно-строительный комплекс, образование и другие службы, работающие с детьми, все из которых являются факторами определяющими здоровье. В середине 60-х годов Советский Союз расходовал около 6-6,5% от ВВП на здравоохранение, что было сравнимо с показателем западных стран, к распаду СССР эта цифра снизилась до 2-3%.

К началу 1970-х гг. подготовка врачебных кадров позволила нашей стране выйти на первое место в мире по количеству врачей на 10 000 населения. При этом наметились серьезные проблемы в обеспечении средним и младшим медицинским персоналом. В это же время «стали приобретать массовые масштабы мздоимство (среди практических врачей) и коррупция (среди должностных лиц) в здравоохранении. Практические врачи стали устанавливать для пациентов размер заранее определенной «благодарности», госпитализация (особенно иногородних) происходила за взятки, больничные листы стали покупать. Тоталитарное государство постепенно переставало быть сильным (6).

В 1970-е гг. было начато строительство крупных амбулаторно-поликлинических комплексов. Про-

были поставлены крупномасштабные задачи: охватить диспансерным наблюдением все население страны с участием специализированной помощи, для чего не было выделено достаточных средств и не были привлечены дополнительные медицинские кадры.

Смешение экономических, организационных и медикотехнологических принципов в то время не имело значения: государство охватывало всю экономику, а здравоохранение было интегрировано в механизм государства (7, С.30).

Схема Семашко была безусловно подходящей для сильного тоталитарного государства, в условиях которого формировались принципы советского здравоохранения. Отечественное здравоохранение, представленное во Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), занимало в ней ведущие позиции.

Сложившаяся со времен ВОВ и построенная по образцу военной иерархии, встроенная в механизм социалистического государства, система отечественного здравоохранения в полной мере соответствовала советскому строю и повторила его путь, с точки зрения экономики: 1) сначала отрасль расширялась, были решены многие проблемы, индустриализация вывела здравоохранение, в том числе, на новый

1. Система здравоохранения Семашко была определена социалистическим общественным устройством. Здравоохранение было частью планового хозяйства и являлось приоритетным направлением для государства, финансируемым, однако, как часть непроизводственной сферы – по остаточному принципу.

2. Отсутствие товарообмена, обеспечивающего расширенное воспроизводство, не привело и не могло привести к формированию экономического оборота в здравоохранении, что на фоне бюджетного финансирования продолжало определять неэкономические ориентиры функционирования отрасли: количество врачей, больниц, койко-мест.

3. Ригидность государства в социальной сфере на фоне изменения приоритетов в экономической политике привела к упадку здравоохранения.

3. ПОСТСОВЕТСКОЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Размеры противоречий между планами и реальными возможностями в условиях финансирования здравоохранения по остаточному принципу достигли своего апогея в конце 80-х годов. При этом отсутствовал реальный экономически обоснованный план осуществления возложенных на здравоохранение

грандиозных задач.

По мнению О.Г. Печниковой (5, С.19) «централизация власти и отсутствие адекватной правовой базы все больше становились сковывающими факторами в развитии здравоохранения». Резко ухудшалось материально-техническое обеспечение лечебно-профилактических учреждений, а вместе с ним возможности для оказания медицинской помощи.

Доступность медицинской помощи и удовлетворенность ею населения достигли очень низкого уровня. Хотя количество врачей было высочайшим в мире (1 млн. врачей, каждый третий врач в мире - советский), их квалификация не соответствовала западному уровню. Медицина перестала быть престижной профессией. 70% врачебного персонала составляли женщины, зарплата медика не превышала 70% среднестатистической. Все чаще врачи получали неформальные платежи от пациентов, порой не за лучшее лечение, а просто за лечение.

Самое высокое количество больничных коек в мире свидетельствовало о том, что развитие системы здравоохранения продолжалось по экстенсивному пути. В то же время многие больницы, особенно в сельской местности, не соответствовали элементарным требованиям, около четверти больниц не имели даже системы центрального водоснабжения.

Зарплата врача зависела от формальных подтверждений специализации и квалификации, а не от качества и результатов работы. Материальное стимулирование врачей посредством зарплат и неформальных платежей приводило к их стремлению к узкой специализации и к стремлению работать в больницах.

Выплаты больницам основывались на количестве больничных коек и стимулировали неэффективность. В таких условиях руководство больницы стремилось увеличить коечный фонд и держать его заполненным независимо от медицинской необходимости.

Кризис начала 90-х годов, связанный с распадом СССР, в условиях бюджетного финансирования

здравоохранения по остаточному принципу угрожал сократить и без того минимальные поступления. В связи с этим в первую очередь было принято решение об изменении схемы финансирования здравоохранения.

Внедрение страхования здоровья граждан отражало идеологические перемены в государстве, движение от административно-командной иерархии к рыночным отношениям. Была предпринята попытка перехода от бюджетного финансирования к выделению и изоляции средств, предназначенных для отрасли здравоохранения, не позволяя таким образом резать ее финансирование, с помощью создания фонда обязательного медицинского страхования. Появление института внебюджетных фондов и, в частности, обязательного медицинского страхования (ОМС) явилось вынужденной мерой, проистекающей из необходимости сохранить прежнее устройство социальной сферы вообще и здравоохранения в частности (6).

В значительной степени сохранилось бюджетное финансирование здравоохранения: выплаты по ряду статей расходов учреждений, в том числе за лечение неработающих, а так же некоторым ведомственным учреждениям, производятся из федерального или региональных бюджетов. За счет средств ОМС

средства от фондов, должны были контрактировать медицинские учреждения, борясь за потребителя и стараясь расходовать средства наиболее эффективно, на благо пациента. Однако в России страховые компании не испытывали необходимости бороться за потребителя. Страховые компании, заключая договоры с ЛПУ, обслуживающими граждан по месту жительства, тем самым поделили население России и, пропуская через себя финансовые потоки, оставляли часть средств на свое развитие. Россия по сей день остается единственной страной, где средства, направленные на финансирование здравоохранения, проходят сначала через внебюджетные фонды, а затем через страховые компании. В развитых странах административный аппарат имеет лишь одно из этих звеньев. Функции каждой из этих организаций непонятны, во многом они взаимозаменяемы.

Включение в отношения фондов ОМС и учреждений здравоохранения частных страховщиков в качестве посредников сделало схему финансирования менее прозрачной и привело к росту транзакционных издержек. В движение средств государственной казны в качестве не более чем финансовых посредников вовлечены частные организации. Страховые компании, получающие средства из фондов ОМС,

Включение в отношения фондов ОМС и учреждений здравоохранения частных страховщиков в качестве посредников сделало схему финансирования менее прозрачной и привело к росту транзакционных издержек.

финансируется только треть медицинских услуг. При этом взносы в размере 3,6% от фонда оплаты труда, уплачиваемые работодателями в фонд ОМС, делятся между региональным фондом (3,4%) и федеральным фондом (0,2%). Последний, должен был уравнивать доступ к медицинской помощи в более бедных регионах и выделять средства в случае катастроф и эпидемий.

Страховые компании, получа

стремились минимизировать объем средств, передаваемых учреждениям здравоохранения, с целью максимизации ресурсов, остающихся в своем распоряжении.

Институт ОМС получился страховым только по форме, а по содержанию стал не более чем обычным платежным институтом. В то же время наделение его льготным режимом налогообложения, породило множество порочных последствий: оказалось, например, выгод-

нее обращаться к страховщику, чем заключать договор с медицинской организацией напрямую (6).

Поверхностное изменение финансирования системы не привело к изменению организации здравоохранения. Медицинское страхование – это лишь один из возможных способов финансирования системы здравоохранения, внедрение которого автоматически не решает проблемы в организации практического здравоохранения,

грамм. При неудовлетворительном вводе в эксплуатацию 89 комплексов, возведенных ранее, начато сооружение 177 новых объектов. В результате объем незавершенного строительства увеличился за 2001 – 2002 гг. в 2,5 раза. При этом имеет место недоиспользование выделенных средств. Нередко при нехватке средств на приобретение медикаментов, мягкого инвентаря и наличии излишних мощностей лечебных учреждений произво-

фанаты профессии, желающие доработать до пенсии, начинающие и те, кто оказался в состоянии извлекать из рабочего места должностную ренту.

В настоящее время доля здравоохранения в объеме ВВП достигает порядка 3,5%, тогда как, по данным Всемирной организации здравоохранения, в большинстве развитых стран более 5%. В здравоохранении создание фонда ОМС должно было привести к разделению плательщиков и производителей в части средств, поступающих из фонда ОМС, что должно было способствовать развитию конкуренции. Как показала практика, рынок в государственном секторе, «внутренний рынок» в соответствии с британским термином, оказался невозможным при сегодняшней организации практического здравоохранения, состоящего на 98% из государственных и муниципальных учреждений, обслуживающих население по территориальному принципу, исключающему дублирование, а, значит, конкуренцию в принципе.

Баланс между доходами и расходами не был достигнут вследствие недостаточности средств в фонде ОМС, что привело к сохранению прежнего порядка финансирования из государственной казны, пусть и из разных ее частей, включающего средства на содержание учреждений в соответствии с организационно-правовой формой, а не на оплату медицинских услуг. Учреждения по-прежнему находятся в жесткой зависимости от органов управления здравоохранения, не имеют своего имущества, не несут самостоятельной ответственности за качество и безопасность своих услуг, а потому не имеют достаточных стимулов для совершенствования своей деятельности.

Потребители медицинских услуг не стали распорядителями средств, направляемых государством на оплату этих услуг. При этом возможность для реализации права выбора страховой компании, а главное – врача, потребители так и не получили, потому что по месту жительства пациента существует, как правило, одно ЛПУ, заключающее договор с одной страховой компанией. В

Сохраняется неэффективный механизм финансирования лечебно-профилактических учреждений, согласно которому выделение средств на их деятельность планируется и осуществляется исходя из наличия койко-мест в стационарах и числа занятого персонала в поликлиниках, а не по фактическим объемам и результатам оказанной помощи.

не заменяет грамотно построенной системы, обеспечивающей баланс между спросом и предложением, нацеленной на оказание медицинских услуг, удовлетворяющих пациентов, с рациональным и эффективным использованием ресурсов.

Здравоохранение как отрасль непромышленной сферы. Основами законодательства об охране здоровья граждан было поделено на системы – государственную, муниципальную и частную. То есть вместо единой отрасли возникли обособленные по формам собственности и уровням административного подчинения, а также источникам финансирования системы здравоохранения (6). Такое деление отразилось на эффективности функционирования прежде единой государственной системы здравоохранения.

Состояние материально-технической базы здравоохранения продолжает ухудшаться. По данным, озвученным в ходе Государственного совета (3, С.4), в 2002 г. в целом по Российской Федерации износ медицинского оборудования превышает 60%, зданий и сооружений лечебно-профилактических учреждений – 50%. Неэффективно используются государственные средства, направляемые на обновление основных производственных фондов в рамках федеральных адресных инвестиционных про-

дятся существенные капитальные затраты (3, С.8).

Сохраняется неэффективный механизм финансирования лечебно-профилактических учреждений, согласно которому выделение средств на их деятельность планируется и осуществляется исходя из наличия койко-мест в стационарах и числа занятого персонала в поликлиниках, а не по фактическим объемам и результатам оказанной помощи. Это не стимулирует лечебно-профилактические учреждения на снижение затрат и повышение удовлетворенности пациентов результатами оказываемых услуг. По-прежнему основным видом является дорогостоящее лечение в стационарах больниц и диспансеров. При этом большая часть средств расходуется на обслуживание пациента – проживание, питание и пр., а не на его лечение. Медицинские учреждения не получили самостоятельности в части расходования средств, поступивших за оказанные медицинские услуги населению, на заработную плату работникам, приобретение медикаментов, оборудования, поскольку средства, поступающие из фонда ОМС, оцениваются контролирующими органами аналогично бюджетному финансированию по смете.

Из здравоохранения стали уходить профессионалы, оставались

результате отсутствует конкуренция между ЛПУ за пациента.

В окружении товарной организации общества социальная сфера осталась в прежнем качестве непроизводственной сферы. В ней по-прежнему происходит потребление, а не воспроизводство капиталов, поскольку бюджетные средства поступают в учреждения в режиме, отличном от платы за услуги, позволяющей накапливать средства для целей воспроизводства. Можно согласиться с выводом А.В. Тихомирова о том, что «сохраняется круговорот средств государственной казны между казначейством и бюджетными учреждениями здравоохранения. А.В. Тихомировым сформулирован принцип, согласно которому при товарной организации общества и нетоварной организации государства социальная сфера представлена в обществе финансовым протекторатом государства. Товарообмен происходит в обществе и состоит во встречных предоставлениях товар-деньги между товаропроизводителями и потребителями. Государство участвует в этом только деньгами на стороне потребителей. И равно мерами регулирования и мерами надзора способствует большей эффективности такого товарообмена (6). Нарушение именно этого принципа, когда государство платит самому себе (государственным учреждениям), приводит к отсутствию конкуренции и исключению из цепочки принятия решений пациента.

Здравоохранение, безусловно, формирует частные блага, восстанавливая здоровье конкретных граждан. Поэтому отношения между потребителями и производителями медицинских услуг должны носить договорный характер, в соответствии с действующим гражданским законодательством. Договорные отношения подразумевают свободу выбора для сторон договора. Возможность выбора для граждан производителя медицинских услуг не была и не могла быть реализована в существующей архаичной системе организации здравоохранения.

Как социалистический анклав в капиталистическом окружении, отечественное здравоохранение не соответствует современным поли-

тическим, экономическим и правовым реалиям российского государства, включая право потребителей на выбор, товарную организацию общества, гражданское законодательство, подразумевающее договорные отношения между производителями и потребителями. Конституция РФ закрепила статус государственной организации здравоохранения, что привело к консервации организации здравоохранения в советском виде, с точки зрения структуры отрасли и организационно-правовой формы производителей медицинских услуг в виде учреждений, отсутствию альтернативных производителей медицинских услуг, а, значит, возможности для конкуренции, сохранению бюджетного финансирования.

Здравоохранение по-прежнему потребляет капиталы, а, значит, производит неэффективность, воспроизводя расходы, а не доходы. Возросшее количество уровней, вертикальных и горизонтальных преград внутри структуры здравоохранения приводит к оседанию средств на уровне органов управления здравоохранения, таким образом, система стала еще более затратной, с экономической точки зрения, по сравнению с советской.

ВВП не отражает уровень развития отрасли. Финансированием системообразование здравооох-

жде в нем царилло государство, то с каждым годом стала увеличиваться доля частных товаропроизводителей. Он стал выражать состояние экономического оборота в стране. Отсюда доля в ВВП на содержание здравоохранения перестала быть показателем финансирования государственного и муниципального здравоохранения (7, С.229). 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 оплаты 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. Доля здравоохранения в ВВП определяется интенсивностью оборота в области охраны здоровья: чем выше интенсивность оборота медицинских услуг, тем выше доля здравоохранения в ВВП. Развитие здравоохранения зависит от роста интенсивности оборота в области охраны здоровья, а не от финансирования из бюджета или внебюджетных фондов (7, С.241).

Выводы:

ВВП не отражает уровень развития отрасли. Финансированием системообразование здравоохранения не обусловлено.

ранения 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 (7, С.34). ВВП перестал быть отражением состояния государственного бюджета. Структура ВВП начала претерпевать существенные изменения. Если пре-

1. В угоду политической конъюнктуры единая система здравоохранения была разбита на системы по признаку собственности и характеру декларативной ответственности за оказание медицинской помощи, и в таком состоянии была законсервирована в Конституции РФ.

2. Здравоохранение, как и вся социальная сфера, осталось на содержании государственной казны в качестве непроизводственной сферы, оказавшись социалистиче-

ским анклавом в капиталистическом окружении.

3. Доля здравоохранения в ВВП сохранила свойства потребления, использования, а не воспроизводства, создания ВВП, как это существует за рубежом.

Общие выводы к работе:

1. Несмотря на различия государственного или страхового финансирования здравоохранения, западные модели не имеют такого компонента, как бюджетные учреждения здравоохранения. Из-за этого возможный в них товарообмен невозможен в модели Семашко, поскольку средства казны обращаются в замкнутом кругу государственной принадлежности, оставляя за своими пределами интересы участников фактических отношений (пациентов-граждан и врачей-бюджетников).

2. Сложившаяся со времен Великой Отечественной войны и построенная по образцу военной иерархии, встроена в механизм социалистического государства, система отечественного здравоохранения в полной мере соответствовала советскому строю.

3. Как социалистический анклав в капиталистическом окружении, отечественное здравоохранение не соответствует современным политическим, экономическим и правовым реалиям российского государства и

существующей товарной организации российского общества.

Использованные источники:

1. Дрю Р., Первис Д. Укрепление систем здравоохранения в целях совершенствования программ борьбы с ВИЧ/СПИДом в Евразийском регионе за счет использования ресурсов Глобального фонда // Агентство США по международному развитию. - 2006.

2. Жаркович Г. с соавт. Вопросы политики в области здравоохранения в бывших социалистических странах. Стратегия улучшения систем здравоохранения в бывших социалистических странах. - М.: Федеральный фонд ОМС - 1998.

3. Заседание президиума Государственного совета № 28 «О развитии обязательного медицинского страхования в Российской Федерации» 2 апреля 2003 года. Приложения к докладу «О развитии медицинского страхования в РФ» // <http://www.kremlin.ru/text/stcdocs/2003/04/44254.shtml> - 2003.

4. Найговзина Н.Б., Ковалевский М.А. Системы здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты - М.: Классик-Консалтинг, 1999.

5. Печникова О.Г. Организационно-правовые основы деятельности государственных лечебно-

профилактических учреждений в России (историко-правовое исследование): Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. - 2007.

6. Тихомиров А.В. Ретроспектива проблем отечественного здравоохранения. // Главный врач: хозяйство и право. - 2008. - № 1. - С.44-47.

7. Тихомиров А.В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. - М.: ЮриИнфоЗдрав, 2007. - 234 с.

8. Тогунов И.А. Типология систем здравоохранения и организационно-правовое поле медицинских услуг // <http://www.rusmedserv.com/zdrav/control/> - 2010.

9. Фотаки М. Сочетание общественного/государственного и частного в Российской системе здравоохранения в свете международного опыта // Сб. "Общественное и частное в здравоохранении и в медицинском страховании (состояние, проблемы, перспективы)" - М., - 1999.

10. Фундаментальные основы политики здравоохранения. / Под ред. О.П.Щепина. - М., 1999.

11. Field M.G. The Health System and Policy: a Contemporary American Dialectic // *Social Science and Medicine*, 1980. - V 14a, № 5. - Н. 401.

А знаете ли Вы, что...

...товар - это объект гражданских прав (в том числе работа, услуга, включая финансовую услугу), предназначенный для продажи, обмена или иного введения в оборот

А знаете ли Вы, что...

...товарный рынок - это сфера обращения товара (в том числе товара иностранного производства), который не может быть заменен другим товаром, или взаимозаменяемых товаров (далее - определенный товар), в границах которой (в том числе географических) исходя из экономической, технической или иной возможности либо целесообразности приобретатель может приобрести товар, и такая возможность либо целесообразность отсутствует за ее пределами

А знаете ли Вы, что...

...хозяйствующий субъект - индивидуальный предприниматель, коммерческая организация, а также некоммерческая организация, осуществляющая деятельность, приносящую ей доход

1. ПРОБЛЕМЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ.

Почти два десятилетия прошло с того момента, когда другой стала страна, изменилась правовая доктрина, возникла рыночная экономика. Однако социальная сфера в целом и здравоохранение в частности остались социалистическим анклавом в капиталистическом окружении новых реалий.

Основы законодательства об охране здоровья граждан¹ от 22 июля 1993 г. в существующем виде появились на полгода ранее действующей Конституции РФ (12 декабря 1993 года), затем многократно подвергались изменениям, но так и не стали «законом жизни» отрасли.

Причин тому много, но основные – это несоответствие специального законодательства действующему общему законодательству, требованиям к правовому закону и фактической товарной организации отрасли.

1. Несоответствие специального законодательства действующему общему законодательству.

1.1. Основы не дифференцируют сферу действия публичного и частного права в здравоохранении. Гранницей между ними является форма результата деятельности соответствующих субъектов – нетоварная в сфере действия публичного права и товарная в сфере действия частного права. Разделяя системы здравоохранения (ст.ст.12, 13, 14), Основы объединяют в государственной и муниципальной системах соответственно государственные и муниципальные органы управления здравоохранением и государственные и муниципальные учреждения здравоохранения вместо того, чтобы отделить государственные и муниципальные органы управления здравоохранением от субъектов практического здравоохранения – равно государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций.

Государство в Основах выступает исключительно в публичном каче-

¹ Ведомости СНД и ВС РФ. - 1993. - N 33. - Ст. 1318.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СПЕЦИАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Законодательство в сфере охране здоровья не соответствует существующим в стране политическим, экономическим и правовым реалиям. Показана недостаточность действующего специального законодательства для целей регулирования современного отечественного рынка медицинских услуг.

Ключевые слова: законодательство, охрана здоровья, гражданский оборот, правовое регулирование, специальное законодательство, рынок медицинских услуг

стве власти, а не в качестве участника гражданско-правовых отношений на равных началах с гражданами и юридическими лицами (п.1 ст.124 ГК), являясь плательщиком в пользу граждан (ст.430 ГК).

1.2. Основы отдают предпочтение публичному праву перед частным

в сфере охраны здоровья граждан. Рассматривая компетенцию в области охраны здоровья граждан Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы, Санкт-Петербурга и

органов местного самоуправления (раздел II), организацию охраны здоровья граждан в Российской Федерации (раздел III) Основы выражают через полномочия высших органов государственной власти и управления Российской Федерации в области охраны здоровья граждан; финансирование охраны здоровья граждан; санитарно-эпидемиологическое благополучие населения; системообразование здравоохранения; лицензирование

ми деятельности, перечень которых определяется законом, юридическое лицо может заниматься только на основании специального разрешения (лицензии), как и гражданин, осуществляющий без образования юридического лица предпринимательскую деятельность, к которой соответственно применяются правила Гражданского кодекса, которые регулируют деятельность юридических лиц, являющихся коммерческими организациями, если иное не

ского страхования», в соглашениях по которым принимают участие «профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации» (п/п.3 ст.62).

Оказание медицинских услуг признается Основами прерогативой медицинских работников «вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами» в порядке частной медицинской практики (ст.56).

1.3.4. Обязательственная организация гражданского оборота в сфере охраны здоровья граждан Основами не раскрыта.

Упоминание о договорах Основы допускают только применительно к договорам «обязательного и добровольного медицинского страхования» (ст.30), «со страховыми медицинскими организациями» (ст.38), лишь частной медицинской практике позволяя действовать в соответствии просто «с заключенными договорами» (ст.56), в то время как граждане (физические лица) и юридические лица приобретают и осуществляют свои гражданские права своей волей и в своем интересе; они свободны в установлении своих прав и обязанностей на основе договора и в определении любых не противоречащих законодательству условий договора (п.2 ст.1 ГК).

Несмотря на то, что ответственности за причинение вреда здоровью граждан посвящен отдельный раздел Основ (XII), в нем никак не детализируются правила о внедоговорных (деликтных) обязательствах, возникающих при осуществлении деятельности, предметом которой является не случайное причинение повреждений, а целенаправленное профессиональное воздействие на здоровье. Нормы об основаниях возмещения вреда, причиненного здоровью граждан, и об ответственности медицинских и фармацевтических работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья отсылают к положениям общего законодательства Российской Федерации. Оставшиеся

Основы не соответствуют действующему гражданскому законодательству и не развивают его действие применительно к специфике сферы охраны здоровья граждан.

медицинской и фармацевтической деятельности и комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан.

1.3. Основы не соответствуют действующему гражданскому законодательству и не развивают его действие применительно к специфике сферы охраны здоровья граждан.

1.3.1. Основы перечисляют права отдельных групп населения в области охраны здоровья (раздел V), права граждан при оказании медико-социальной помощи (раздел VI), а также права медицинских и фармацевтических работников (раздел X), но не приводят корреспондирующие им обязанности, круг обязанных и механизм реализации правомочий.

1.3.2. Основы установили, что 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, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности (ст.54), тем самым привязывая наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности к положению профессионала, а не хозяйствующего субъекта, притом что (п.1 ст.49 ГК) отдельными вида-

вытекает из закона, иных правовых актов или существа правоотношения (п.3 ст.23 ГК).

1.3.3. Товарообмен, т.е. предоставление услуг за плату, в Основых не представлен. Единичные ссылки в отношении услуг имеются только применительно к вопросам:

- сертификации (п/п.12 ст.5);
- права граждан на информацию о продукции, работах, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам, которая «предоставляется местной администрацией через средства массовой информации или непосредственно гражданам по их запросам в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации» (ст.19);
- права граждан на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации (ст.20);
- права пациента при обращении за медицинской помощью на получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования (п/п.10 ст.30);
- тарифов «на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования и деятельности фондов обязательного медицин-

ся – такие же бланкетные – нормы (возмещение затрат на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий; право граждан на обжалование действий государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья) к медицинской деятельности не относятся.

1.3.5. К частной системе здравоохранения Основы относят лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью, притом что учреждением называются основанные на несовместном имуществе организации (ст.120 ГК), организационно-правовая форма которых частной медициной категорически не используется (за исключением бывших ведомственных медицинских подразделений акционированных предприятий естественных монополий), а отнесение к числу которых юридических лиц других форм не является правомерным.

2. Несоответствие специального законодательства требованиям к правовому закону – Основы не содержат надлежащей формальной определенности положений.

2.1. Основы установили, что сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан (ст.54), притом что правовое значение названного документа в законе не установлено. Законодательству об образовании такой вид документа неизвестен.

2.2. К ведению Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации в вопросах охраны здоровья граждан относятся выдача разрешений на применение новых медицинских технологий (п/п. 12

ст.5, п/п. 12 ст.6), использование сложных медицинских технологий (ст.40), притом что в практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке (ст.43). Эти понятия никак не раскрыты. Основами, в связи с чем, что признавать медицинскими технологиями, какие относить к числу сложных, только ли новые подлежат разрешению и каковы признаки новизны и т.д., не ясно.

2.3. Основы ввели правовую категорию независимой экспертизы, которая признается таковой, если производящие ее эксперт либо члены комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, производивших медицинскую экспертизу, а также от органов, учреждений, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах такой экспертизы (ст.53). Значит ли это, что остальные виды экспертиз – временной нетрудоспособности (ст.49), медико-социальную (ст.50), военно-врачебную (ст.51), судебно-медицинскую и судебно-психиатрическую (ст.52) – Основы относят к числу зависимых (и в этом случае, почему они все-таки допу-

тством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации и правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с программами государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (ст.20). То обстоятельство, что бесплатная для граждан в рамках государственных гарантий медицинская помощь оплачивается государством за счет налоговых поступлений, в том числе от тех же граждан, Основы не упоминают.

3.2. Основы порождают теневой товарообмен, сосредоточиваясь на фигуре врача (лечащего врача – ст.58, семейного врача – ст.59) и опуская правовую категорию хозяйствующего субъекта.

3.3. Существование и организация рынка в сфере охраны здоровья Основами обойдены молчанием.

Таким образом, Основы законодательства об охране здоровья граждан не соответствуют существующим в стране политическим, экономическим и правовым реалиям и нуждаются в радикальной переработке и приведении в соответствие с правилами товарной организации общества и отражении в них дей-

Основы порождают теневой товарообмен, сосредоточиваясь на фигуре врача и опуская правовую категорию хозяйствующего субъекта.

скаются к производству), не ясно.

3. Несоответствие специального законодательства фактической товарной организации отрасли.

3.1. Основы отдают предпочтение ведомственной перед товарной организацией отрасли: при заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законода-

стительной специфики медицины.

2. ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

В существующем виде рынок медицинских услуг, специфика продукции которого чрезвычайно значима для общества, регулируется по правилам общего, но не специального законодательства. Основы не содержат тех положений, потребность в которых испытывает това-

рообмен в отрасли, и, наоборот, содержат те, которые противоречат общему законодательству и (или) характеру товарных отношений в отраслевом обороте.

Особенностью этих отношений в социальной сфере является то, что на стороне заказчика представлены не совпадающие, как правило, в одном лице получатель и плательщик за услуги. Такие отношения оформляются договором в пользу третьего лица (ст.430 ГК). Полу-

чинская деятельность состоит в целенаправленном воздействии на здоровье, польза или вред которого определяется мерой бережно предотвращенного вреда от развития патологии.

Еще одной особенностью отраслевого оборота в сфере охраны здоровья граждан в этой связи является разрешительный режим допуска в оборот расходных средств (например, лекарственных) и средств производства (оборудования, аппара-

можно выделить, во-первых, организационно-медицинский режим регулирования отраслевого оборота в сфере охраны здоровья. Действительно, поскольку медицинская помощь оказывается по правилам медицинской профессии, а не права, постольку требуется правовыми средствами оформить организацию ее оказания не в противоречии с этими правилами в их наиболее общем виде в интересах граждан-пациентов.

Во-вторых, можно выделить организационно-юридический режим регулирования отраслевого оборота в сфере охраны здоровья. Поскольку право оформляет соответствующие общественные отношения, необходимо установить кто, что, как, при каких условиях и с какими последствиями осуществляет в отношении здоровья граждан в отраслевом экономическом обороте.

В-третьих, можно выделить организационно-экономический режим регулирования отраслевого оборота в сфере охраны здоровья. Поскольку такой оборот нуждается в упорядочении, в том числе на условиях самоорганизации, требуется правовыми средствами так позиционировать интересы его участников, чтобы это обеспечило его эффективное функционирование и развитие.

Функционал каждого режима регулирования расширяется за счет внутреннего структурирования правовых потребностей:

1. Организационно-медицинский режим регулирования отраслевого оборота в сфере охраны здоровья:

- режим профессиональной состоятельности, пригодности к медицинской деятельности. Действительно, немаловажно, кто может осуществлять профессиональную медицинскую деятельность, на каких основаниях и при каких условиях;

- режим доступа к медицинской помощи. Требуется определить, как, куда, к кому и на каких основаниях пациент вправе обращаться за медицинской помощью (исключая экономические аспекты), чтобы никто не столкнулся с невозможностью ее получить по состоянию здоровья;

- режим преемственности меди-

Отраслевой оборот в сфере охраны здоровья обладает значимыми особенностями, которые не могут остаться незамеченными и должны быть учтены регулирующим его специальным законодательным актом.

чателем медицинских услуг всегда является физическое лицо, гражданин. Плательщиком в пользу граждан может быть государство, в том числе в отношениях социального (обязательного медицинского) страхования, работодатель, благотворительная организация и т.д.

Другой особенностью отраслевого хозяйственного оборота является то, что на стороне исполнителя медицинских услуг всегда выступает корпоративный (юридическое лицо) или некорпоративный (предприниматель без образования юридического лица) хозяйствующий субъект, имеющий лицензию на осуществление медицинской деятельности. Отсюда значение профессиональной составляющей правового положения хозяйствующего субъекта в отраслевом обороте в сфере охраны здоровья граждан чрезвычайно значимо.

Следующей особенностью этого оборота является продукт медицинской деятельности, объект обращения – медицинская услуга. Во-первых, услуга – это товар особого рода, не имеющий материального воплощения и результата. Во-вторых, медицинская услуга в части медицинской помощи подчинена требованиям профессии (а не юридическим установлениям). В-третьих, в отличие от любой другой, допускающей случайное причинение вреда здоровью, меди-

туры, а нередко и инструментария), используемых при оказании медицинских услуг.

Наконец, особенностью гражданского оборота в социальной сфере в целом наряду с рынком является наличие квази-рынка. Квази-рынки известны не только в странах постсоветского пространства, однако только для последних характерно отсутствие товарообмена из-за того, что и отчуждатель, и приобретатель представлены одной и той же собственностью: государству и принадлежат учреждения здравоохранения, и оно же им платит за оказанные гражданам медицинские услуги.

Таким образом, отраслевой оборот в сфере охраны здоровья обладает значимыми особенностями, которые не могут остаться незамеченными и должны быть учтены регулирующим его специальным законодательным актом.

Отраслевой оборот в сфере охраны здоровья нуждается в создании регулятивного режима, охватывающего равно профессионально-медицинский и экономический аспекты организации фактической деятельности в этом обороте в условиях ясной дифференциации и формально-определенного раскрытия используемых в ней понятий, что может быть установлено только средствами права.

В этой связи, очевидно,

цинской помощи. Поскольку существует амбулаторная и стационарная медицинская помощь, помощь первичная и высокоспециализированная и т.д., необходимо предусмотреть, какой путь вправе пройти пациент в технологической последовательности этапов медицинской эвакуации в соответствии с объективными потребностями состояния здоровья;

- режим профессиональной оценки медицинской помощи. Поскольку медицинская помощь предпринимается во благо, но может оказаться во вред здоровью пациента, необходим механизм оценки корректности ее оказания, доступный для формулирования правоприменительных вводов судом. Существующий механизм судебно-медицинской экспертизы требует своего развития и совершенствования;

- режим медицинской коллегиальности. Медицинское сообщество обладает возможностями достижения и поддержания высокого уровня профессиональных требований к своим членам, и механизм реализации этих возможностей нуждается в законодательном закреплении.

2. Организационно-юридический режим регулирования отраслевого оборота в сфере охраны здоровья:

- режим идентификации субъекта медицинской деятельности: кто осуществляет медицинскую деятельность, получает на ее осуществление лицензию, извлекает от ее осуществления доходы и несет связанные с ее осуществлением хозяйственные риски, риск гражданской ответственности по которым вправе застраховать и т.д.;

- режим идентификации объекта медицинской деятельности: каким товаром является медицинская услуга, как она соотносится с медицинской помощью, как на ней сказываются медико-технологические аспекты (диагностика, лечение, профилактика) профессиональной деятельности, как она определяется, измеряется и оценивается, какую ценность для потребителя представляет и как эта ценность устанавливается и пр.;

- договорный режим: договор как модель (основание) правоотношения и факт исполнения обязательств, а также как акт оформ-

ления правоотношения в связи с оказанием услуг по поводу здоровья граждан; соотношение договора и медицинской документации; соотношение договора об оплате медицинских услуг и добровольного информированного согласия о мере воздействия на здоровье; соразмерность цены медицинских услуг и ценности для ее потребителя; границы договорных и внедоговорных обязательств, а также границы гражданско-правовых и административных оснований оказания медицинской помощи, различия ее оказания в порядке медицинских услуг и в порядке действий в чужом интересе без поручения и т.д.;

- компенсаторно-платежный режим. Поскольку плательщик на стороне заказчика может быть представлен отдельно, постольку может быть обособлен договор об оплате медицинских услуг, нуждающийся в соответствующей законодательной детализации. Поскольку плательщиком в пользу граждан выступает, помимо остальных, и государство, постольку ему небезразлична цена медицинских услуг при оплате их из казны, и мера себестоимости в ценообразовании, а отсюда – механизмы влияния на себестоимость, в том числе через налоговые послабления и различные компенсации и т.п.;

- информационно-коммуникационный режим. Это вопросы

но, что – во благо, а что – не во благо, а также чем ответственность за причинение вреда при оказании медицинских услуг отличается от ответственности причинения вреда иными деяниями, что можно квалифицировать как вредообразующее посягательство (действие или бездействие), каковы составы деликта при оказании медицинских услуг и т.д.;

- разрешительный режим безопасности (допуска субъектов и объектов в отраслевой оборот) – это вопросы публичных требований к товаропроизводителям и их продукции, предупреждающие причинение вреда потребителям.

3. Организационно-экономический режим регулирования отраслевого оборота в сфере охраны здоровья. Как известно, Президентом РФ Д.А.Медведевым была продекларирована парадигма четырех «И»: инфраструктура, институты, инновации, инвестиции. Применительно к объявленной им идее модернизации эта парадигма в социальной сфере может заработать в том случае, если будет дополнена главным – социальной ценностью профессии людей, своей деятельностью прямо создающих социальный результат (а не косвенно, опосредованно – через налоги). Таким образом, в правовом регулировании организации экономики отрасли можно выделить:

Функционал каждого режима регулирования расширяется за счет внутреннего структурирования правовых потребностей.

личной, врачебной и коммерческой тайны и оборота информации, различения оборотной и необоротной информации, накопления, передачи и использования сведений о здоровье граждан, предоставления информации правообладателю и третьим лицам и пр.;

- режим деликтной ответственности. В условиях, когда целенаправленным воздействием на здоровье предотвращается вред от патологии, должно быть ясно установле-

- социально-ценностный режим. Это те гарантии государства носителям медицинской профессии, которые вне зависимости от обстоятельств обеспечивают в порядке социальной оценки получение ими доходов, достаточных для ведения достойного образа жизни;

- инфраструктурный режим как стимулирование формирования в отраслевом обороте на условиях аутсорсинга удовлетворяющего его потребности обеспечительного биз-

неса;

- институциональный режим как способ закрепления корректного позиционирования участников оборота по однородности интересов в соответствующей форме организации социальной жизни, обеспечивающей устойчивость связей и отношений в рамках общества;

- инновационный режим через создание действенных стимулов для разработки новых медицинских технических и технологических

активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья (абз.1 ст.1). Судя по всему, целью Основ является именно охрана здоровья граждан в приведенном понимании.

Основы регулируют отношения граждан, органов государственной власти и управления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан (абз.2

4) определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских и фармацевтических работников, установление гарантий² их социальной защиты.

Иными словами, динамике правоотношений (правовое регулирование деятельности в области охраны здоровья граждан) отводится скромное место наряду с детерминантами статике правоотношений – компетенции соответствующих публичных субъектов, прав потребителей и их декретированных групп, а также прав субъектов профессиональной (а не хозяйственной, экономической) деятельности в сфере охраны здоровья.

Отвлеченными от указанных задач правового регулирования и, тем более, нуждающимися в раскрытии механизмов реализации являются основные принципы охраны здоровья граждан (ст.2 Основ):

1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;

3) доступность медико-социальной помощи;

4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

5) ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Вместо определения и выделения места специального законодательства в сфере охраны здоровья в общем массиве актов правового регулирования Основы установили, что законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан состоит из соответствующих положений Консти-

Основы регулируют отношения граждан, органов государственной власти и управления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан.

новинок, улучшающих, облегчающих, ускоряющих и удешевляющих лечебно-диагностический процесс;

- инвестиционный режим как создание модели привлекательного для вложения капиталов климата, в том числе через образование венчурных предприятий, для стимулирования развития науки и внедрения создаваемых разработок в практику товарообмена в отрасли.

Таким образом, законодательные проблемы регулирования рынка медицинских услуг достаточно обширны, не охватываются и не ограничиваются тем режимом, который создан действующими Основами законодательства об охране здоровья граждан. В связи с этим необходима разработка нового специального закона либо существующая переработка Основ.

3. ПРЕДМЕТ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫМ ЗАКОНОМ ОТНОШЕНИЙ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН.

Под охраной здоровья граждан Основы понимают совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней

ст.3). Иными словами, это отношения, во-первых, регулируемые – в соответствующей части раздельно – нормами публичного и частного права; во-вторых, с участием публичного субъекта (государства и муниципальных образований) в гражданских отношениях; в-третьих, с участием потребителей.

Предмет правового регулирования уточняется задачами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ст.4 Основ):

1) определение ответственности и компетенции Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга по вопросам охраны здоровья граждан в соответствии с Федеративным договором, а также определение ответственности и компетенции органов местного самоуправления по вопросам охраны здоровья граждан;

2) правовое регулирование в области охраны здоровья граждан деятельности предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, а также государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;

3) определение прав граждан, отдельных групп населения в области охраны здоровья и установление гарантий их соблюдения;

² Тема гарантий предваряется установлением, что государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией Российской Федерации и иными законодательными актами Российской Федерации, Конституциями и иными законодательными актами республик в составе Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации (абз.2 ст.1 Основ).

туции Российской Федерации и Конституций республик в составе Российской Федерации, настоящих Основ и принимаемых в соответствии с ними других законодательных актов Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации, а также правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга (абз.1 ст.3 Основ). При этом законодательные акты республик в составе Российской Федерации, правовые акты автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга не должны ограничивать права граждан в области охраны здоровья, установленные Основами (абз.3 ст.3 Основ), по поводу чего Конституцией, а позже и Гражданским кодексом, дано более точное установление: гражданские права могут быть ограничены федеральным законом 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 (п.3 ст.55 Конституции РФ, п.2 ст.1 ГК РФ).

Надо отдельно отметить, что Основы вступили в действие за полгода до принятия нынешней Конституции³, будучи перестроенно-искаженным отражением прежней организации здравоохранения. Впоследствии многократно подвергшиеся изменениям, они до настоящего времени сохранили несоответствие окружающим реалиям.

Таким образом, в целом видно, что Основы:

- сохраняют незыблемость советской организации здравоохранения в современных политических, экономических и правовых условиях;
- рассматривают сферу охраны здоровья через призму подвластности;
- не дифференцируют в этой связи различий ни между публичной и частной сферами в здравоохранении, ни между институтами оказания медицинской помощи и

ее оплаты, ни между политической и платежной ролью государстве в сфере охраны здоровья и т.п.

Возникает вопрос, какие отношения должны охватываться регулированием нормами специального закона в сфере охраны здоровья граждан.

Очевидно, что предметом регулирования специальным законом являются отношения, складывающиеся между их участниками по поводу целенаправленного профессионального воздействия на здоровье граждан с целью поддержания и улучшения его состояния.

Здравоохранение может заниматься только тем, что ему доступно – через оказание медицинской помощи. Экологическая, экономическая и социальная обстановка в стране для здравоохранения недоступна, поэтому это – не вопросы здравоохранения.

Функциями Министерства здравоохранения и социального развития могут быть формирование здорового образа жизни, профилактика и т.д., но это тоже не функции здравоохранения. Функции Минздравсоцразвития определяются соответствующим Положением о его компетенции, функции здравоохранения в стране – специальным законом.

Здоровье поддерживается и улучшается не мерами политического, экономического, правового,

в товарной оболочке услуг другой части общества – потребителям. Эти услуги оказываются в гражданском обороте, а не в публичной сфере (в механизме государства или муниципальных образований).

Процессы, происходящие в публичной сфере, определяются ролью публичного субъекта в отношении и в отношениях с участниками гражданского оборота в сфере охраны здоровья.

Роль государства в качестве публичного регулятора отношений в этой сфере проявляется именно в создании специального закона. И это – не вопрос подзаконного нормотворчества механизма государства и местного самоуправления по уровням компетенции, это вопрос эффективности организации гражданского оборота в сфере охраны здоровья граждан.

Поэтому целями специального закона являются обеспечение единства экономического пространства и свободы экономической деятельности в сфере охраны здоровья, создание условий для эффективного функционирования и развития гражданского оборота в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации.

Вторая роль государства в этих отношениях – проводника социальной политики в качестве плательщика в пользу граждан. Никаких других средств ведения социальной

Здоровье поддерживается и улучшается не мерами политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, но только практической деятельностью специально обученных профессионалов, осуществляющих ее в гражданском обороте.

социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, но только практической деятельностью специально обученных профессионалов, осуществляющих ее в гражданском обороте. Одна часть общества – носители медицинской профессии – в предусмотренных законом границах и соответствующем корпоративном или некорпоративном качестве оказывает медицинскую помощь

политики в гражданском обороте, кроме финансовых, государство не имеет. Иные (административные) обречены на неэффективность постольку, поскольку не соответствуют характеру отношений в гражданском обороте.

Поэтому специальный закон должен определять экономические, правовые и организационные основы социальной политики государства в сфере охраны здоровья и оказания медицинской помощи

³ кстати, такой вид закона, как Основы, действующая Конституция не предусматривает. Вызывает вопрос также, почему принятые ранее Конституции Основы были признаны в качестве Закона Российской Федерации.

лицами, осуществляющими медицинскую деятельность, в гражданском обороте.

Размещая средства казны в гражданском обороте, государство оплачивает медицинскую деятельность хозяйствующих субъектов в порядке оказания медицинских услуг гражданам. В части подушевого распределения средств казны в бюджетном процессе – это функция государства в публичном качестве, в части производства оплаты медицинских услуг в гражданском обороте – функция плательщика в пользу граждан. Соответственно, специальный закон должен предусматривать различия и границу действия бюджетного и гражданского права в движении средств казны.

Еще одна роль государства в гражданском обороте в сфере охраны здоровья граждан – фискальная, налоговая. Если в реальном секторе экономики товаропроизводители участвуют в достижении социального эффекта опосредованно (через уплату налогов), то в социальной сфере – напрямую, через осуществление соответствующей деятельности, в частности, в здравоохранении – через оказание медицинских услуг. Соответственно, специальный закон должен устанавливать правила налоговых преференций для хозяйствующих субъектов, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья⁴. Основы лишь распределили соответствующую публичную компетенцию: к ведению Российской Федерации в вопросах охраны здоровья граждан относится определение налоговой политики (в том числе льгот по налогам, сборам и иным платежам в бюджет) в области охраны здоровья граждан (п/п. 5 ст.5), к ведению республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга – предоставление льгот по налогам, сборам и иным платежам в бюджет в установленном порядке для предприятий, учреждений и организа-

ций, деятельность которых направлена на охрану здоровья граждан (п/п.6 ст.6, п/п.6 ст.7) – нормы, которые в реалиях не работают. Специальный закон в сфере охраны здоровья граждан должен прямо устанавливать правила налогообложения хозяйствующих субъектов, осуществляющих деятельность в такой части социальной сферы, как здравоохранение, и критерии их различия в фискальной политике от тех, которые осуществляют деятельность в реальном секторе экономики.

Следующая роль государства в гражданском обороте в сфере охраны здоровья граждан – надзорная. Это функция допуска в гражданский оборот субъектов соответствующей деятельности в соответствии с законодательством о лицензировании. Медицинская деятельность лицензируется в соответствии со специальным Положением, требования и условия которого должны корреспондировать характеру этой деятельности и быть нацелены на нормализацию функционирования и развитие гражданского оборота в сфере охраны здоровья граждан. Во многом интересы государства при осуществлении этой функции сходятся с интересами медицинского сообщества, которые выражают различные медицинские объединения (не профессиональные медицинские ассоциации, как то в противоречии с Гражданским кодексом – ст.121 установили Основы – ст.62). Отсюда надзорная роль государства в значительной мере меняется в зависимости от эффективности развития институтов медицинского сообщества в соответствии с законодательством о саморегулируемых организациях. Специальный закон должен определить механизм общественно-государственного партнерства и распределить задачи государства и медицинского сообщества в осуществлении надзорной функции в гражданском обороте в сфере охраны здоровья граждан.

Наконец, еще одна роль государства в гражданском обороте в сфере охраны здоровья граждан – разрешительная. Это функция допуска объектов потенциальной пользы и вреда для потребителей в соответствии с законодательством о техни-

ческом регулировании. В отличие от иных используемых в сфере охраны здоровья объекты – равно средства производства медицинских услуг и товары потребительского назначения – существуют для целенаправленного воздействия на здоровье. Основы (ст.43) ввели презумпцию запрета на допуск в оборот как необоротных профессиональных технологий (методов профилактики, диагностики, лечения, медицинских технологий), так и товаров медицинского назначения (лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств). Если бы установления Основ в части разрешений необоротных профессиональных технологий соблюдались, это привело бы к параличу медицинской деятельности. Очевидно, разрешительный режим в сфере охраны здоровья граждан нуждается в более взвешенном определении специальным законом.

Участие государства в определении правового режима гражданского оборота в сфере охраны здоровья граждан является многообразным и многомерным и не сводится к простому поименованию и перечислению публичных компетенций и частных прав участников оборота.

Напротив, специальный закон в сфере охраны здоровья граждан должен быть освобожден от понятий, не имеющих правового наполнения.

Так, социальные гарантии остаются не более чем декларациями в отсутствие механизмов обеспечения или при ошибке в предмете. К сожалению, в сфере охраны здоровья граждан ошибка в предмете социальных гарантий заложена в конституционной норме: медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений (п.1 ст.41 Конституции РФ). В действительности бесплатная для граждан медицинская помощь оплачивается за счет средств государственной казны, а не оказывается в медицинских организациях публичной принадлежности. Это подтверждается, в частности, тем, что к оказанию бесплатной для

4 На конференции «Россия и мир: вызовы нового десятилетия» министр экономического развития Эльвира Набиуллина озвучила намерения правительства освободить от налога на прибыль частные школы и больницы, а также другие организации, которые занимаются бизнесом в сфере здравоохранения и образования - <http://news.tut.by/economics/art159390y.html>.

граждан медицинской помощи за счет средств государственных внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования допущены частные медицинские организации. Тем самым социальные гарантии государства распространяются на оплату, а не на оказание медицинской помощи гражданам.

В целом, специальный закон должен охватывать отношения, которые связаны с организацией гражданского оборота в области охраны здоровья, с оказанием и оплатой медицинских услуг гражданам, в том числе за счет средств государственной казны и в порядке страхования, с допуском в гражданский оборот в области охраны здоровья субъектов и объектов медицинской деятельности и его ограничениями, с установлением правового режима осуществления медицинской деятельности в порядке оказания меди-

цинских услуг (медицинской помощи), с определением содержания социальной политики государства в области охраны здоровья граждан, социальной роли медицинского сообщества и медицинских объединений.

Таким образом, изложенное позволяет сделать следующие обобщения – специальный закон в сфере охраны здоровья:

- предметом регулирования должен иметь отношения, складывающиеся между их участниками по поводу целенаправленного профессионального воздействия на здоровье граждан с целью поддержания и улучшения его состояния;

- целями должен иметь обеспечение единства экономического пространства и свободы экономической деятельности в сфере охраны здоровья, создание условий для эффективного функционирования

и развития гражданского оборота в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации;

- должен распространяться на отношения, которые связаны с организацией гражданского оборота в области охраны здоровья, с оказанием и оплатой медицинских услуг гражданам, в том числе за счет средств государственной казны и в порядке страхования, с допуском в гражданский оборот в области охраны здоровья субъектов медицинской деятельности и его ограничениями, с установлением правового режима осуществления медицинской деятельности в порядке оказания медицинских услуг (медицинской помощи), с определением содержания социальной политики государства в области охраны здоровья граждан, социальной роли медицинского сообщества и медицинских объединений.

Подписка на любом почтовом отделении связи по каталогу "Роспечать"

ф. СП-1		ФГУП "ПОЧТА РОССИИ" УФПС г.Москва									
АБОНЕМЕНТ на журнал		47661 <small>(индекс издания)</small>									
Главный врач: хозяйство и право <small>(наименование издания)</small>		Количество комплектов:									
на 2010 год по месяцам:											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
						X	X	X	X	X	X
Куда <small>(почтовый индекс)</small>		<small>(адрес)</small>									
Кому <small>(фамилия, инициалы)</small>											

		ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА									
		на журнал 47661 <small>(индекс издания)</small>									
ПВ	место	литер									
Главный врач: хозяйство и право <small>(наименование издания)</small>		Количество комплектов:									
Стоимость	подписки	руб. ___ коп.	Количество комплектов:								
	переадресовки	руб. ___ коп.									
на 2010 год по месяцам:											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
						X	X	X	X	X	X
Куда <small>(почтовый индекс)</small>		<small>(адрес)</small>									
Кому <small>(фамилия, инициалы)</small>											

Одной из функций контроля и надзора, определенных в Указе Президента РФ от 9 марта 2004 г. N 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти», является выдача органами государственной власти, разрешений (лицензий) на осуществление определенного вида деятельности и (или) конкретных действий юридическим лицам и гражданам.

Актом надзора в сфере здравоохранения в части допуска в оборот субъектов экономической деятельности за ними признается 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 (п.1 ст.49).

Федеральный закон от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ (в ред. от 11 марта 2003 г.) «О лицензировании отдельных видов деятельности» в ст. 2 следующим образом определяет понятие лицензии. «Лицензия – это специальное разрешение на осуществление конкретного вида деятельности при обязательном соблюдении лицензионных требований и условий, выданное лицензирующим органом юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю».

Процесс лицензирования законом определен как «мероприятия, связанные с предоставлением лицензий, переоформлением документов, подтверждающих наличие лицензий, приостановлением действия лицензий в случае административного приостановления деятельности лицензиатов за нарушение лицензионных требований и условий, возобновлением или прекращением действия лицензий, аннулированием лицензий, контролем лицензирующих органов за соблюдением лицензиатами при осуществлении лицензируемых видов деятельности соответствующих лицензионных требований и условий, ведением реестров лицензий, а также с предо-

СОСТОЯНИЕ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РАЗРЕШИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ ДЛЯ ПОДНАДЗОРНЫХ ХОЗЯЙСТВУЮЩИХ СУБЪЕКТОВ

Показано, что в существующей практике государственного надзора для оказания единственной медицинской услуги требуется семь разных лицензий, что создаёт административные барьеры и порождает коррупцию.

Ключевые слова: лицензирование, Росздравнадзор, Роспотребнадзор

ставлением в установленном порядке заинтересованным лицам сведений из реестров лицензий и иной информации о лицензировании».

В качестве критериев определения лицензируемых видов деятельности

в законе рассматривается возможность нанесения в результате осуществления определенной деятельности ущерба правам, законным интересам, здоровью граждан, обороне и безопасности государства,

культурному наследию народов Российской Федерации.

Применительно к медицинской деятельности в качестве критерия отнесения ее к лицензируемому виду деятельности рассматривается возможность нанесения вреда, ущерба здоровью при оказании медицинской помощи.

Обязательным условием отнесения видов деятельности к лицензируемым является невозможность регулирования данных видов иными методами, кроме лицензирования.

Лицензирование является разрешительно-надзорной процедурой, основными элементами которой являются разрешение и надзор. Такое понимание лицензирования соответствует в целом пониманию этого института законодателем.

Для того чтобы приобрести права на осуществление определенного вида деятельности (право на вступление в гражданское правоотношение) юридическое лицо или индивидуальный предприниматель должны вначале вступить в административное правоотношение с органом государства.

Данные правоотношения, опосредствующие управляющие воздействия управомоченных органов на хозяйствующие субъекты, исходят как из интересов самих хозяйствующих субъектов, так и из интересов общества и государства.

Одним из субъектов лицензионных правоотношений является орган исполнительной власти, имеющий полномочия в области лицензирования.

Другим же субъектом выступает юридическое лицо или индивидуальный предприниматель. В правоотношениях по предоставлению лицензий он (она) именуется соискателем лицензии, в остальных — лицензиатом.

В процессе лицензирования государственный контроль и надзор над деятельностью, представляющей публичный интерес, реализуется как путем предварительного (на стадии выдачи лицензий), так и последующего контроля и надзора за соблюдением лицензиатами лицензионных требований и условий.

При этом институт лицензирования позволяет государству обеспечивать безопасность потенциально

опасной деятельности, не вводя государственную монополию на ее осуществление и не ограничивая тем самым свободу предпринимательства.

Лицензия является подтверждением соответствия хозяйствующего субъекта установленным государством условиям и требованиям применительно к соответствующей деятельности.

Государство, выдавая лицензию юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю, берет на себя ответственность за соответствие осуществляемой деятельности интересам безопасности общества, граждан.

В то же время, любой гражданин абсолютно уверен, что наличие лицензии у юридического лица или индивидуального предпринимателя означает, что их деятельность находится под постоянным контролем государства и соответствует требованиям и условиям, установленным для данной лицензии.

Таким образом, лицензирование позволяет в условиях рыночной экономики гарантировать как права и законные интересы граждан, так и общества в целом.

Для оказания медицинских услуг в полном объеме медицинской организации необходимо получить семь лицензий в зависимости от работ и услуг, оказываемых в данной организации.

Во-первых, лицензия на медицинскую деятельность.

Во-вторых, лицензия на деятельность, связанную с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список II в соответствии с Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах», если осуществляется данная деятельность.

В-третьих, лицензия на деятельность, связанную с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список III в соответствии с Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах», если осуществляется данная деятельность.

В-четвертых, лицензия на деятельность в области использования источников ионизирующего излучения, если оказание услуг проводится с использованием рентгеновской

аппаратуры.

В-пятых, лицензия на фармацевтическую деятельность, если в структуре организации имеется аптека.

В-шестых, лицензия на деятельность, связанную с использованием возбудителей инфекционных заболеваний, если осуществляется лабораторная диагностика данных возбудителей.

В-седьмых, лицензия на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в случае, если таковая оказывается.

I. Порядок лицензирования медицинской деятельности установлен постановлением Правительства РФ от 22 января 2007 г. N 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности».

Этим постановлением установлены лицензионные требования и условия и перечень работ и услуг, подлежащих лицензированию.

Лицензирование медицинской деятельности организаций муниципальной и частной систем здравоохранения (за исключением деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи) осуществляют органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации (статья 5.1).

Лицензирование медицинской деятельности организаций государственной системы здравоохранения, а также деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (статья 5)6.

Проблемы лицензирования медицинской деятельности, в особенности соблюдения лицензионных требований и условий, будут рассмотрены отдельно.

II. Порядок лицензирования деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список II и Список III в соответствии с Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах», установлен постановлением Правительства РФ от 4 ноября 2006 г. N 648 «Об утверждении положений о лицензировании деятельности, связанной с оборотом нар-

котических средств и психотропных веществ».

Лицензирование деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, осуществляют органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптеками федеральных организаций здравоохранения), а также Федеральная

а именно – предоставление статистической отчетности и требования к специальной профессиональной подготовке специалистов, осуществляющих деятельность, связанную с оборотом наркотических средств и психотропных веществ. Тем самым установлена высокая строгость исполнения лицензионных требований и условий, так как за любое нарушение из четырнадцати следует административное взыскание.

Особо хочется обратить внима-

специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации», ни в приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 июля 2009 г. N 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» нет такой специальности по работе с наркотическими средствами и психотропными веществами. Соответственно нельзя получить и сертификат в отсутствие специальности.

В связи с чем понятие «соответствующая подготовка» создает неопределенность данного требования и позволяет лицензирующим органам самостоятельно трактовать данный вопрос, при этом устанавливая свои собственные требования к соискателю лицензии и лицензиату?

Деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, строго регламентирована законом и подзаконными документами, поэтому возникает законный вопрос – для того, чтобы соблюдать закон необходимо специальное образование? Получается, что хирург, назначающий наркотическое средство прооперированному больному в послеоперационном периоде и тем самым участвующий (в соответствии с законом) в обороте наркотических средств, должен получить для этого специальное образование? Медсестра, которая делает инъекцию морфина, тоже должна получить специальное образование? Чему при этом их будут учить? Как правильно дозировать наркотическое средство или как правильно его взять из сейфа, записать в историю болезни, сдать пустую ампулу старшей сестре?

Неукоснительное выполнение требований законодательства об обороте наркотических средств и психотропных веществ не имеет никакого отношения к безопасности оказания медицинской помощи больному. Данные законодательные и нормативные документы не имеют никакого отношения к процессу лечения.

Квалифицированная работа анестезиолога-реаниматолога невозможна без этих лекарственных

Если в законе требование о специальной профессиональной подготовке специалистов относится только к специалисту, входящему в состав руководства (статья 10), то в постановлении о лицензировании это требование распространяется уже на всех специалистов, осуществляющих деятельность, связанную с оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития - в части деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптеками федеральных организаций здравоохранения.

Лицензия при этом получается отдельно на Список II и на Список III.

То есть, если медицинская организация использует при оказании медицинской помощи лекарственные средства в полном объеме, то обязана получить две лицензии.

Из семнадцати лицензионных требований и условий, установленных постановлением Правительства РФ от 4 ноября 2006 г. N 648, девять имеют просто ссылки на статьи Федерального закона от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», то есть акцентируют внимание лицензиата на неукоснительном соблюдении именно определенных статей закона. При этом возникает вопрос – а выполнение остальных статей обязательно? Кроме того, насколько обоснованно наличие такого большого количества лицензионных требований и условий, если в 50% можно просто определить одним пунктом - соблюдение требований Закона «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Только три лицензионных требования и условия не относятся к грубым,

что если в законе требование о специальной профессиональной подготовке специалистов относится только к специалисту, входящему в состав руководства (статья 10), то в постановлении о лицензировании это требование распространяется уже на всех специалистов, осуществляющих деятельность, связанную с оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

Кроме того, не регламентировано ни одним нормативным документом Минздравсоцразвития требование Федерального закона от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» и постановления Правительства РФ от 4 ноября 2006 г. N 648 о наличии «сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица».

Исходя из этих требований, у специалиста должна быть профессиональная подготовка и сертификат по работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, соответствующая требованиям Закона «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Ни в приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2009 г. N 210н «О номенклатуре специальностей

средств, но он не осуществляет при этом деятельность в обороте наркотических средств и психотропных веществ.

Определение в статье 1 Закона, данное понятию «оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров» требует дополнительного разъяснения в связи с наличием в этом понятии слова «использование».

При этом в соответствии с постановлением Правительства РФ от 4 ноября 2006 г. N 648 проводится лицензирование производства, изготовления, переработки, хранения, перевозки, отпуска, реализации, распределения, приобретения, использования и уничтожения наркотических средств и психотропных веществ.

Медицинская организация не занимается оборотом наркотических средств и психотропных веществ, она не торгует ими, она использует их на благо пациентов при оказании медицинских услуг. Применение этих лекарственных средств является непременным атрибутом средств производства медицинской организации при оказании этих услуг. Тогда о лицензировании какой деятельности в данном случае идет речь?

При этом если в стационаре пациенту непосредственно вводится данное лекарственное средство и этот процесс считается «использованием», то в амбулаторно-поликлинической сети врач только выписывает рецепт, а пациент уже лично получает наркотическое средство в аптеке и при этом хранит его дома без лицензии и каких-либо дополнительных требований и условий. Медсестра, которая приходит на дом делать инъекцию онкологическому больному, тоже работает без лицензии и «соответствующего образования».

При этом и больной, и медсестра, получается, также участвуют в «использовании» наркотического средства.

Почему стационар обязан получать лицензию, а поликлиника – нет?

В этом случае получается, что термин «использование» при оказании медицинской помощи в стационаре и при оказании медицинской помощи в поликлинике, имеет различное значение? Если в одном и другом

случае использует наркотическое средство пациент, то в чем принципиальное различие, которое заставляет стационар получать дополнительную лицензию? Только лишь в том, что в стационаре можно применить слово «хранение»? В обоих случаях продуктом медицинской организации является медицинская услуга, а не продажа наркотических средств и психотропных веществ. Плату стационар получает только за медицинскую услугу. Тогда что в этом случае регулирует государство, выдавая лицензию на объект неэкономического оборота?

Разрешение на применение в процессе лечения наркотических средств и психотропных веществ, выдаваемое государством в виде лицензии, означает только одно – государство вмешивается в процесс лечения, регулируемый правилами медицины, а не законами или другими подзаконными актами. Ведь применение того или иного лекарственного средства в лечении больного регламентировано стандартами медицинской помощи и при поступлении больного в стационар с диагнозом, требующем введения наркотического средства или психотропного вещества, зачастую невозможно выполнение стандарта в связи с отсутствием данного лекарственного средства в медицинской организации.

Нет лицензии – нет лекарственного средства.

тических средств только один вред – привыкание и передозировка, что в процессе лечения, регламентированного множеством нормативных документов, невозможно. Так, если в процессе лечения возможность нанесения вреда пациенту применением наркотических средств и психотропных веществ заключается в передозировке (что возможно при применении любого лекарственного средства), то почему данная деятельность подлежит лицензированию?

Выводы:

1. Использование, применение наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях не является частью оборота наркотических средств и психотропных веществ и, следовательно, лицензированию не подлежит.

2. Требования, установленные постановлением Правительства РФ от 4 ноября 2006 г. N 648 «Об утверждении положений о лицензировании деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ» о специальной профессиональной подготовке всех специалистов, осуществляющих деятельность, связанную с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и повышению квалификации данных специалистов раз в 5 лет, противоречит требованиям статьи 10 Федерального закона от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных

Разрешение на применение в процессе лечения наркотических средств и психотропных веществ, выдаваемое государством в виде лицензии, означает только одно – государство вмешивается в процесс лечения, регулируемый правилами медицины, а не законами или другими подзаконными актами.

Заорганизованность данного вопроса привела к тому, что врачи, не желая связываться с бумажной волокитой, просто стараются не назначать пациентам наркотические средства и психотропные вещества, заменяя их более легкими обезболивающими, при этом зачастую принося огромные страдания пациентам. Вред от болезни в данном случае превышает вред, который мог бы произойти в случае применения наркотических средств. А от нарко-

веществах» о наличии такой подготовки только к специалисту, входящему в состав руководства.

III. Для работы с медицинскими рентгеновскими аппаратами необходимо получить лицензию на работу с источниками ионизирующего излучения.

Необходимость лицензирования данного вида деятельности определена Федеральным законом от 9 января 1996 г. N 3-ФЗ «О радиа-

ционной безопасности населения» (статья 10) и Федеральным законом от 21 ноября 1995 г. N 170-ФЗ «Об использовании атомной энергии» (статья 26).

Порядок лицензирования регламентирован постановлением Правительства РФ от 25 февраля 2004 г. N 107 «Об утверждении Положения о лицензировании деятельности в области использования источников ионизирующего излучения».

Лицензирование деятельности в

отвечает и не может по объективным причинам отвечать требованиям обеспечения безопасности), а только на том основании, что индивидуальный предприниматель осуществляет свою деятельность без образования юридического лица, чем искажаются цели и принципы лицензирования.

Федеральный закон «О радиационной безопасности населения» запрет на получение индивидуальными предпринимателями лицензии на занятие такой деятельностью не

деятельность.

Однако при этом соискатель лицензии не может получить лицензию на медицинскую деятельность для выполнения работ и услуг по рентгенологии без санитарно-эпидемиологического заключения, которое выдается тем же самым органом Роспотребнадзора только при наличии лицензии на работу с источниками ионизирующего излучения.

Замкнутый бюрократический круг каждый обходит по-своему. Некоторые вначале получают лицензию на медицинскую деятельность (допустим по стоматологии), затем начинают новый круг лицензирования уже для получения лицензии на работу с источниками ионизирующего излучения, а потом вновь круг лицензирования уже для получения дополнения в лицензию на медицинскую деятельность на работы по рентгенологии.

Другие сразу напрямую известным способом решают вопрос с органом Роспотребнадзора, чтобы не делать несколько кругов по лицензирующим органам.

Выводы:

1. Наличие в постановлении Правительства РФ от 25 февраля 2004 г. N 107 «Об утверждении Положения о лицензировании деятельности в области использования источников ионизирующего излучения» пункта о необходимости предоставления соискателем лицензии копии на медицинскую деятельность создает излишние административные барьеры при лицензировании и кроме того данный пункт является коррупционным по своей сути, ибо при первичном лицензировании соискатель лицензии не может представить копию лицензии на медицинскую деятельность, а лицензию на медицинскую деятельность по рентгенологии не может получить без лицензии на работу с источниками ионизирующего излучения.

2. Лицензирование деятельности в области использования источников ионизирующего излучения - аппаратами рентгеновскими медицинскими (в том числе стоматологическими) с успехом может быть заменено Техническим регламентом, так как в данном случае процесс лицензирования регулирует только техни-

Лицензирование деятельности в области использования источников ионизирующего излучения осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

области использования источников ионизирующего излучения осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

«Настоящее Положение определяет порядок и условия лицензирования деятельности в области использования источников ионизирующего излучения, осуществляемой юридическими лицами (далее - лицензиатами)».

Согласно Положению о лицензировании деятельности в области использования источников ионизирующего излучения соискателями лицензии на указанную деятельность и лицензиатами являются юридические лица (п. 1, 7, 14 и 15), физические же лица - индивидуальные предприниматели среди возможных соискателей и лицензиатов не называются. При этом в Положении нет отсылки к каким-либо нормам федеральных законов, которые служили бы основанием для подобного ограничения.

Тем самым подзаконным актом для индивидуальных предпринимателей фактически создается препятствие в реализации права на предпринимательскую медицинскую деятельность в области рентгенологии, гарантированного им статьей 34 (часть 1) Конституции Российской Федерации, причем не в силу каких-либо конституционно значимых обстоятельств (например, если их деятельность не

содержит. В соответствии с ранее действовавшим Положением о лицензировании деятельности, связанной с источниками ионизирующего излучения (генерирующими) лицензии предоставлялись не только юридическим, но и физическим лицам, осуществляющим предпринимательскую деятельность без образования юридического лица.

Конституционный Суд РФ 3 июля 2007 г. по жалобе гражданина Тимова Евгения Михайловича на нарушение его конституционных прав рядом положений Федерального закона «О радиационной безопасности населения» и Положения о лицензировании деятельности в области использования источников ионизирующего излучения» определил, что индивидуальные предприниматели могут являться субъектами лицензионной деятельности в части работ (услуг) по рентгенологии, и имеют возможность получить лицензию на деятельность в области обращения с источниками ионизирующего излучения - аппаратами рентгеновскими медицинскими (в том числе стоматологическими).

Для получения лицензии на работу с источниками ионизирующего излучения соискатель лицензии, использующий радиационные источники медицинского и лечебно-диагностического назначения, представляет в лицензирующий орган копию лицензии на медицинскую

ческие требования к помещениям, аппаратам и порядку осуществления контроля за радиационной безопасностью.

IV. При наличии в структуре медицинской организации аптеки необходимо получить лицензию на фармацевтическую деятельность.

Порядок лицензирования фармацевтической деятельности регламентирован постановлением Правительства РФ от 6 июля 2006 г. N 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности».

Лицензирование фармацевтической деятельности осуществляют органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами, предназначенными для медицинского применения, и аптеками федеральных организаций здравоохранения, и деятельности, осуществляемой в сфере обращения лекарственных средств, предназначенных для животных), а также Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития - в части деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами, предназначенными для медицинского применения, и аптеками федеральных организаций здравоохранения¹⁸.

Настоящее Положение определяет порядок лицензирования фармацевтической деятельности, осуществляемой юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, включающей оптовую, розничную торговлю лекарственными средствами и изготовление лекарственных средств.

Лицензирование аптек, являющихся структурным подразделением медицинской организации, осуществляется на основании выводов, сделанных в Методических рекомендациях «Об организации контроля за соблюдением лицензионных требований и условий при осуществлении фармацевтической деятельности аптеками лечебно-профилактических учреждений», утвержденных Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения

и социального развития 1 августа 2008 г.

«Исходя из того, что фармацевтическая деятельность – это деятельность, осуществляемая организациями оптовой торговли и аптечными учреждениями в сфере обращения лекарственных средств, а обращение лекарственных средств – это обобщенное понятие деятельности включающей разработку, исследование, производство, изготовление, хранение, упаковку, перевозку, государственную регистрацию, стандартизацию и контроль качества, продажу, маркировку, рекламу, применение лекарственных средств, уничтожение лекарственных средств, пришедших в негодность, или лекарственных средств с истекшим сроком годности и иные действия в сфере обращения лекарственных средств, к аптекам медицинских организаций применимы такие виды деятельности, как: хранение, перевозка, упаковка, контроль качества лекарств, изготовление лекарственных средств в аптечных условиях, уничтожение лекарственных средств, пришедших в негодность».

Далее Методические рекомендации констатируют - «Таким образом, мы косвенно подводим деятельность аптек учреждений здравоохранения через обращение лекарственных средств к фармацевтической деятельности, которая в соответствии с Федеральным законом от

ми, лицензирующие органы не интересуют. Их интересует возможность осуществления надзора.

То, что в данном случае лицензионные требования и условия при осуществлении фармацевтической деятельности могут быть применены только в части профессионального образования специалистов, а остальные пункты не могут быть даже косвенно притянуты к возможности их выполнения, также не интересуют лицензирующие органы.

То, что юридическое лицо в данном случае использует лекарственные средства только как средства производства при оказании медицинской услуги и закупает их для использования при ее оказании, подобно любому пациенту, являющемуся покупателем лекарственных средств в аптеке, осуществляющей розничную торговлю, вообще никого не интересует.

Надзор ради надзора – принцип лицензирования аптек, находящихся в структуре медицинских организаций.

Вывод:

1. Деятельность аптек, являющихся структурным подразделением юридического лица и не осуществляющих оптовую и розничную торговлю лекарственными средствами, лицензированию не подлежит.

2. Лицензирование деятельности таких аптек – это создание дополнительного административного барьера

Порядок лицензирования фармацевтической деятельности регламентирован постановлением Правительства РФ от 6 июля 2006 г. N 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности».

08.08.2001 N 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», является лицензируемой».

Вот так, по косвенным признакам и происходит лицензирование не просто юридического лица или индивидуального предпринимателя, а структурного подразделения юридического лица.

То, что данное структурное подразделение не участвует в экономическом обороте, не осуществляет торговлю лекарственными средствами

ра для осуществления медицинской организации основной своей функции – оказания медицинских услуг.

V. При наличии в составе медицинской организации бактериологической или клинико-диагностической лаборатории, проводящей диагностику возбудителей инфекционных заболеваний III-IV группы патогенности необходимо получить лицензию на деятельность, связанную с использованием возбудителей

инфекционных заболеваний.

Порядок лицензирования определен постановлением Правительства РФ от 22 января 2007 г. N 31 «Об утверждении Положения о лицензировании деятельности, связанной с использованием возбудителей инфекционных заболеваний».

Лицензированию подлежат деятельность, связанная с использованием возбудителей инфекционных заболеваний, в том числе общих для человека и животных (микро-

Если подходить к этой проблеме с точки зрения безопасности, то акушер-гинеколог или уролог, берущий мазок на исследование ПБА III-IV групп патогенности находится в большей опасности, чем лаборант клинико-диагностической лаборатории, работающий с обеззараженным штаммом, и в этом случае по здравому смыслу лицензия необходима врачам специалистам, если так уж необходима она для обеспечения безопасности.

и осуществляет свою деятельность только для данной организации и не является самостоятельным субъектом оказания услуг, то лицензирование в этом случае является просто административным барьером.

Вывод:

Деятельность являющейся структурным подразделением медицинской организации лаборатории, связанная с использованием возбудителей инфекционных заболеваний, лицензированию не подлежит.

Лицензирование высокотехнологичной медицинской помощи должно осуществляться в рамках лицензирования одного вида деятельности – медицинской деятельности и в одном органе лицензирования.

организмов, в том числе генетически измененных, бактериальных токсинов, простейших, гельминтов и ядов биологического происхождения I - IV групп патогенности, их производственных, музейных штаммов и санитарно-показательных микроорганизмов, материалов, зараженных или с подозрением на зараженность возбудителями инфекционных заболеваний I - IV групп патогенности).

Лицензирование деятельности, связанной с использованием возбудителей инфекционных заболеваний, осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Порядок осуществления деятельности данных лабораторий установлен Санитарно-эпидемиологическими правилами СП 1.3.2322-08 «Безопасность работы с микроорганизмами III-IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2008 г. N 4.

При этом если еще можно понять опасность работы с патогенными биологическими агентами (ПБА) в бактериологических лабораториях, то лицензирование клинико-диагностических лабораторий, где работа производится с мертвыми штаммами ПБА вообще непонятна.

А лицензируют деятельность клинико-диагностической лаборатории. Ради чего?

Чем деятельность клинико-диагностической лаборатории опасна для пациента? Пациент принес в медицинскую организацию на себе (или в себе) ПБА III-IV групп патогенности, а мы начинаем тут же бороться за безопасность. Собственную безопасность? И для этого нужно иметь лицензию? Какую роль в этом случае играет процесс лицензирования? Государство дает разрешение на проведение лабораторных исследований?

Проведение лабораторных исследований является сутью единого медицинского процесса – диагностики в процессе оказания медицинской услуги. Насколько лабораторная диагностика опаснее для пациента, чем взятие мазка в кабинете уролога? Чтобы исключить опасность заражения других пациентов, нужно всего лишь соблюдать санитарные правила. Для этого лицензия не нужна.

Так что же преследует государство, выдавая лицензию на деятельность, связанную с использованием возбудителей инфекционных заболеваний? Если лаборатория оказывает услуги медицинским организациям и является юридическим лицом, то это еще понятно. Но если лаборатория является структурным подразделением медицинской организации

VI. Выделение лицензирования деятельности по оказанию высокотехнологичной помощи отдельно от лицензирования медицинской деятельности не имеет под собой оснований.

Лицензирование деятельности по оказанию высокотехнологичной помощи осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Законодательство на сегодняшний день не дает определения термину «высокотехнологичная медицинская помощь».

Единого списка сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий, относящихся к высокотехнологичной медицинской помощи, также нет. Имеется только список высокотехнологичной медицинской помощи, финансируемый из федерального бюджета.

Так что же в таком случае нужно лицензировать? Медицинскую помощь, определенную списком финансирования из федерального бюджета? Список меняется каждый год, следовательно, каждый год необходимо менять правила игры?

Медицинская организация получает лицензию на медицинскую деятельность в субъекте Федерации, затем еще дополнительно лицензию в Росздравнадзоре. Две лицензии на медицинскую деятельность. Как можно одну и ту же деятельность лицензировать дважды? Одни недолцензировали, другие продолжили?

Вывод:

Лицензирование высокотехнологичной медицинской помощи должно осуществляться в рамках лицензирования одного вида деятельности – медицинской деятельности и в

одном органе лицензирования.

В итоге получается, что для того, чтобы реализовать медицинскую услугу пациенту в полном объеме, нужно чтобы медицинскую организацию семь раз допустили в экономический оборот. Пройди семь инстанций, прими семь контролеров, а сколько раз нужно ксерокопировать регистрационные документы и документы на право владения помещениями? Семь раз эти документы проверят.

А потом начинается лицензионный контроль и семь контролеров друг за другом приходят и опять проверяют регистрационные документы и документы на право владения помещениями. Изучив все постановления о лицензировании, можно придти к выводу, что данные документы являются самыми главными при оказании медицинской услуги.

При этом контролеры приходят из трех лицензирующих органов и проверяют одни и те же документы. Тройной надзор по семи направлениям.

Не слишком ли много для одной организации? И когда при этом оказывать медицинские услуги?

Необходим пересмотр отношения органов надзора к вопросу комплексного лицензирования медицинской деятельности. Государство, допуская юридическое лицо или индивидуального предпринимателя в экономический оборот с целью оказания медицинских услуг должно один раз осуществлять этот допуск, выдавать одну лицензию на те услуги, за которые предприниматель будет получать плату. Все остальное, что необходимо для оказания этой услуги, не должно для этого предпринимателя лицензироваться, ибо теряется сам смысл процесса лицензирования.

Лицензирование ради лицензирования. Надзор ради надзора.

Эти дополнительные административные барьеры, отнимающие много денег у предпринимателя и создающие дополнительные кормушки для чиновников, должны быть устранены. Тем более эффекта от такого лицензирования и такого надзора для улучшения качества и безопасности медицинских услуг никакого. Только цена на услугу для пациента становится выше, так как предпри-

ниматель должен возместить свои убытки, понесенные при лицензировании. А при получении семи лицензий эти убытки значительны.

Обобщающие выводы:

1. Статью 31 «Использование наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях» Федерального закона от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» требуется дополнить пунктом 10 – «Использование наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях осуществляется на основании лицензии на медицинскую деятельность без дополнительного лицензирования деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ».

2. В постановлении Правительства РФ от 25 февраля 2004 г. N 107 «Об утверждении Положения о лицензировании деятельности в области использования источников ионизирующего излучения» требуется исключить подпункт «г» пункта 7 – «копия лицензии на медицинскую деятельность (для соискателей лицензии, использующих радиационные источники медицинского и лечебно-диагностического назначения)»

3. Деятельность являющихся структурным подразделением юридического лица (медицинской организации) лабораторий, связанная с использованием возбуди-

тельный Кодекс Российской Федерации. Часть первая» от 30 ноября 1994 года № 51-ФЗ.

2. Федеральный закон от 8 августа 2001 г. N 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

3. Кувшинов В. Лицензирование и квотирование внешней торговли. М., 1996. С. 156.

4. В. В. Кудашкин. Правовые аспекты лицензирования хозяйственной деятельности // Российское право. 1999. № 1.

5. Постановление Правительства РФ от 22 января 2007 г. N 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности»

6. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1.

7. Постановление Правительства РФ от 4 ноября 2006 г. N 648 «Об утверждении положений о лицензировании деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ» пункт 2.

8. Федеральный закон от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» статья 10.

9. Постановление Правительства РФ от 4 ноября 2006 г. N 648 «Об утверждении положений о лицензировании деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ» подпункты

При этом контролеры приходят из трех лицензирующих органов и проверяют одни и те же документы. Тройной надзор по семи направлениям.

лей инфекционных заболеваний, и аптек, не осуществляющих оптовую и розничную торговлю лекарственными средствами, лицензированию не подлежит.

4. Высокотехнологичная медицинская помощь подлежит лицензированию одного вида деятельности – медицинской деятельности и в одном органе лицензирования.

Использованные источники:

1. Федеральный закон «Граждан-

«р» и «с» пункта 5 и подпункт «е» пункта 7.

10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2009 г. N 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации».

11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 июля 2009 г. N 415н «Об

утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения».

12. Постановление Правительства РФ от 4 ноября 2006 г. N 648 «Об утверждении положений о лицензировании деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ» пункт 3.

13. Федеральный закон от 9 января 1996 г. N 3-ФЗ «О радиационной безопасности населения» статья 10.

14. Федеральный закон от 21 ноября 1995 г. N 170-ФЗ «Об использовании атомной энергии» статья 26.

15. Постановление Правительства РФ от 25 февраля 2004 г. N 107 «Об утверждении Положения о лицензировании деятельности в области использования источников ионизирующего излучения».

16. Определение Конституцион-

ного Суда РФ от 3 июля 2007 г. N 633-О-П.

17. Постановление Правительства РФ от 11 июня 1996 г. N 688 «Об утверждении Положения о лицензировании производства дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, Положения о лицензировании проведения дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных работ и Положения о лицензировании деятельности, связанной с источниками ионизирующего излучения (генерирующими)».

18. Постановление Правительства РФ от 6 июля 2006 г. N 416 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности».

19. Методических рекомендаций «Об организации контроля за соблюдением лицензионных требований и условий при осуществлении фарма-

цевтической деятельности аптеками лечебно-профилактических учреждений», утвержденных Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития 1 августа 2008 г.

20. Постановление Правительства РФ от 22 января 2007 г. N 31 «Об утверждении Положения о лицензировании деятельности, связанной с использованием возбудителей инфекционных заболеваний».

21. Санитарно-эпидемиологические правила СП 1.3.2322-08 «Безопасность работы с микроорганизмами III-IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2008 г. N 4.

Подписка на любом почтовом отделении связи по каталогу "Пресса России"

ф. СП-1

ФГУП "ПОЧТА РОССИИ"
УФПС г.Москвы

АБОНЕМЕНТ на журнал **39350**
(индекс издания)

Главный врач: хозяйство и право
(наименование издания)

Количество комплектов:		
------------------------	--	--

на 2010 год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда _____
(почтовый индекс) _____ (адрес)

Кому _____
(фамилия, инициалы)

ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА

на журнал **39350**
(индекс издания)

Главный врач: хозяйство и право
(наименование издания)

Стоимость	подписки	руб. _____ коп.	Количество комплектов:
	переадресовки	руб. _____ коп.	

на 2010 год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда _____
(почтовый индекс) _____ (адрес)

Кому _____
(фамилия, инициалы)

С.В.Лазарев, эксперт Некоммерческого партнерства «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник», к.м.н

С.А.Мамонтов, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ

А.В.Тихомиров, член НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», адвокат (МОКА), д.м.н, к.ю.н.

МОСКВА, 7 августа 2009 года - РИА Новости. Студенты-медики будут получать вместе с дипломом лицензию на работу¹.

Сейчас выпускники получают сертификаты на оказание медицинской помощи в той или иной области, но без конкретизации по видам.

«Мы перестраиваем систему медицинского образования таким образом, чтобы фактически вместе с дипломом студент получал пакетную лицензию с конкретным перечнем медицинской деятельности, которую он может выполнять», - сказала Скворцова в пятницу, выступая в эфире радиостанции «Эхо Москвы».

Она отметила, что вопросы лицензирования будут решаться самими лучшими специалистами медицинского сообщества России.

Кроме того, по словам Скворцовой, врачи-специалисты, имеющие лицензию на определенный вид деятельности, получают возможность работать в смежных областях. Например, врач-нейрохирург, пройдя соответствующий курс обучения, сможет самостоятельно проводить своим пациентам ультразвуковое исследование.

«Таким образом, мы открываем огромные возможности для профессионального совершенствования», - сказала Скворцова.

Подведомственные Минздравсоцразвития РФ вузы в этом году выпустили более 30 тысяч медиков и фармацевтов. Дипломы, в частности, получили более 13,5 тысячи врачей-специалистов, около 5 тысяч педиатров, более 1,5 тысячи санитарных врачей, около 4 тысяч стоматологов, более 3,5 тысячи провизоров и около 2 тысяч медицинских сестер с высшим образованием.

Кроме того, в 2009 году за счет средств федерального бюджета продолжают обучение в интернатуре 8,8 тысячи человек, в клинической ординатуре - 5 тысяч врачей, в аспирантуре - около 2 тысяч.

Право на занятие медицинской экономической деятельностью возникает с момента получения лицен-

¹ http://rian.ru/edu_news/20090807/180076914.html

ПРЕПЯТСТВИЯ ДЛЯ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ (продолжение)

Чтобы подлежать лицензированию, деятельность практических врачей должна стать предпринимательской.

Ключевые слова: правовой режим лицензирования, лицензирование медицинской деятельности, деятельность практических врачей

зии.

Вид деятельности, на осуществление которого предоставлена лицензия, может выполняться только получившим лицензию юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем (п.1 ст.7 Закона о лицензировании).

1. Юридическим лицом признается организация, которая имеет в собственности, хозяйственном ведении или оперативном управлении обособленное имущество и отвечает по своим обязательствам этим имуществом, может от своего имени при-

обретать и осуществлять имущественные и личные неимущественные права, нести обязанности, быть истцом и ответчиком в суде. Юридические лица должны иметь самостоятельный баланс или смету (п.1 ст.48 ГК).

Таким образом, выделяются следующие признаки юридического лица: 1) организационное единство; 2) имущественная обособленность; 3) самостоятельная имущественная ответственность по своим обязательствам; 4) выступление в гражданском обороте и при разрешении споров от

собственного имени.

Однако, учитывая то, что нередко в ведомствах создаются квази-организации «на правах юридического лица», «на функциональной основе» и т.д., следует иметь в виду, что пятым и, очевидно, основным признаком юридического лица в современной действительности является факт признания его государством, т.е. государственная регистрация. Все юридические лица регистрируются уполномоченным федеральным орга-

данским кодексом РФ, т.е. других организационно-правовых форм коммерческих организаций другими законами быть установлено не может. Напротив, перечень некоммерческих организаций является открытым: их новые формы могут быть предусмотрены иными федеральными законами.

По общему правилу коммерческие организации обладают общей правоспособностью, т.е. вправе осуществлять любые виды деятельно-

тельным критерием коммерческих и некоммерческих организаций является извлечение юридическими лицами прибыли. Для коммерческих организаций предпринимательство, т.е. извлечение прибыли, является основной целью деятельности (п.1 ст.50 ГК). Однако и некоммерческие организации при участии в гражданском обороте – с установленными законом и уставом ограничениями – осуществляют ту же предпринимательскую деятельность (п.3 ст.50 ГК). В этой связи обращает внимание, что тип юридического лица как коммерческой или некоммерческой организации не корреспондирует характеру осуществляемой им деятельности (предпринимательской или непредпринимательской).

Тем самым осуществление коммерческими и некоммерческими организациями предпринимательской деятельности не является критерием их различия. Таким критерием является способ распределения извлеченной прибыли (п.1 ст.50 ГК): если в коммерческих организациях прибыль распределяется между участниками, то в некоммерческих организациях она обращается на реинвестирование осуществляемой деятельности (на цели воспроизводства)².

За рубежом различаются юридические лица публичного права и юридические лица частного права. Для их взаимного отграничения используются различные критерии. Одним из них является природа акта, ставшего основанием для возникновения юридического лица. Если юридические лица публичного права создаются на основании публично-правового акта (закона, административного акта), то юридические лица частного права образуются на основании частного правового акта.

К отличительным признакам юридических лиц публичного права относят также публичный характер преследуемых целей, наличие властных полномочий, особый характер членства. В число юридических лиц публичного права включают государство, административно-территориальные единицы, государственные учреждения, торговые

Ограничение правоспособности коммерческих организаций может быть предусмотрено их учредителями (участниками).

ном исполнительной власти (Федеральный закон «О государственной регистрации юридических лиц от 8 августа 2001 года № 129-ФЗ»), в настоящее время – налоговыми органами.

По признаку отношения к выгодам от осуществляемой деятельности все юридические лица разделены на два типа: коммерческие и некоммерческие организации.

Юридическими лицами могут быть организации, преследующие извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности (коммерческие организации) либо не имеющие извлечение прибыли в качестве такой цели и не распределяющие полученную прибыль между участниками (некоммерческие организации) (п.1 ст.50 ГК).

Коммерческие организации, за исключением унитарных предприятий и иных видов организаций, предусмотренных законом, могут иметь гражданские права и нести гражданские обязанности, необходимые для осуществления любых видов деятельности, не запрещенных законом (п.1 ст.49 ГК).

Некоммерческие организации могут осуществлять предпринимательскую деятельность лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых они созданы, и соответствующую этим целям (п.3 ст.50 ГК).

Перечень коммерческих организаций исчерпывающе определен Граж-

дскими, не запрещенные действующим законодательством. Некоммерческие организации наделены специальной (ограниченной) правоспособностью: они вправе осуществлять только те виды деятельности, которые соответствуют целям, ради достижения которых они созданы, и определены в их учредительных документах.

Ограничение правоспособности коммерческих организаций может быть предусмотрено их учредителями (участниками).

Ограничение правоспособности юридических лиц вне зависимости, являются они коммерческими или некоммерческими, осуществляется также в разрешительном порядке. Отдельными видами деятельности, перечень которых определяется законом, юридическое лицо может заниматься только на основании специального разрешения (лицензии) (п.1 ст.49 ГК). Право юридического лица осуществлять деятельность, на занятие которой необходимо получение лицензии, возникает с момента получения такой лицензии или в указанный в ней срок и прекращается по истечении срока ее действия, если иное не установлено законом или иными правовыми актами (п.3 ст.49 ГК).

Таким образом, ограничение правоспособности юридических лиц происходит на основе: 1) учредительных и 2) разрешительных документов.

Принято полагать, что раздели-

² Единственным исключением из этого общего правила является потребительский кооператив: будучи некоммерческой организацией, он обязывается законом к распределению доходов от предпринимательской деятельности между его членами (п.5 ст.116 ГК).

и промышленные палаты. В форме юридических лиц публичного права в ряде стран действуют отдельные государственные предприятия. В Германии к таковым относят государственные финансовые и кредитные учреждения (Федеральный банк, государственные сберегательные кассы), транспортные предприятия и предприятия связи.

Юридические лица частного права многообразны, но, как правило, имеют единые критерии различения. В праве Германии они делятся на союзы (объединения – хозяйственные и нехозяйственные) и учреждения (повсеместно основаны на праве собственности), как правило, с известным кругом пользующихся плодами их деятельности лиц (дестинаторов). В Швейцарии также имеет место деление на учреждения³ и объединения, называемые корпорациями. Во Франции институт учреждений не существует. Различаются товарищества и ассоциации, а также нечто среднее между ними *groupement d'intérêt économique* (GIE). В праве Великобритании понятия учреждения также не существует. Различают корпорации как объединения и корпорации одного лица. В качестве единоличной корпорации действуют, например, королева, архиепископ, епископ, публичный доверительный собственник, министр почт. Выделяются также публичные корпорации (государственные предприятия) и квази-корпорации, к которым относятся профсоюзы. Не знает деления на корпорации и учреждения право США, где правовой режим юридического лица ставится в зависимость от характера осуществляемой деятельности. Обычным поэтому является подразделение единственно существующих корпораций на 1) публичные (правительственные), 2) непредпринимательские (*non-profit*-) и предпринимательские (*business*-) корпорации.

В этой связи необходимо иметь представление, что собой представляет предпринимательская деятельность, в чем ее отличия от иных видов деятельности и каковы эти виды непредпринимательской дея-

тельности.

Предпринимательской является деятельность (п.1 ст.2 ГК):

- самостоятельная, осуществляемая на свой риск;
- направленная на систематическое получение прибыли;
- от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг, т.е. от извлечения имущественных выгод;
- лицами, зарегистрированными в этом качестве в установленном законом порядке.

Деятельность, не связанная с систематическим рисковым извлечением имущественных выгод, не является предпринимательской.

Осуществление деятельности, связанной с систематическим рисковым извлечением имущественных выгод, без государственной регистрации в соответствующем качестве, квалифицируется как незаконное предпринимательство (ст.14.1 КоАП; ст.171 УК или незаконная банковская деятельность – ст.172 УК).

В общем виде, предпринимательской является деятельность 1) оборотного характера (осуществляемая в имущественном обороте, обороте товаров, работ и услуг, в отношении товарообмена, воспроизводственная), 2) систематическая и 3) связанная с риском недостижения имущественных выгод и несения имущественных потерь – благо приобретений всегда сочетается с бре-

щих исключительно в отношении с собственником, т.е. не участвующих в отношении товарообмена в порядке приносящей доходы деятельности;

3) деятельность организаций, основанная на потреблении имущества (например, те потребительские кооперативы, общественные и религиозные организации, фонды и другие некоммерческие организации, которые не осуществляют предпринимательской деятельности и существуют на взносы и пожертвования);

4) деятельность благотворительных организаций. Благотворители – лица, осуществляющие благотворительные пожертвования в формах: бескорыстной (безвозмездной или на льготных условиях) передачи в собственность имущества, в том числе денежных средств и (или) объектов интеллектуальной собственности; бескорыстного (безвозмездного или на льготных условиях) наделения правами владения, пользования и распоряжения любыми объектами права собственности; бескорыстного (безвозмездного или на льготных условиях) выполнения работ, предоставления услуг благотворителями юридическими лицами (ст.5 Федерального закона от 11 августа 1995 года № 135-ФЗ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях»);

5) деятельность оборотного характера, но не признаваемая предпринимательской в силу закона (напри-

Осуществление деятельности, связанной с систематическим рисковым извлечением имущественных выгод, без государственной регистрации в соответствующем качестве, квалифицируется как незаконное предпринимательство.

менем утрат.

В целом, предпринимательской является деятельность, результат которой имеет форму товара. Соответственно, деятельность, результат которой не имеет товарной формы, предпринимательской не является.

Предпринимательской не является:

- 1) деятельность государственных и муниципальных органов;
- 2) деятельность государственных и муниципальных учреждений, состоя-

мер, п.2 ст.1 Федерального закона от 31 мая 2002 г. № 63-ФЗ «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации»). Представляется, однако, что подобного рода исключения все еще являются переходными и не должны иметь законодательной перспективы.

Существенно, что источники финансирования не определяют предпринимательский или непредпринимательский характер деятельности получающих его организаций.

³ учреждения вообще существуют только в германской группе государств (Германия, Австрия, Швейцария), но основаны они исключительно на собственном имуществе. В здравоохранении за рубежом учреждений не существует.

2. Гражданин вправе заниматься предпринимательской деятельностью без образования юридического лица с момента государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя (п.1 ст.23 ГК). К предпринимательской деятельности граждан, осуществляемой без образования юридического лица, соответственно применяются правила, которые регулируют деятельность юридических лиц, являющихся коммерческими организациями, если иное не вытекает из закона, иных правовых актов или существа правоотношения (п.3 ст.23 ГК).

В целом, юридическое лицо и предприниматель без образования юридического лица при осуществлении деятельности в экономическом обороте выступают в качестве товаропроизводителей на стороне продавца товаров, исполнителя работ или услуг либо в качестве потребителей на стороне покупателей товаров, заказчиков работ или услуг – для целей либо воспроизводства, либо потребления.

Гражданский оборот – это гражданско-правовое выражение экономического оборота, которое как взаимодействие производителей и потребителей в условиях рынка опосредуется договорными и внедоговорными институтами обязательственного права. К его участникам относятся организации и граждане, распоряжающиеся своими доходами

в процессе предпринимательской деятельности товары, работы, услуги, используется понятие хозяйствующего субъекта. Хозяйствующий субъект – это индивидуальный предприниматель, коммерческая организация, а также некоммерческая организация, осуществляющая деятельность, приносящую ей доход (п/п. 5 ст.4 Федерального закона «О защите конкуренции»).

Таким образом, товары, работы, услуги производятся и реализуются:

- в гражданском (экономическом) обороте;
- в процессе осуществления предпринимательской деятельности;
- хозяйствующими субъектами в форме юридических лиц (коммерческих и некоммерческих организаций) и предпринимателя без образования юридического лица.

Отсюда, товары, работы, услуги не производятся и не реализуются, во-первых, нигде более, кроме как в гражданском (экономическом) обороте; во-вторых, никак иначе, чем в порядке товарообмена на предпринимательской основе; в-третьих, никем более, кроме как предпринимателями в корпоративной (юридические лица) или некорпоративной (индивидуальный предприниматель) формах – либо это не товары, работы, услуги, это не оборот, это не предпринимательская деятельность и (или) это не предприниматели.

Такой порядок вещей установлен

страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами (абз.1 ст.56 Основ).

Конституирующими признаками частной медицинской практики признаются, во-первых, кем оказываются медицинские услуги в частной практике; во-вторых, за чей счет; и, в-третьих, на каких основаниях.

Субъектом частной медицинской практики Основы называют медицинских работников вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения. Это работники бюджетных учреждений здравоохранения, подрабатывающие в свободное от работы в них время? Или это работники бюджетных учреждений здравоохранения, предпочитающие зарабатывать вне стен организации, в штате которой числятся? Или это не состоящие в штате бюджетных учреждений здравоохранения носители медицинской профессии, но тогда почему – работники?

Без ответа на эти вопросы, но в развитие темы Основы установили, что право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на медицинскую деятельность (абз.3 ст.56 Основ). Иными словами, предположительно – это носители медицинской профессии, оформленные в качестве предпринимателей без образования юридического лица. Очевидно, этим Основы обособляют носителей медицинской профессии, работающих в бюджетных учреждениях здравоохранения, от тех, кто занят частной медицинской практикой. Значит ли это, что частная медицинская практика в понимании Основ – это прерогатива индивидуальных предпринимателей от медицины? А медицинские организации частной медицинской практикой заниматься не могут? Или, занимаясь предпринимательством в медицине, они не занимаются частной медицинской практикой? Или под определением «частная медицинская практика» Основы подразумевают «индивидуальная», и потому на корпоративных хозяйствующих субъектов оно не распространяется? И как сочетается занятость носителей медицинской профессии в бюджетных учрежде-

Гражданский оборот – это гражданско-правовое выражение экономического оборота, которое как взаимодействие производителей и потребителей в условиях рынка опосредуется договорными и внедоговорными институтами обязательственного права.

в целях приобретения товаров и вступающие в различные имущественные правоотношения, а также в некоторых случаях государство и муниципальные образования. В содержание гражданского оборота входит переход имущественных и (или) личных неимущественных прав от одного лица к другому лицу на основе заключаемых сделок.

Чтобы выделить фигуру товаропроизводителя, приобретающего и реализующего произведенные в

гражданским законодательством.

Иной подход – применительно к частной медицинской деятельности – содержат Основы законодательства об охране здоровья граждан.

Частная медицинская практика – это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе

ниях здравоохранения и в частной медицинской практике?

Основы устанавливают, что в частной практике медицинские услуги оказываются «за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций». Иными словами, не за счет средств государственной казны. Но тогда почему за счет только перечисленных источников? Помощь из-за рубежа, например, запрещается? А откуда вменение страховым медицинским организациям за свой счет оплачивать медицинские услуги, оказываемые в частной практике – безотносительно того, состоят с ними в отношениях пациенты или нет? А, с другой стороны, что мешает государству размещать средства казны на условиях договоров среди частных медицинских организаций?

Ведь основания отношений по оказанию медицинских услуг и по оплате этих услуг – а уж в порядке страхования тем более – суть предмет разных договоров:

- когда медицинские услуги оплачивает их получатель (пациент, потребитель), он вступает с исполнителем в отношения по договору возмездного оказания услуг (гл.39 ГК);

- если получатель не совпадает в одном лице с плательщиком за оказываемые ему медицинские услуги, договор заключается между исполнителем и плательщиком в пользу получателя (например, работодателем или государством) – это договор в пользу третьего лица (ст.430 ГК) или договор об оплате медицинских услуг, который не освобождает исполнителя от совершения сделки с получателем по поводу воздействия на его здоровье (добровольное информированное согласие – ст.32 Основ);

- если – независимо от того, совпадает он или нет в одном лице с получателем – плательщик получает возможность заплатить меньше сейчас, чтобы приобрести больше потом, когда и если в будущем произойдет событие с признаками случайности и вероятности – это договор страхования (гл.48 ГК)⁴.

Странным образом Основы делают акцент на вопросах «кто» и «как»,

опуская вопрос «что». Между тем именно объект гражданских правоотношений является основополагающим, поскольку по поводу него складываются отношения между субъектами. Поэтому вопрос, за счет каких средств, решается, прежде всего, в контексте того, какова ценность, а отсюда – какова цена объекта оплаты, т.е. медицинской услуги, и далее – что оформляет взаимный переход ценностей, т.е. товарообмен. Применительно к категории услуги правоот-

законодательства Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации (абз.2 ст.56 Основ). Но гражданское законодательство находится в ведении Российской Федерации (п/п. «о» ст.71 Конституции РФ), и гражданские права могут быть ограничены только федеральным законом (п.3 ст.55 Конституции РФ, п.2 ст.1 ГК), а не субъектов – республик в составе Российской Федерации, хотя бы координация вопросов здравоохранения; защи-

Занятие медицинской экономической деятельностью не ограничивается определением Основ как частной медицинской практики и подчиняется гражданско-правовому режиму и публичным требованиям к хозяйствующему субъекту со стороны государства.

ношения складываются на принципах следующих непреложных истин:

1. Услуга оказывается всегда возмездно. Услуга – объект гражданских прав и объект гражданского оборота (ст.128 ГК). Безвозмездных услуг не существует. Если действия осуществляются безвозмездно, они не представляют собой услугу в экономическом и юридическом значении.

2. Услуги оказываются только на основании договоров. Договор является единственным основанием оказания услуг. В отсутствие договора услуги не оказываются. Если предпринимаются некие действия в помощь, во благо, для пользы выгодоприобретателя без договора, то это – не услуги.

3. Оказывать услуги – и, соответственно, вступать в договорные отношения – может только хозяйствующий субъект. Самостоятельные, не обусловленные трудовыми обязанностями действия работника хозяйствующего субъекта – работодателя не являются действиями последнего и не порождают обязательств работодателя по договору, зато порождают внедоговорные обязательства работника перед пациентом из причинения вреда здоровью, вплоть до уголовных последствий.

Оказание медицинских услуг – это сфера действия гражданского законодательства. Частная медицинская практика осуществляется в соответствии с Основами и другими актами

та семьи, материнства, отцовства и детства; социальная защита, включая социальное обеспечение находятся в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации (п/п. «ж» ст.72 Конституции РФ).

Таким образом, занятие медицинской экономической деятельностью не ограничивается определением Основ как частной медицинской практики и подчиняется гражданско-правовому режиму и публичным требованиям к хозяйствующему субъекту со стороны государства.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В СВЯЗИ С ОСУЩЕСТВЛЕНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

В связи с осуществлением медицинской – профессиональной, трудовой и экономической – деятельности возникает, соответственно, персональная (уголовная) и имущественная (трудовая и гражданско-правовая) ответственность.

1. Персональная ответственность в связи с осуществлением медицинской профессиональной деятельности.

К последствиям профессиональной медицинской деятельности непосредственно применимы четыре общих⁵ состава преступлений:

- причинение вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей

⁵ специальные составы преступлений здесь не рассматриваются

⁴ о медицинском страховании как о страховании можно говорить условно, поскольку оно лишено страхового содержания.

смерти (ч. 2 ст.109 УК РФ), а также тяжкого или средней тяжести вреда здоровью (ч.ч. 2, 4 ст.118 УК РФ) по неосторожности. То есть под угрозой уголовного преследования исполнение профессиональных обязанностей не должно сопровождаться причинением по неосторожности смерти, тяжкого или средней тяжести вреда здоровью. Для этих составов характерно наличие не только квалифицированного посягательства, но и его квалифицированных последствий.

болезни или вследствие своей беспомощности, не должно при наличии возможности оказать помощь приводить к оставлению его в состоянии заведомой опасности для жизни или здоровья, причинение вреда какой бы то ни было величины это не влекло. Для данного состава характерно наличие преступного посягательства – не обязательно при оказании медицинской помощи профессионалом – вне зависимости от его последствий. Во всех трех случаях по преюдици-

причастен к расходованию средств государственной казны) он становится подвержен уголовной ответственности как должностное лицо, каким не является.

Должностными лицами признаются лица, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющие функции представителя власти либо выполняющие организационно-распорядительные, административно хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях (Примечание 1 к ст.285 УК).

Отсюда врачам, по специальному полномочию причастным к расходованию средств государственной казны может быть вменена ответственность за совершение преступлений следующих составов:

Причинение по неосторожности средней тяжести или легкого вреда здоровью влечет наступление только гражданско-правовой ответственности хозяйствующего субъекта с правом регрессных требований к работнику как непосредственному причинителю вреда.

- неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью (ст.124 УК РФ). То есть под угрозой уголовного преследования исполнение обязанности в силу закона или специального правила оказывать помощь больному не должно сопровождаться без уважительных причин бездействием или не соответствующим обстоятельствам действием с причинением по неосторожности смерти или тяжкого вреда здоровью. Для этого состава также характерно наличие не только квалифицированного посягательства, но и его квалифицированных последствий.

- заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости, болезни или вследствие своей беспомощности, в случаях, если виновный имел возможность оказать помощь этому лицу и был обязан иметь о нем заботу либо сам поставил его в опасное для жизни или здоровья состояние (ст.125 УК РФ). То есть под угрозой уголовного преследования исполнение обязанности иметь заботу о лице, лишенном возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости,

альному факту (приговору суда) или в порядке предъявления иска в уголовном процессе соответствующие имущественные требования могут быть предъявлены хозяйствующему субъекту – работодателю непосредственного причинителя.

Причинение по неосторожности средней тяжести или легкого вреда здоровью влечет наступление только гражданско-правовой ответственности хозяйствующего субъекта с правом регрессных требований к работнику как непосредственному причинителю вреда.

Таким образом, уголовная ответственность носителя медицинской профессии возникает, во-первых, перед государством; во-вторых, за неисполнение или ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, предусмотренных законом или специальным правилом; в-третьих, за причинение квалифицированного законом вреда здоровью либо за бездействие в обстоятельствах, требующих надлежащей активности.

Особенностью профессионального положения врача в силу его интегрированности в государственном и муниципальном здравоохранении в ведомственно-нормативные процессы в медико-технологическом и медико-организационном качестве состоят в том, что в связи с выпиской льготных рецептов и листков временной нетрудоспособности (будучи

1) Получение взятки за действия в пользу взяткодателя или представляемых им лиц, если такие действия входят в служебные полномочия должностного лица либо оно в силу должностного положения может способствовать таким действиям (ст.290 УК) – в связи с выпиской льготных рецептов и листков временной нетрудоспособности.

2) Служебный подлог, то есть внесение должностным лицом, а также государственным служащим или служащим органа местного самоуправления, не являющимся должностным лицом, в официальные документы заведомо ложных сведений, а равно внесение в указанные документы исправлений, искажающих их действительное содержание, если эти деяния совершены из корыстной или иной личной заинтересованности (ст.292 УК) – в связи с приписками при осуществлении деятельности в рамках обязательного медицинского страхования.

Врачи в частной медицине лишены бремени такой ответственности, поскольку им нельзя придать положение должностного лица и вменить ответственность за несвойственное им служебное положение, даже за коммерческий подкуп (ст.204^б УК) –

^б Незаконная передача лицу, выполняющему управленческие функции в коммерческой или иной организации, денег, ценных бумаг, иного имущества, а равно незаконное оказание ему услуг имущественного характера за совершение действий (бездействия) в интересах дающего в связи с занимаемым этим лицом служебным

аналог взятки.

2. Ответственность в связи с осуществлением медицинской трудовой деятельности.

Трудовым договором или заключаемыми в письменной форме соглашениями, прилагаемыми к нему, может конкретизироваться материальная ответственность сторон этого договора. При этом договорная ответственность работодателя перед работником не может быть ниже, а работника перед работодателем - выше, чем это предусмотрено Трудовым кодексом или иными федеральными законами (ст.232 ТК).

Материальная ответственность стороны трудового договора наступает за ущерб, причиненный ею другой стороне этого договора в результате ее виновного противоправного поведения (действий или бездействия), если иное не предусмотрено Трудовым кодексом или иными федеральными законами. Каждая из сторон трудового договора обязана доказать размер причиненного ей ущерба (ст.233 ТК).

Работник обязан возместить работодателю причиненный ему прямой действительный ущерб. Неполученные доходы (упущенная выгода) взысканию с работника не подлежат. Под прямым действительным ущербом понимается реальное уменьшение наличного имущества работодателя или ухудшение состояния указанного имущества (в том числе имущества третьих лиц, находящегося у работодателя, если работодатель несет ответственность за сохранность этого имущества), а также необходимость для работодателя произвести затраты либо излишние выплаты на приобретение или восстановление имущества. Работник несет материальную ответственность как за прямой действительный ущерб, непосредственно причиненный им работодателю, так и за ущерб, возникший у работодателя в результате возмещения им ущерба иным лицам (ст.238 ТК).

Материальная ответственность работника исключается в случаях возникновения ущерба вследствие непреодолимой силы, нормального хозяйственного риска, крайней необходимости или необходимой обороны либо неисполнения работодателем обязанности по обеспечению

положением

надлежащих условий для хранения имущества, вверенного работнику (ст.239 ТК).

За причиненный ущерб работник несет материальную ответственность в пределах своего среднего месячного заработка, если иное не предусмотрено Трудовым кодексом или иными федеральными законами⁷ (ст.241 ТК).

Полная материальная ответственность работника состоит в его обязанности возмещать причиненный ущерб в полном размере. Материальная ответственность в полном размере причиненного ущерба может возлагаться на работника лишь в случаях, предусмотренных Трудовым кодексом или иными федеральными законами (ст.242 ТК).

Материальная ответственность в полном размере причиненного ущерба возлагается на работника в следующих случаях, когда в соответствии с Трудовым кодексом или иными федеральными законами на работника возложена материальная ответственность в полном размере за ущерб, причиненный работодателю при исполнении работником трудовых обязанностей; недостачи ценностей, вверенных ему на основании специального письменного договора или полученных им по разовому документу; умышленного причинения ущерба; причинения ущерба в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

причинения ущерба в результате преступных действий работника, установленных приговором суда; причинения ущерба в результате административного проступка, если таковой установлен соответствующим государственным органом; разглашения сведений, составляющих охраняемую законом тайну (служебную, коммерческую или иную), в случаях, предусмотренных федеральными законами; причинения ущерба не при исполнении работником трудовых обязанностей. Материальная ответственность в полном размере причиненного работодателю ущерба может быть установлена трудовым договором, заключаемым с руководителем организации, заместителем руководителя, главным бухгалтером (ст.243 ТК).

Работник обязан возместить затраты, понесенные работодателем при направлении его на обучение за счет средств работодателя, в случае увольнения без уважительных причин до истечения срока, обусловленного трудовым договором или соглашением об обучении работника за счет средств работодателя (ст.249 ТК).

Таким образом, ответственность медицинского работника возникает, во-первых, перед работодателем (бюджетным учреждением здравоохранения или частной медицинской организацией, а также предпринимателем без образования юридического лица); во-вторых, носит тож-

Работник обязан возместить затраты, понесенные работодателем при направлении его на обучение за счет средств работодателя, в случае увольнения без уважительных причин до истечения срока, обусловленного трудовым договором или соглашением об обучении работника за счет средств работодателя (ст.249 ТК).

⁷ Общий размер всех удержаний при каждой выплате заработной платы не может превышать 20 процентов, а в случаях, предусмотренных федеральными законами, - 50 процентов заработной платы, причитающейся работнику. При удержании из заработной платы по нескольким исполнительным документам за работником во всяком случае должно быть сохранено 50 процентов заработной платы. Размер удержаний из заработной платы при отбывании исправительных работ, взыскании алиментов на несовершеннолетних детей, возмещении вреда, причиненного работодателем здоровью работника, возмещении вреда лицам, понесшим ущерб в связи со смертью кормильца, и возмещении ущерба, причиненного преступлением, не может превышать 70 процентов. Не допускаются удержания из выплат, на которые в соответствии с федеральным законом не обращается взыскание (ст.138 ТК).

дественный гражданско-правовым обязательствам (договорным и внедоговорным вследствие причинения вреда) характер; в-третьих, ограничивается пределами среднего месячного заработка, если иное не предусмотрено Трудовым кодексом или иными федеральными законами.

3. Ответственность в связи с осуществлением медицинской экономической деятельности.

Если к одной стороне отношений товарообмена – потребителям

в гражданском обороте закон не предъявляет требований иных, чем наличие правоспособности (точнее, сделокоспособности), то к другой стороне – товаропроизводителем закон предъявляет достаточно серьезные требования.

Во-первых, чтобы осуществлять деятельность по производству и реализации товаров (работ, услуг), т.е. предпринимательскую деятельность, субъект ее осуществления (хозяйствующий субъект, т.е. юридическое лицо или приравненный к коммерческой организации предприниматель без образования юридического лица) должен быть зарегистрирован в этом качестве в установленном законом порядке (п.1 ст.2 ГК), а отдельными видами деятельности, перечень которых определяется законом, может заниматься только на основании специального разрешения (лицензии) (п.1 ст.49 ГК). Следовательно, хозяйствующий субъект должен обладать регистрационным и разрешительным статусом, чтобы иметь возможность допуска в гражданский оборот.

Во-вторых, чтобы продукт деятельности хозяйствующего субъекта (товар, работа, услуга) мог находиться в гражданском обороте, он не должен быть ограничен в обороте или изъят из оборота (ст.129 ГК). При этом методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, используемые в здравоохранении, подлежат применению в установленном законом разрешительном порядке (абз.1 ст.43 Основ). Иными словами, в составе не изъятой из оборота и не ограниченной в обороте медицинской услуги могут содержаться технологии (по общему правилу, новые), требующие соответствующего разрешения.

Товарообмен, т.е. оказание медицинских услуг в обмен на их оплату, происходит на условиях договора. Граждане (физические лица) и юридические лица приобретают и осуществляют свои гражданские права своей волей и в своем интересе. Они свободны в установлении своих прав и обязанностей на основе договора и в определении любых не противоречащих законодательству условий договора (п.2 ст.1 ГК).

Ответственность за нарушение

договорного обязательства наступает для лица, не исполнившего обязательства либо исполнившего его ненадлежащим образом (п.1 ст.401 ГК РФ). Такая ответственность наступает, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательства и условиям оборота, оно не приняло все меры для надлежащего исполнения обязательства (п.1 ст.401 ГК РФ). При этом в случаях, когда закон ставит защиту гражданских прав в зависимость от того, осуществлялись ли эти права разумно и добросовестно, разумность действий и добросовестность участников гражданских правоотношений предполагаются (п.3 ст.10 ГК РФ). Неисполнение или ненадлежащее исполнение договорных обязательств обычно выражается в недостатке качества товарного предоставления – уровне сервиса, характеристике привлекаемых материальных (аппаратуры, оборудования и т.д.) и человеческих (огворенной квалификации медицинского персонала и т.п.) ресурсов, бренда⁸.

Однако товарообмен в сфере охраны здоровья, будучи сопряжен с опасностью вредообразования при осуществлении медицинской деятельности, приводит и к возникновению внедоговорных обязательств (и соответствующей ответственности) перед пациентом вследствие причинения вреда. Такую ответственность (такие обязательства) порождает факт причинения вреда, а не нарушение договорных обязательств. Вред, причиненный здоровью пациента при осуществлении медицинской деятельности, может происходить из недостатков техногенной или технологической безопасности (ст.ст.1079, 1095 ГК) или предоставления надлежащей информации (ст.1095 ГК).

В этой связи существенно, что если договорные обязательства унификации не подлежат (поскольку предоставлены законом воле сторон договора), то отсутствие эталонов (писаных правил) медицинской профессии в оценке внедоговорных обязательств имеет основополагающее значение.

Для наступления имущественной ответственности хозяйствующего

8 Тихомиров А.В. Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. – М., 2008.

субъекта – работодателя при осуществлении медицинской экономической деятельности значение имеет персональная ответственность работника при осуществлении медицинской профессиональной деятельности: по одним и тем же обстоятельствам приговор в отношении работника служит преюдициальным⁹ фактом для вынесения судебного решения по гражданскому делу в отношении работодателя. Работодатель, по существу, является заложником добросовестности (осторожности, заботливости и осмотрительности) работника.

По существу, персональную ответственность врача-работника (и вытекающую из нее гражданскую ответственность медицинской организации – работодателя) вследствие причинения вреда здоровью пациента определяет соответствие медицинской деятельности правилам медицины. Таковыми не являются и не могут являться технологические стандарты медицинской деятельности, поскольку следование им не избавляет от ответственности за причинение вреда. Только стандарты безопасности, определяющие границу, нарушение которой означает неприемлемое отклонение от допустимых технологий, позволяют обеспечить надлежащую правовую оценку медицинской деятельности.

Величина ответственности хозяйствующего субъекта – работодателя за допущение работником недостатка безопасности медицинской профессиональной деятельности уже в настоящее время велика и продолжает все более возрастать по мере разработки теории оценки качества

9 Преюдиция (преюдициальность) - в процессуальном праве обязательность для всех судов, рассматривающих дело, принять без проверки и доказательств факты, ранее установленные вступившим в законную силу судебным решением или приговором по какому-либо другому делу. Так, если судебным решением, вступившим в законную силу, установлена ответственность владельца источника повышенной опасности за причиненный вред, то в случае предъявления регрессного иска владельцем такого источника к непосредственному причинителю факты, установленные судебным решением в первом процессе, имеют преюдициальное значение и не подлежат оспариванию. Согласно ст. 90 УПК РФ обстоятельства, установленные вступившим в законную силу приговором, признаются судом, прокурором, следователем, дознавателем без дополнительной проверки, если эти обстоятельства не вызывают сомнений у суда. При этом такой приговор не может преддешать виновность лиц, не участвовавших ранее в рассматриваемом уголовном деле.

жизни. В этой связи возмещение (компенсация) хозяйствующим субъектом причиненного пострадавшему пациенту вреда не восполняется возможностью регрессных требований к фактическому причинителю – врачу в рамках ежемесячных удержаний из заработной платы. Дополнительные возможности предоставляет механизм страхования.

Договорную и внедоговорную ответственность в гражданском обороте несет хозяйствующий субъект, т.е. юридическое лицо или предприниматель без образования юридического лица. Именно он вправе вступать в договорные отношения – как с другими хозяйствующими субъектами, так и с потребителями. Именно он отвечает за действия тех лиц, которых привлекает к исполнению договора (работников – ст.402 ГК и субподрядчиков – ст.403 ГК). Именно он вправе застраховать свою гражданскую ответственность перед теми, перед кем он ее может нести.

По договору имущественного страхования могут быть, в частности, застрахованы такие имущественные интересы (п/п. 2п.2 ст. 929 ГК), как риск ответственности по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда здоровью других лиц, а в случаях, предусмотренных законом, также ответственности по договорам – риск гражданской ответственности (ст.ст. 931-932 ГК).

Застраховать гражданскую ответственность работников (врачей) работодатель (медицинская организация) не может, поскольку не они несут такую ответственность, а сам работодатель.

Застраховать свою ответственность сами врачи так же не вправе, поскольку в качестве работников они не несут гражданскую ответственность, а понятия профессиональной ответственности закон не знает.

Таким образом, гражданскую ответственность за последствия медицинской экономической деятельности, вытекающие из медицинской профессиональной деятельности работников, несет исключительно хозяйствующий субъект. Уголовно-правовые последствия медицинской профессиональной деятельности работников, обуславливающие вред здоровью пациентов, также порождают гражданскую ответственность

работодателя.

В целом, ответственность в связи с осуществлением медицинской деятельности не едина и не одинакова по субъекту, по источникам и по мере ее наступления.

Медицинская профессиональная деятельность в части правовой ответственности нуждается в выработке стандартов безопасности, определяющих границу, нарушение которой означает неприемлемое отклонение от допустимых технологий, что позволяет обеспечить надлежащую правовую оценку медицинской деятельности. Одновременно медицинская профессиональная деятельность в бюджетных учреждениях здравоохранения требует выведения из-под действия правил о должностных лицах, которыми практические врачи не являются, чтобы они не могли подлежать ответственности за должностные преступления, как не подлежат таковой врачи в частной медицине.

Медицинская трудовая деятельность в порядке допущения недостатков безопасности медицинской профессиональной деятельности влечет ответственность работодателя, крупная величина которой не восполняется возможностью регрессных требований к фактическому причинителю – врачу в рамках ежемесячных удержаний из заработной платы и оправдывает необходимость страхования такой ответственности.

Такова общеправовая конструкция ответственности применительно к медицинской деятельности.

Иначе (и излишне лаконично) этот вопрос решают Основы:

1. Лица, незаконно занимающиеся медицинской деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации (абз.8 ст.54 Основ). Это положение никак не специализирует положения общего законодательства.

2. Лечащий врач несет ответственность за недобросовестное выполнение своих профессиональных обязанностей в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации (абз.6 ст.58 Основ). Как это представлено выше, под недобросовестным выполнением врачом профессиональных обязанностей скрывается целый спектр различных

фактических и правовых возможностей, которые никак не определяются статусом врача в качестве лечащего.

3. Врачи в период их обучения в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения имеют право на работу в этих учреждениях под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку. Студенты высших и средних медицинских учебных заведений допускаются к участию в оказании медицинской помощи гражданам в соответствии с программами обучения под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку, в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации (абз.3 ст.54 Основ). Какой является такая ответственность, Основы не раскрывают. По-видимому, речь идет о моральной ответственности и о ведомственно-субординационной ответственности бюджетных учреждений здравоохранения перед органами управления здравоохранением и перед федеральным отраслевым министерством – однако это не правовая ответственность, которую должен установить федеральный закон.

Различия правовой ответственности в зависимости от осуществления медицинской профессиональной, трудовой и экономической деятельности Основы также не устанавливают.

Тем самым даже роли рамочного специального закона Основы не играют притом, что необходимость в значимой детализации на фоне общих законодательных установлений, как это показано выше, насущна.

Обобщая изложенное, следует констатировать, что положение врача не является положением субъекта экономической деятельности, чтобы он нес самостоятельную имущественную ответственность за свою деятельность, а та ответственность, которая на него возлагается, во многом лишена определенности, применимости к его деятельности и соразмерности нарушению.



Борисов Дмитрий Александрович, генеральный директор ООО «Компания «Реднор», к.э.н.
Координаты для связи:
тел. 8-916-131-18-96
e-mail: privatmed@mail.ru



Искаков Ирлан Жангазыевич, ректор НОУ ВПО СПб МИЭП, кандидат юридических наук, профессор
Координаты для связи:
194044, г. Санкт-Петербург ул. Смольякова 14/1E-mail: lov63@inbox.ru



Лазарев Сергей Владимирович, эксперт Некоммерческого партнерства «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник», кандидат медицинских наук
Координаты для связи:
тел. 8-916-611-22-02
e-mail: selasik@mail.ru



Леонтьев Олег Валентинович, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)
Координаты для связи:
тел. 8-904-455-47-41
E-mail: lov63@inbox.ru



Мамонтов Сергей Александрович, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ
Координаты для связи:
тел. 8-915-251-68-54
email: mamontov_serg@bk.ru



Мисюлин Сергей Сергеевич, президент Некоммерческого партнерства «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник», генеральный директор сети центров косметологии «Реднор», к.м.н.
Координаты для связи:
тел. 8-916-676-63-83
e-mail: privatmed@mail.ru



Тихомиров Алексей Владимирович, член НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», адвокат (Московская областная коллегия адвокатов), доктор медицинских наук, кандидат юридических наук
Координаты для связи:
тел. (495) 618-00-81
e-mail:

ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ К ПУБЛИКАЦИИ

1. Общие требования к предоставляемым материалам:

1.1. Статья должна соответствовать профилю и уровню научных публикаций журнала.

1.2. Язык публикуемых статей – русский.

1.3. Объем статьи не лимитируется (статьи объемом более 30000 знаков публикуются частями в последовательных номерах).

1.4. Статьи публикуются в порядке очередности их представления. В случае если автор является подписчиком журнала, представляемая им статья имеет приоритет в сроках публикации.

1.5. Статьи публикуются при положительном решении редакции о публикации. В случае отказа автору направляется мотивированный отказ.

1.6. К рассмотрению принимаются статьи, направленные в редакцию:

- на электронном носителе (дискета, CD, DVD, флешдиск);

- посредством электронной почты на адрес издательства jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru.

Представление статьи на бумажном носителе не обязательно.

1.7. Статья представляется в виде одного файла. Формат файла MS Word или rtf. Желательно использование популярных шрифтов (Times New Roman, Arial и т.д.), размер шрифта на усмотрение автора. Межстрочный интервал – полуторный. Таблицы оформляются средствами MS Word непосредственно в статье. Рисунки, фотографии, любые иные графические материалы, используемые в статье, представляются каждый в отдельном файле (наименование файла соответствует ссылке на него в статье). Название графического материала приводится в ссылке на этот материал. Нумерация графических материалов производится арабскими цифрами. Графические материалы печатаются в черно-белом исполнении вне зависимости от формата их представления в цвете или нет.

1.8. Минимальные требования к содержанию файла:

1 страница – титульный лист, содержащий, наименование статьи (прописными (большими) символами), ФИО автора(ов), его (их) ученые степени, звания, контактная информация (телефон, адрес электронной почты)

2 страница и последующие – текст статьи

1.9. Авторы статей несут ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не всегда разделяет мнения авторов и не несет ответственности за недостоверность публикуемых данных.

Редакция журнала не несет никакой ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

Редакция вправе изъять уже опубликованную статью, если выяснится, что в процессе публикации статьи были нарушены чьи-либо права или общепринятые нормы научной этики.

О факте изъятия статьи редакция сообщает автору, который представил статью, рецензенту и организации, где работа выполнялась.

Статьи и предоставленные CD-диски, другие материалы не возвращаются.

1.10. Плата за публикацию рукописей не взимается. Авторские гонорары также не выплачиваются. Рекламные материалы (включая скрытую рекламу) публикуются только за установленную плату и лишь в случае соответствия редакционной политике.

2. Требования к научным статьям

2.1. Научные статьи подлежат независимой экспертизе (рецензированию). Рецензенты – доктора или кандидаты наук.

2.2. Титульный лист научной статьи должен содержать (обязательны все элементы, перечисленные ниже):

1) ФИО автора(ов), ученые степени, звания, должность и место работы, контактная информация (почтовый адрес с индексом, телефон, адрес электронной почты) – если авторов несколько, указывается информация по каждому автору

2) Наименование статьи (прописными знаками)

3) Краткую аннотацию статьи (на русском и английском языках)

4) Перечень ключевых слов (на русском и английском языках)

2.3. В конце статьи обязателен библиографический список использованных в статье материалов. Оформление библиографического списка должно соответствовать ГОСТ 7.0.5-2008. «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления».

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Мисюлин Сергей Сергеевич, Председатель Правления НП "Содействие объединению частных медицинских центров и клиник", к.м.н. (г. Москва) – **председатель**

Акопян Андрей Степанович, директор Центра репродукции человека МЗиСР, д.м.н. (г. Москва)

Ануфриев Сергей Анатольевич, исполнительный директор Некоммерческого партнерства "Единая медицина", к.м.н. (г. Санкт-Петербург)

Вандышев Валерий Васильевич, д.ю.н., профессор кафедры уголовно-правовых дисциплин юридического факультета НОУ Межрегиональный институт экономики и права (г. Санкт-Петербург)

Егоров Константин Валентинович, ст. преподаватель Кафедры государственно-правовых дисциплин Казанского филиала ГОУ ВПО Российская академия правосудия, к.ю.н.

Кадыров Фарит Накипович, заместитель председателя комитета правительства Санкт-Петербурга по здравоохранению по экономическим вопросам, д.э.н. (г. Санкт-Петербург)

Лазарев Сергей Владимирович, Председатель Правления НП «Федерация медицинских бизнес-экспертов», к.м.н. (г. Москва)

Леонтьев Олег Валентинович, профессор, филиал государственного университета "Высшая школа экономики" (г. Санкт-Петербург), д.м.н.

Назарова Инна Борисовна, заместитель директора аналитического Центра Высшей школы экономики (Государственный университет) д.э.н., канд. социол. наук, (г. Москва)

Тихомиров Алексей Владимирович, адвокат, Московская областная коллегия адвокатов, д.м.н., к.ю.н. (г. Москва)

Ходачек Александр Михайлович, д.э.н., профессор, директор СПб филиала государственного университета "Высшая школа экономики" (г. Санкт-Петербург)

Холиков Иван Владимирович, Главное Военно-медицинское управление Минобороны РФ, д.ю.н. (г. Москва)

Черепанова Изольда Семеновна, д.м.н., профессор, кафедра управления и социологии здравоохранения ФУВ РГМУ (г. Москва)

РЕДАКЦИЯ

ТИХОМИРОВ Алексей Владимирович - главный редактор
ИВАНОВ Алексей Викторович - выпускающий редактор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

ЛЕОНТЬЕВ Олег Валентинович, Санкт-Петербург
ПАНОВ Алексей Валентинович, Омск
РОДИН Олег Владимирович, Москва

ДИЗАЙН

АФОНИН Юрий Иванович

Воспроизведение текстов и фотографий в любом виде, на любом носителе и на любом языке, полностью или частично, в том числе в электронных базах и в электронных СМИ, без разрешения редакции не допускается и преследуется в порядке, предусмотренном законом.

За содержание рекламных объявлений редакция ответственности не несет.

УЧРЕДИТЕЛЬ

Некоммерческое партнерство Информационно-правовой центр "ЮрИнфоЗдрав"

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Регистрационное свидетельство ПИ №77-16321 от 29.08.2003 г.

АДРЕС РЕДАКЦИИ

127254, Москва, ул. Добролюбова, д.16, к.2
Тел./факс: (495) 618-00-81.
E-mail: jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru.

Тираж 2000 экземпляров.