

# ГЛАВНЫЙ ВРАЧ:

03/2010

## ХОЗЯЙСТВО И ПРАВО

### ПОЧТИ ОФИЦИАЛЬНО

А.В.Тихомиров  
РЕФОРМА БЮДЖЕТНОЙ СФЕРЫ vs РЕФОРМА СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ 5

А.В.Тихомиров  
ОСНОВЫ ПРОЕКТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОБ ОХРАНЕ  
ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН 10

### ОБЗОР

О.В.Леонтьев, И.Ж.Искаков  
ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ОТНОСИТЕЛЬНО  
САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ СФЕРА ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ 14

С.В.Лазарев, А.В.Тихомиров  
ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДЗАКОННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СФЕРЫ ОХРАНЫ  
ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН 16

Г.А.Комаров  
ХРОНИЧЕСКИЙ ДЕФолТ В РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ И  
УРОВЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ 23

С.В.Лазарев  
ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ФУНКЦИЯ  
ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ И ГОСУДАРСТВЕННОГО НАДЗОРА 27

С.А.Мамонтов, А.В.Тихомиров  
ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ 37

Д.А.Борисов  
ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭКОНОМИКА ПУБЛИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 45

С.Г.Коротаев  
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 51

### В следующих номерах:

Регламенты Росздравнадзора и Порядки Минздравсоцразвития

Реформа ОМС

Лицензионная реформа в здравоохранении

Административные барьеры в здравоохранении

«Крепостная» реформа для врачей-бюджетников

26-28 мая 2010 года состоялся III Петербургский медицинский форум. Он был посвящен теме: «Медицинская клиника в современных условиях: угрозы и пути развития». Он принял эстафету от московским Саммита руководителей здравоохранения 2009 года на тему: «Роль медицинского сообщества в развитии здравоохранения и саморегулируемых организаций» и передал ее очередному московскому Саммиту, который состоится осенью 2010 года.

Великолепной организацией и насыщенной программой Форум был обязан его устроителям С.А.Ануфриеву и С.С.Мисюлину. Все было продумано до мелочей, и все проходило в плановой последовательности.

Первый день был посвящен пленарным заседаниям по нескольким сессиям: на первой рассматривалась тема актуальных вопросов здравоохранения, на второй - тема административных барьеров и коррупции в здравоохранении, на третьей сессии - тема консолидации медицинского сообщества, создания цивилизованного медицинского лобби и института саморегулирования, на четвертой - тема современной клиники: этика, стандарты и принципы доказательной медицины. Затем выступили приглашенные гости из-за рубежа, после чего состоялся круглый стол на тему модернизации российского здравоохранения (сценарии и возможные результаты). Второй и третий день проходили в работе по секциям в двух залах в три очереди.

Личные впечатления автора от участия в Форуме обширны.

Форум показал многое. То, что его участниками были представители и органов управления здравоохранением, и государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, и частных медицинских организаций, и всем им одинаково - хотя бы и с разных позиций - была интересна повестка дня, свидетельствует о правильном ее выборе устроителями.

Действительно, бюджетная реформа всколыхнула все медицинское сообщество, поскольку затрагивает

# РЕФОРМА БЮДЖЕТНОЙ СФЕРЫ vs РЕФОРМА СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Показано, что бюджетная реформа в интересах государства в социальной сфере обречена – возможна только реформа в интересах общества

Ключевые слова: бюджетная реформа, социальная реформа, экономика социальной сферы

всех. Однако если представители практического здравоохранения – равно государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций – были озабочены последствиями бюджетной реформы для социальной сферы, то представители органов власти – последствиями для бюджетной сферы. В результате первые сошлись в единстве проблематики медицинской услуги, общей для всех из них, а вторые остались на позициях поиска компромисса между государственными и муниципальными учреждениями и частными медицинскими организациями.

Выступление депутата ГД О.Г.Дмитриевой по поводу бюджетной реформы и последующие вопросы, заданные ей аудиторией, показали с одной стороны слабую позицию медицинского сообще-

ства в юридических тонкостях такой организационно-правовой формы, как учреждение, с другой – искреннее желание разобраться в реалиях недалекого будущего. Автором был задан вопрос, не проще ли вместо коммерциализации бюджетной сферы сделать учреждения частными организациями.

По вопросу реформы государственных учреждений выступил петербургский юрист М.А.Ковалевский с утверждениями, что учреждения существуют в каждой стране, а в нашей – чтобы отказаться от учреждений – необходимо менять Конституцию, что недопустимо. В ответ автором было сказано, что учреждений как организаций, основанных на несобственном имуществе, нет нигде в мире, а существуют они только в германской группе государств, и основаны на



Рисунок 1.

частной собственности; что именно потому, что мир не знает учреждений, подобных нашим, нет и опыта их реорганизации, в наших условиях по существу равносильной приватизации государственного и муниципального имущества, на котором они основаны; что Конституция – не «священная корова», что Конституция для общества, а не общество для Конституции, и есть конституционные же механизмы изменения Конституции.

На форуме был поднят вопрос существующих институтов в здравоохранении – финансовых и товарных, институтов рынков B2B («бизнес-бизнесу») и B2C («бизнес-

потребителю»), институтов рынков товаров, работ и услуг. Это важно, поскольку, например, мерой реформы финансовых институтов нельзя изменить институты товаропроизводителей, а мерой бюджетной реформы – социальные институты и т.д.

Участников Форума живо интересовали отправные начала реформы, в связи с чем встал вопрос соотношения понятий бюджетной и социальной сферы. Бюджетная сфера не тождественна социальной. Социальная сфера вне пределов бюджетной сферы – в обществе, даже если финансируется в бюджетном процессе – государством. Реформа

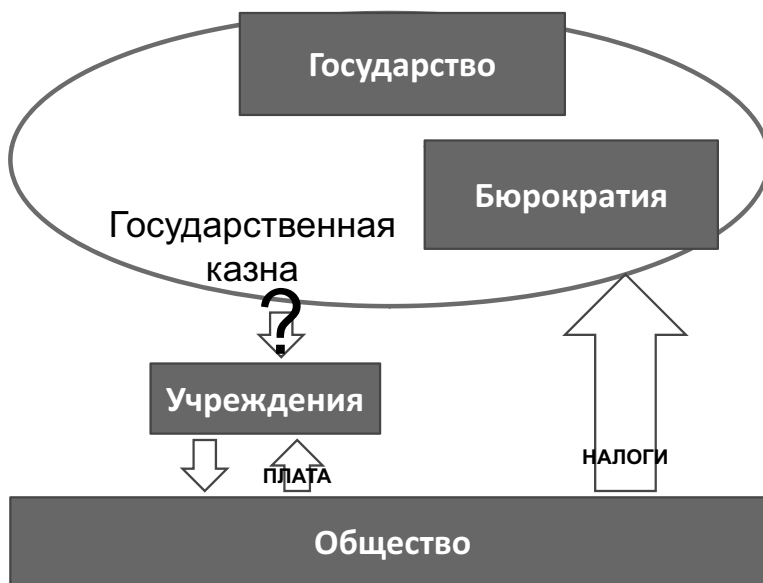


Рисунок 2.

в бюджетном распределении отражается финансовыми изменениями в социальной сфере, но не способна ее реформировать.

Автором был высказан простой тезис, что для того, чтобы реформа стала реальностью, она должна быть основана на правильном позиционировании истинных интересов участников общественных отношений. Теория интересов сейчас приобретает массовое признание в экономике и юриспруденции. В ракурсе теории интересов понятно, что бюджетная реформа – в интересах государства, а состоятельной в социальной сфере может быть только реформа в интересах общества.

Поскольку проблематика медицинской услуги стала центральной для аудитории практиков, постольку именно через эту призму аудитория разделялась по секционным семинарам. Так, участники проходящих одновременно семинаров о проблемах надзора и лицензирования медицинской деятельности и о маркетинге медицинских услуг либо перемещались между залами, либо присутствовали в одном, оставляя в другом диктофоны. Семинар о юридических аспектах медицинской деятельности своей массовостью продемонстрировал единство интереса к понятию медицинской услуги, ее характеристик качества и безопасности.

В целом, Форум показал, что озабоченность медицинского сообщества политикой государства в области здравоохранения нарастает, как растет интерес и доверие медицинского сообщества к подобного рода разъяснительно-объединительным мероприятиям.

На Форуме автором был сделан следующий доклад.

Уважаемый Президиум!  
Уважаемые коллеги!

На мировой и внутренний кризис в нашей стране равно приближенной к государству экспортно-сырьевой экономики естественных монополий власть ответила бюджетной реформой.

По мнению экспертов, если вопрос бюджетных организаций не решить в течение ближайших двух лет, бюджетная система рухнет.

## Бюджетная организация социальной сферы

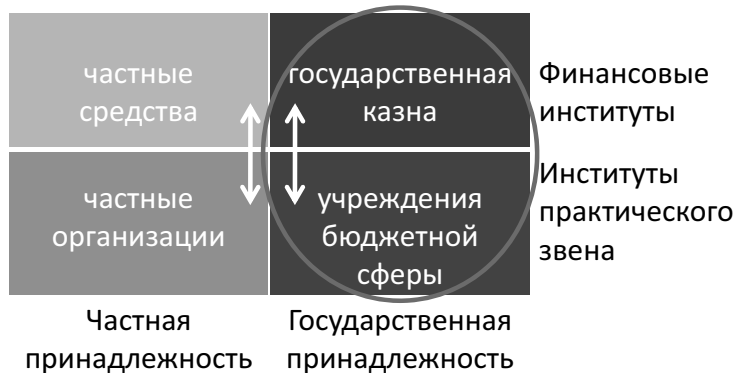


Рисунок 3.

### Договор в пользу третьего лица (ст.430 ГК РФ):

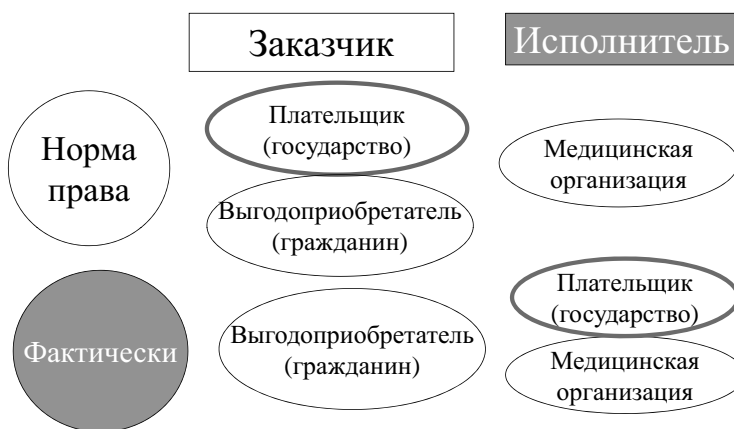


Рисунок 4.



Рисунок 5.

Адресатом проведения бюджетной реформы оказалась социальная сфера, и без того стагнирующая в состоянии перманентного кризиса уже пару десятилетий.

Объясняется это особенностями отечественного устройства бюджетной сферы. У нас бюджетная сфера – это пространство финансирования и административной сферы, механизма государства (то есть государственных органов), и социальной сферы, представленной множеством учреждений, по идее работающих на общество.

Административная сфера может быть оптимизирована за счет сокращения количества и величины денежного содержания составляющей государственные органы бюрократии.

Бюджетная сфера может быть освобождена от чуждых ей по товарному характеру деятельности непрофильных активов, т.е. от учреждений социальной сферы при сохранении за государством финансовых обязательств в ней (Рисунок 1).

Но вместо этого государство решило избавиться от бюджетных расходов на социальную сферу при сохранении в неприкосновенности бюрократии, а бремя содержания социальной сферы попросту переложило на общество, не отказываясь при этом от тех доходов из кошелька граждан, которые от деятельности принадлежащих ему учреждений поступают опять же в казну.

В каждом государстве происходит кризисная оптимизация расходов казны. Однако с социальной сферой никогда так не поступали ни в одной стране. Россия и без того давно уже медленно, но уверенно движется к социальной катастрофе. А решение проблем государства за счет не только налогов, но и дополнительных поборов с общества лишь ведет к социальному дефолту.

При этом государство, расширяя квази-рынок, становится по существу монополистом не только в реальном секторе экономики, но и в псевдо-экономике социальной сферы. И это не приводит к снижению налогового бремени – налоги даже увеличиваются. Просто отныне они, по общему правилу, идут на содержание бюрократии, а государственные и муниципальные учреждения социальной

# Государство

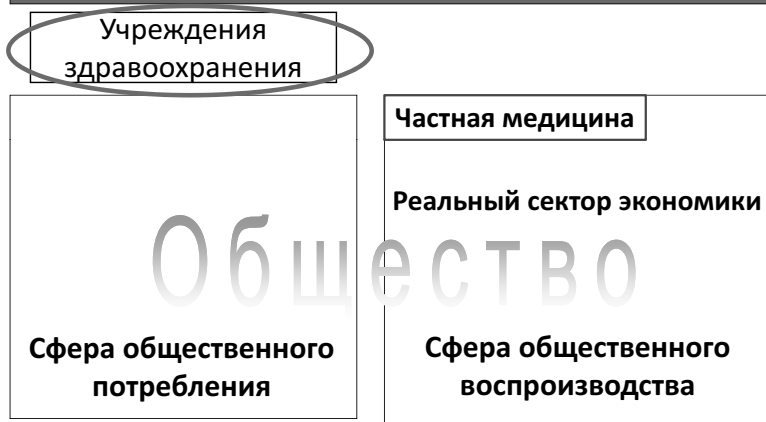


Рисунок 6.

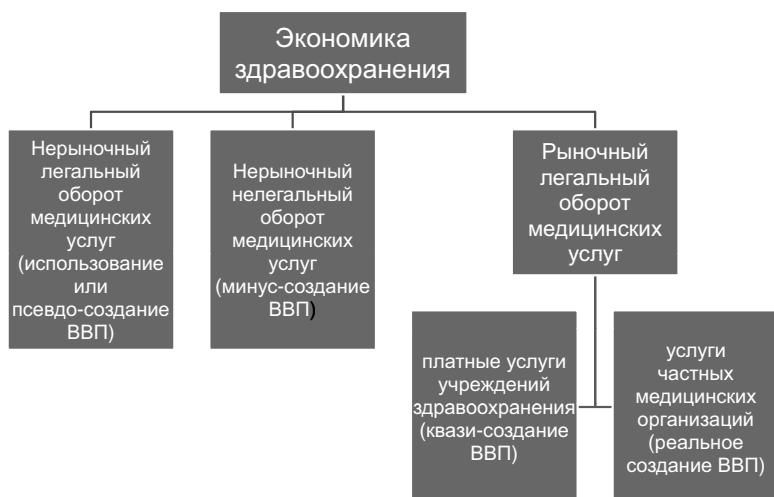


Рисунок 7.

## Системообразование здравоохранения (ст.ст.12, 13, 14 Основ):

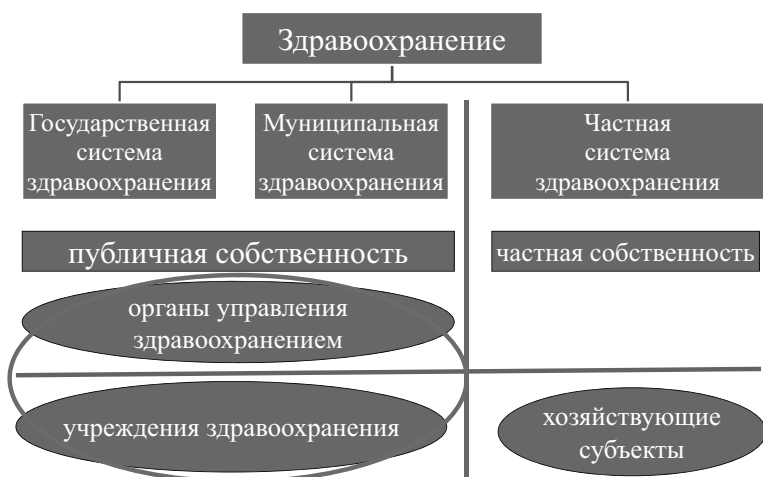


Рисунок 8.

сферы будет кормить общество, оплачивая их услуги.

Государство признает себя несостоятельным перед обществом, не только не поступаясь при этом ничем, но и увеличивая требования к обществу (Рисунок 2).

Есть ли альтернатива?

Чтобы выяснить это, необходимо проанализировать то, что есть, увидеть, что не так, какие существуют препятствия, как их преодолеть, чего избежать, на какие ориентиры равняться, чтобы понять, как должно быть.

В настоящее время бюджетно-учрежденческая организация социальной сферы представлена подведомственным симбиозом финансовых институтов и институтов практического звена, автономным от сферы гражданского оборота. Проще говоря, и те, кто платит, и те, кому платят, объединены единой имущественной принадлежностью. Но можно ли купить у самого себя или продать самому себе? У нас государство выступает и собственником учреждений социальной сферы, и плательщиком за оказываемые ими услуги (Рисунок 3).

При этом государство выступает на стороне не тех, в чью пользу платит, а тех, кто ему принадлежит и оказывает оплачиваемые услуги, т.е. учреждений.

В соответствии с законом государство должно выступать на стороне пациента, а выступает на стороне своей собственности – учреждений здравоохранения (Рисунок 4).

Происходит круговорот средств государственной казны между учреждениями и собственником-плательщиком, государством. Граждане, общество – за пределами платежного механизма, в котором они, если и нужны, то – не более чем учетные единицы оплаты. А вот в качестве дополнительного источника пополнения казны от оплаты «платных» услуг из собственного кошелька – пожалуйста (Рисунок 5).

Учреждения социальной сферы зависли между государством и обществом. К числу государственных органов они не относятся, как и хозяйствующими субъектами не являются. При этом они финансируются как государственные органы, а

## Реформа бюджетной сферы

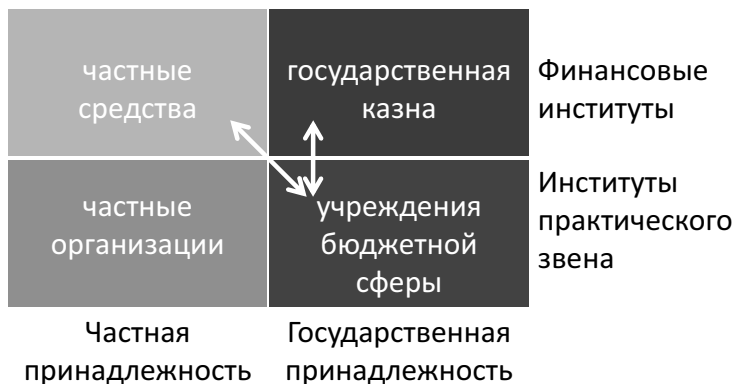


Рисунок 9.

## Реформа социальной сферы

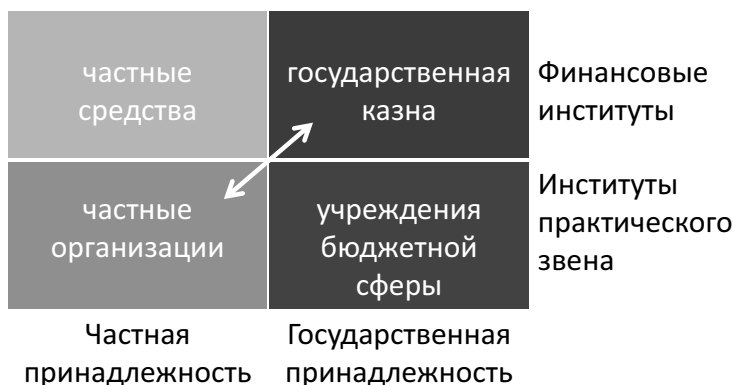


Рисунок 10.

## Трансформация институтов социальной сферы

- Индустриальная трансформация практического здравоохранения – их бесприватизационная партикуляризация;
- Банковская трансформация платежного института (сейчас - ОМС);
- Экономическая трансформация публичных институтов в социальной сфере.

Рисунок 11.

осваивают средства государственной казны как потребители, без хотя бы простого воспроизводства (Рисунок 6).

Это отражается на движении ВВП. В здравоохранении ВВП создается

только частной медициной. Государственный и муниципальный сектор только проедают полученное. Понятно, что инвестиции в сферу проедания не приходят и никогда не придут (Рисунок 7).

Существующее положение дел устанавливается п.1 ст.41 Конституции РФ и Основами законодательства об охране здоровья граждан: медицинская помощь гражданам оказывается бесплатно в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счет средств казны, а здравоохранение распределено на три системы: государственная, муниципальная и частная.

Зачем нам обязательно нужна публичная принадлежность и учреждений здравоохранения, и средств финансирования их деятельности? Или здравоохранение делается в государстве, а не в обществе?

А к чему нам нарезание здравоохранения по системам в соответствии с имущественной принадлежностью, а не по функциям, различающимся для государства и для гражданского оборота в обществе? Или частная система здравоохранения ущербна тем, что в отличие от государственной и муниципальной систем лишена органов управления здравоохранением? Или учреждения здравоохранения осуществляют иную деятельность, чем частные медицинские организации?

Все свидетельствует о том, что власть не понимает современных реалий организации социальной сферы. Продолжается продавливание советской системы Семашко в капиталистическую действительность. Социальная сфера остается анклавом нетоварной организации в окружающей товарной организации общества.

В отсутствие понимания реалий организации социальной сферы власть не выстроила идеологии ее функционирования и развития, т.е. системного видения того, куда государство ведет общество.

В отсутствие соответствующей идеологии невозможна социальная политика государства как обеспечение социальной справедливости в распределении между гражданами жизненных благ (Рисунок 8).

Чего же удивляться тому, что бюджетная реформа основана лишь на фронтальной логике коммерциализации бюджетной сферы?

Государство исходит из своих потребностей оптимизации бюджетной сферы, а не из потребно-

### Структура участников экономических отношений в здравоохранении

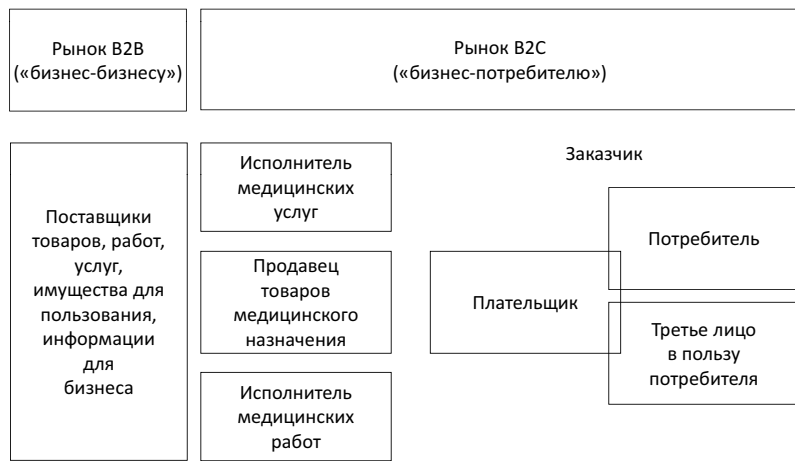


Рисунок 12.

стей общества в улучшении качества жизни.

Государственные и муниципальные учреждения социальной сферы и так паразитируют на теле общества. А предлагается лишь узаконить это паразитирование, придав ему видимость правомерности.

Учреждениям социальной сферы предстоит паразитировать на кошельке граждан. Но этот кошелек не у всех одинаково полон. А где тогда смысл социальной политики государства? (Рисунок 9)

В результате бюджетной реформы в существующем виде общество сталкивается с множеством вопросов, решение которых закон отсылает к подзаконным актам будущего времени. Насколько будет полным государственное задание учреждениям, чтобы его неполно-

та не стимулировала «платные» услуги? Насколько адекватны государственному заданию будут государственные субсидии? Насколько и чем управляемы и подъемны ли для граждан будут цены учреждений на «платные» услуги? Насколько то, что граждане сами оплачивают «платные» услуги, облегчит их налоговое бремя? Какова будет судьба долгов учреждений – ведь чем-то по ним отвечать нужно? А отсюда – и вопросы рейдерства и утраты государственной принадлежности учреждений-должников.

Понятно, чем бюджетная реформа выгодна для государства.

Это, во-первых, сохранность и пополнение государственной собственности – за счет общества в дополнение к налогам.

Это, во-вторых, освобождение от

бремени содержания учреждений – с переложением его на общество.

Это, в-третьих, неприкосновенность бюрократии. Она и дальше может шириться и множиться.

А что бюджетная реформа дает обществу?

... На деле социальная сфера – это не часть бюджетной сферы. Это сфера выполнения государством социальных гарантий, обязательств перед обществом – обязательств не предоставить материальные блага (для этого и существует экономика), а оплатить их в пользу тех, на кого распространяются гарантии государства. Экономика социальной сферы давно стала реальностью, даже если этого не принимает государство и замшелая теория одноименных кафедр. Социальные же блага являются результатом экономической деятельности.

Социальная сфера если и связана с бюджетной, то – лишь в части финансирования в пользу граждан услуг, оказываемых им вовне бюджетной сферы – в гражданском обороте. Это – вопрос деятельности производителей этих услуг, которым государство оплачивает их в пользу граждан за счет средств казны и с которых вправе спросить по результатам. Вопрос, следовательно, не на какой собственности основаны производители услуг, а как они делают свое дело, т.е. соответствует ли произведенная ими продукция величине оплаты.

Даже для расчетов в гражданском обороте бюджетная сфера непригодна. Ее предназначением является нетоварное перераспределение, а не обслуживание товарообмена. Обслуживание товарообмена – дело банковской системы. Это одна из причин неработоспособности системы обязательного медицинского страхования.

Возникает необходимость пересмотра границ и соотношения публичных и частных, финансовых и товарных институтов в здравоохранении. Государство – это не «наше все» в социальной сфере. И медицинскую помощь оказывают не «бюджетники», а врачи. Требуется разумная, соответствующая существующим реалиям диверсификация институтов, чтобы поставить с

### Договор в пользу третьего лица (ст.430 ГК РФ):



Рисунок 13.

### Учреждение здравоохранения

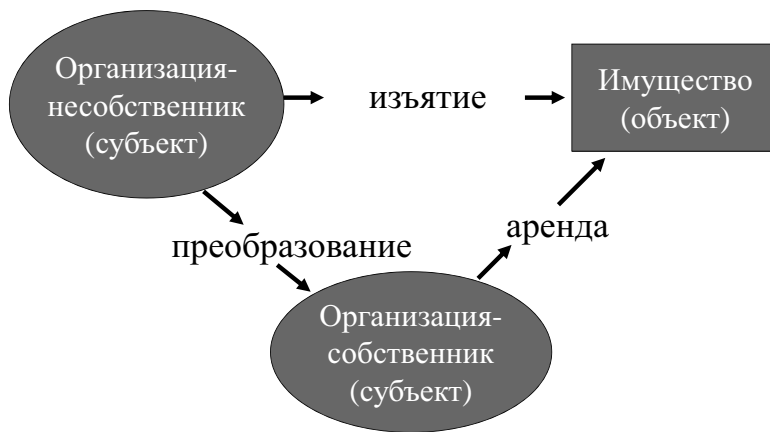


Рисунок 14.

головой на ноги теорию организации социальной сферы в целом и здравоохранения в частности.

Назрела необходимость понимания простых истин.

Государственное финансирование – это средство реализации социальной политики. Социальная политика государства не осуществляется никак иначе, чем через публичный финансовый менеджмент. Политика административного окрика – в прошлом.

Общество беспокоит не предпринимательство в здравоохранении, а бесплатность оказания медицинской помощи. Здравоохранение должно быть бесплатным для всех. Но это

не значит, что – за счет тех, кто оказывает медицинские услуги, как сейчас. Это – вопрос плательщика за медицинские услуги (в пользу граждан, т.е. государства. Если пациент голосует государственным рублем за свой выбор медицинской организации, ему безразлично, что она основана на частной собственности.

Вопрос не в том, сколько денег вкладывается государством в социальную сферу – вопрос в том, как они работают, какую отдачу дают. В той мере, в какой гражданский оборот основан на договорной организации, государству просто необходимо выработать обязательственную политику в социальной сфере

### Механизм оплаты медицинских услуг

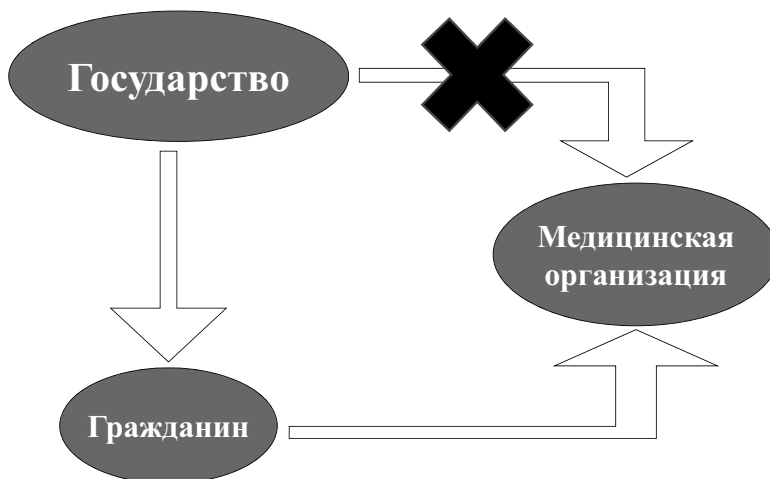


Рисунок 15.

(Рисунок 10).

В связи с изложенным понятно, что социальная политика государства реализуется в обществе, в гражданском обороте. Отсюда публичные институты нуждаются в такой трансформации, которая приведет к оборотной, товарной организации социальной сферы. Это – отношения равноудаленного от государства частного производителя услуг и публичного плательщика. Это – формирование бюджетных институтов исчисления и распределения и частных институтов расчетов в гражданском обороте. Это – устранение административных барьеров и подчинение гражданского оборота в социальной сфере диктатуре закона. Излишне говорить, что это – и экономия средств казны в пользу практического здравоохранения на содержании ненужной бюрократии.

Институциональная трансформация отрасли – условие социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения (Рисунок 11).

Тогда структура экономических отношений в здравоохранении становится простой и ясной, не требующей искусственных заумностей в законодательстве, столь избыточных к настоящему времени.

Тогда не будет попыток совместить несовместимое по противоположности договорных позиций – финансовые и товарные институты, фармацию (или медицинскую технику) и практическое здравоохранение в рамках ведомства или иных структур – торгово-промышленных палат, например, как сейчас (Рисунок 12).

И государство в договорных отношениях займет то место, которое должно занимать по закону – на стороне пациента. Отпадет необходимость во всевозможных нежизнеспособных структурах типа обществ защиты пациентов, поскольку этой функцией уже не сможет пренебрегать, как сейчас, прокуратура (Рисунок 13).

Вопрос о приватизации в социальной сфере потому и встает, что реорганизация учреждений бюджетной сферы в форму частной организации влечет присвоение государственного или муниципального имущества. И потому-то этот



## Объектное управление здравоохранением

Объекты	Цель управления
Средства финансирования	Оплата медицинских услуг
Объекты размещения (аренды)	Управление себестоимостью (ценой) оплачиваемых из казны медицинских услуг
Налоги, компенсации, льготы	

Рисунок 16.

вопрос так сложен, что нигде в мире учреждений, подобных нашим, нет, а отсюда и опыта их разгосударствления тоже нет.

Нами предложена схема приватизационной партикуляризации государственных и муниципальных учреждений. Они могут преобразовываться в любые формы частных организаций, но только после предварительного изъятия того публичного имущества, на котором основаны. А для целей создания в новом качестве они наделяются не более чем уставным капиталом в денежном выражении.

Имущество же остается в публичной собственности и может быть предоставлено им или другим частным медицинским организациям на условиях аренды.

В результате партикуляризации учреждений бюджетной сферы не станет бюджетников, государство освободится от их содержания.

А прежние бюджетники обретут свободу зарабатывать, а не получать нищенское довольствие по бюджетным нормативам (Рисунок 14).

Если произойдет трансформация публичных институтов, партикуляризация учреждений здравоохранения и перенос механизмов расчетов в гражданский оборот – на банковские структуры – притом, что государство займет свое место на стороне пациента, то перестанет существовать механизм прямого финансирования государством медицинских органи-

заций, как прежде – учреждений здравоохранения. Распорядителем предназначенных для него средств государственной казны станет сам пациент. С медицинскими организациями он будет расплачиваться дебетовой банковской картой. Должное внимание медиков к нему как к носителю денежных средств будет обеспечено. Медицина перестанет быть калечащей, как сейчас, по мотивам неоплаты медицинской помощи (Рисунок 15).

Государству же остается заботиться о своем: о том, чтобы деньги казны максимально эффективно работали в гражданском обороте. Чтобы каждый потраченный рубль вложений давал свою отдачу в социальной сфере. Чтобы казна расходовалась экономно на то, что доступно экономии. Это и есть задачи публичного финансового менеджмента в социальной сфере.

Есть и инструменты управления затратами казны. Нами обнаружены отличные от зарубежных подходы. В других странах идут по пути администрирования цены медицинских услуг. Но можно и упреждать рост этих цен.

Известно, что цену медицинских услуг, оплачиваемых, в том числе, из казны, утяжеляют налоги и аренда.

Государству выгодно уменьшить налоги или даже освободить от них производителей услуг в социальной сфере. Обосновывается это тем, что результат их экономиче-

ской деятельности имеет прямой социальный эффект, в отличие от товаропроизводителей в реальном секторе экономики, участвующих в нем лишь опосредованно – через налоги. Деятельность организаций социальной сферы – не для пополнения казны.

Государство в качестве плательщика за медицинские услуги напрямую заинтересовано в минимизации арендной платы тех, кому оно платит за оказание этих услуг гражданам. Поэтому государству выгодно содержание в своей собственности объектов размещения производителей медицинских услуг, поскольку это дает возможность управлять величиной платежей арендаторов. Сеть таких объектов, оставшихся после партикуляризации учреждений здравоохранения, воссоздает системообразование отрасли на новых условиях.

Тем самым государство от субъектного управления учреждениями здравоохранения переходит к объектному управлению имущественными активами, нацеленному на экономичность собственных затрат, достаточную для обеспечения эффективности экономической деятельности производителей медицинских услуг с социальным результатом (Рисунок 16).

Таким образом, суть реформы в социальной сфере – не в простом перенесении бремени содержания учреждений на общество и не в том, чтобы запустить учреждения в свободное плавание между кошелков граждан, и уж тем более не в том, чтобы освободить государство от социальной сферы.

Бюджетная реформа – это коммерциализация бюджетной сферы в пользу государства за счет общества.

Это – недо-реформа, которая требует завершенности, даже если завершать ее придется в будущем. Потому что вместо коммерциализации бюджетной сферы необходимо создание нормальной экономики предпринимательства в социальной сфере.

Предпринимательство при бесплатной медицине – это конечный пункт реформы здравоохранения в пользу общества.

Благодарю за внимание.

## Раздел I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1.1. Предмет и цели настоящего закона

Настоящий Федеральный закон определяет экономические, правовые и организационные основы социальной политики государства в сфере охраны здоровья и оказания медицинской помощи лицами, осуществляющими медицинскую деятельность, в гражданском обороте.

Предметом регулирования настоящим Федеральным законом являются отношения, складывающиеся между их участниками по поводу целенаправленного профессионального воздействия на здоровье граждан с целью улучшения его состояния.

Целями настоящего Федерального закона являются обеспечение единства экономического пространства и свободы экономической деятельности в сфере охраны здоровья, создание условий для эффективного функционирования и развития рынка медицинских услуг в интересах здоровья граждан Российской Федерации.

Статья 1.2. Законодательство Российской Федерации и иные нормативные правовые акты об охране здоровья граждан

1. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан основывается на Конституции Российской Федерации, Гражданском кодексе Российской Федерации и состоит из настоящего Федерального закона, иных федеральных законов, регулирующих отношения, указанные в статье 1.3 настоящего Федерального закона.

2. Отношения, указанные в статье 1.3 настоящего Федерального закона, могут регулироваться постановлениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами федерального органа управления здравоохранением в случаях, предусмотренных законодательством об охране здоровья граждан.

3. Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем те,

# ОСНОВЫ ПРОЕКТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Представлен проект закона, основанного на концепции социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения

Ключевые слова: проект закона, социально-ориентированная рыночная реформа (модернизация) здравоохранения

которые предусмотрены настоящим Федеральным законом, применяются правила международного договора Российской Федерации.

Статья 1.3. Сфера применения настоящего Федерального закона

1. Настоящий Федеральный закон распространяется на отношения, связанные 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.

2. Положения настоящего Федерального закона применяются в части, касающейся предмета его регулирования, к использованию при оказании медицинских услуг лекарственных средств, других товаров и изделий медицинского

назначения.

Оборот лекарственных средств, других товаров и изделий медицинского назначения регулируется другими федеральными законами, которые не могут противоречить положениям настоящего Федерального закона.

Положения настоящего Федерального закона, регулирующие использование лекарственных средств, других товаров и изделий медицинского назначения при оказании медицинских услуг, имеют приоритет перед положениями других федеральных законов, регулирующих иные отношения по поводу лекарственных средств, других товаров и изделий медицинского назначения.

3. Действие настоящего Федерального закона не распространяется также на:

организацию профессионального медицинского образования и государственные требования к его уровню;

организацию мобилизационных мероприятий;

социально-экономические, организационные, санитарно-гигиенические, лечебно-профилактические, реабилитационные меры в области охраны труда;

применение мер по предотвращению возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний человека;

мероприятия по профилактике заболеваний человека;

применение мер по охране почвы, атмосферного воздуха, водных объектов курортов, водных объектов, отнесенных к местам туризма и массового отдыха;

организацию мероприятий по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия.

Отношения в перечисленных случаях регулируются специальными федеральными законами.

4. Настоящий Федеральный закон не регулирует отношения, связанные с оказанием медицинской помощи:

в порядке выездной скорой медицинской помощи;

в медицинских заведениях, обеспечивающих медицинскую изоля-

цию от общества и лечение граждан, страдающих социально значимыми заболеваниями;

в медицинских заведениях пенитенциарной системы Российской Федерации, обеспечивающих публичную изоляцию от общества;

в структурах военной и приравненной к ней службы;

в спорте и на связанных с ним и других массовых зрелищных мероприятиях.

Отношения, связанные с оказанием медицинской помощи в перечисленных случаях, регулируются специальными федеральными законами.

## Раздел II. УЧАСТИЕ ГОСУДАРСТВА В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Статья 2.1. Компетенция государства в области охраны здоровья граждан

Компетенция государства в области охраны здоровья граждан состоит в создании и поддержании в отрасли эффективного экономического оборота мерами законодательного регулирования и финансового участия средствами государственной казны в пользу граждан.

Статья 2.2. Законодательство в области охраны здоровья граждан

1. Законодательство в области охраны здоровья граждан имеет целью развитие в отрасли эффективного экономического оборота в их интересах в условиях оптимизации расходов средств государственной казны в их пользу.

Законодательство в области охраны здоровья граждан направлено на совершенствование товарообмена, инфраструктуры и инновационно-инвестиционного климата в отрасли в целях удовлетворения потребности граждан в товарах, работах, услугах медицинского назначения для обеспечения максимально полного физического, душевного и социального индивидуального благополучия.

2. Законодательство в области охраны здоровья граждан состоит из настоящего Федерального закона, законов и иных законодательных актов Российской Федерации.

Законодательство в области охра-

ны здоровья граждан не может противоречить действующему общему законодательству Российской Федерации.

Ограничения прав и свобод в области охраны здоровья граждан могут быть предусмотрены только федеральным законом и только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства.

3. Федеральный закон в области охраны здоровья граждан должен соответствовать настоящему Федеральному закону и не может устанавливать положения, отличные от установленных им.

4. Акт исполнительной власти в области охраны здоровья граждан должен иметь обоснованием соответствующее положение настоящего Федерального закона в области охраны здоровья граждан и не может отступать от него, изменять или иным образом нарушать положение закона.

5. Акты органов местного самоуправления не имеют силы в регулировании отношений в области охраны здоровья граждан.

Статья 2.3. Социальная политика государства в области охраны здоровья граждан

1. Социальная политика государства в области охраны здоровья направлена на обеспечение доступности для граждан необходимой и безопасной медицинской помощи.

2. Социальная политика государства в области охраны здоровья граждан излагается уполномоченным государственным органом ежегодно в публикуемом в средствах массовой информации меморандуме, в котором отражаются результаты анализа состояния отрасли за прошедший период и соответствующие планы государства на будущий период.

3. Социальная политика государства в области охраны здоровья граждан реализуется через размещение средств государственной казны между субъектами медицинской деятельности в экономическом

обороте.

Государство не проводит социальную политику в области охраны здоровья граждан иначе, чем через финансирование медицинской деятельности в отраслевом экономическом обороте.

Участие государства в оплате медицинских услуг и других предоставлений гражданам осуществляется через уполномоченный банк, единственным владельцем которого является Российская Федерация.

Каждый гражданин наделяется дебетовой картой уполномоченного банка, которая отражает персональный счет гражданина, в пределах индивидуальной потребности в зависимости от состояния здоровья пополняемый за счет средств государственной казны.

Размещение средств государственной казны между субъектами медицинской деятельности в экономическом обороте осуществляется посредством оплаты гражданином соответствующего предоставления с помощью дебетовой карты уполномоченного банка.

Каждый гражданин свободен в обращении к субъекту медицинской деятельности по своему усмотрению.

Органы государственной власти и местного самоуправления и их должностные лица не вправе прямо или косвенно влиять на выбор гражданином для обращения субъекта медицинской деятельности и каким-либо иным образом вмешиваться в их отношения иначе, чем это предусмотрено настоящим Федеральным законом и иными соответствующими ему федеральными законами.

4. Социальная политика государства в области охраны здоровья граждан реализуется также через стимулирование отраслевого экономического оборота, расширение сети объектов здравоохранения для размещения субъектов медицинской деятельности, оплачиваемой за счет средств государственной казны, и создание привлекательно для инвестиций инновационного климата в отрасли.

5. Социальная политика государства в области охраны здоровья граждан реализуется в отраслевом экономическом обороте.

Отраслевой экономический оборот в области охраны здоровья граждан, в том числе с имущественно-финансовым участием государства, регулируется нормами гражданского законодательства.

Нормы бюджетного законодательства на регулирование отраслевого экономического оборота в области охраны здоровья граждан не распространяются.

В области охраны здоровья граждан нормы бюджетного законодательства регулируют только распределение средств государственной казны в бюджетном процессе в пределах отношений между органами государственной власти, а также между органами государственной власти и органами местного самоуправления.

В порядке реализации социальной политики государства отношения органов государственной власти с хозяйствующими субъектами в области охраны здоровья регулируются нормами гражданского законодательства.

Статья 2.4. Участие государства в развитии экономического оборота в области охраны здоровья граждан

1. Состояние экономического оборота в области охраны здоровья граждан отражает долю здравоохранения в валовом внутреннем продукте страны.

Развитие экономического оборота в области охраны здоровья граждан является приоритетом для государства.

2. Государство финансирует деятельность по мониторингу состояния экономического оборота в области охраны здоровья граждан и размещает с этой целью средства государственной казны между специализирующимися на таком мониторинге хозяйствующими субъектами в экономическом обороте.

3. Оплата государственного заказа на мониторинг состояния экономического оборота в области охраны здоровья граждан осуществляется через уполномоченный банк.

Статья 2.5. Налоговая политика государства в области охраны здоровья граждан

Хозяйствующие субъекты, осуществляющие медицинскую и иную

деятельность в области охраны здоровья, результат которой имеет прямой социальный эффект, освобождены от уплаты налогов, установленных в реальном секторе экономики, результат деятельности в котором обуславливает опосредованный социальный эффект.

Статья 2.6. Системообразование здравоохранения

1. Системообразование здравоохранения распространяется только на объекты, используемые при осуществлении медицинской и иной деятельности в области охраны здоровья граждан.

Для целей системообразования признаются государственная и частная системы здравоохранения.

2. Государственную систему здравоохранения составляют объекты здравоохранения, находящиеся в государственной собственности.

Для целей системообразования государственными объектами здравоохранения признаются:

- объекты недвижимости, через управляющие организации предоставляемые государством в аренду хозяйствующим субъектам, осуществляющим медицинскую и иную деятельность в области охраны здоровья;
- особо ценное имущество, составляющее дорогостоящее оборудование (аппаратуру), через управляющие организации предоставляемое государством в аренду хозяйствующим субъектам, осуществляющим медицинскую и иную деятельность в области охраны здоровья;
- денежные фонды, предназначенные для оплаты государством за счет средств казны услуг, оказываемых гражданам хозяйствующими субъектами, осуществляющими медицинскую и иную деятельность в области охраны здоровья.

3. Государство осуществляет оптимизацию расходов средств казны на цели охраны здоровья граждан экономическими мерами снижения себестоимости оплачиваемых из казны услуг, оказываемых гражданам хозяйствующими субъектами, осуществляющими медицинскую и иную деятельность в области охраны здоровья.

Таковыми мерами является освобождение хозяйствующих субъек-

тов, осуществляющих медицинскую и иную деятельность в области охраны здоровья, результат которой имеет прямой социальный эффект, от налогов и минимизация платы за аренду ими принадлежащих государству недвижимых и движимых (дорогостоящее оборудование, аппаратура) объектов здравоохранения государственной принадлежности.

4. Частную систему здравоохранения составляют объекты, предоставляемые для размещения хозяйствующих субъектов, осуществляющих медицинскую и иную деятельность в области охраны здоровья, и использования в этой деятельности субъектами частной собственности.

Объекты недвижимости должны иметь документальные подтверждения обременения этим назначением, зарегистрированного в установленном действующем законодательством порядке, а также санитарно-эпидемиологического соответствия для осуществления медицинской деятельности прежде, чем предоставляться субъектами частной собственности в аренду или под размещение на иных правовых основаниях хозяйствующим субъектам, осуществляющим медицинскую и иную деятельность в области охраны здоровья.

При наличии названных документальных подтверждений субъекты частной собственности, предоставляющие объекты недвижимости в аренду или под размещение на иных правовых основаниях хозяйствующим субъектам, осуществляющим медицинскую и иную деятельность в области охраны здоровья, оплачиваемую за счет средств государственной казны, вправе на компенсацию за счет этих средств разницы, в случае если они снижают арендную плату до уровня взимаемой с арендаторов на объектах здравоохранения государственной собственности.

5. Указанный в п.4 правовой режим применяется также к объектам движимого имущества (особо ценное оборудование и медицинская техника), арендуемым у субъектов частной собственности хозяйствующими субъектами, осуществляющими медицинскую и иную деятельность в области охраны

здоровья, при оплате этой деятельности за счет средств государственной казны.

Статья 2.7. Разрешительная система в области охраны здоровья граждан

1. Государственный надзор в области охраны здоровья граждан осуществляется исключительно в целях обеспечения безопасности для граждан услуг, оказываемых им хозяйствующими субъектами, осуществляющими медицинскую и иную деятельность в области охраны здоровья.

С этой целью государство осуществляет лицензирование медицинской и иной деятельности хозяйствующих субъектов в области охраны здоровья граждан и (или) предусматривает иным образом организованный разрешительный режим ведения такой деятельности.

2. Лицензирование является актом ручательства государства за безопасность в области охраны здоровья граждан медицинской и иной деятельности хозяйствующих субъектов,

За последствия лицензированной медицинской и иной деятельности в области охраны здоровья государство несет солидарную с хозяйствующими субъектами при соблюдении ими лицензионных требований и правил ответственность перед гражданами в случае причинения им вреда.

3. Государство организует мониторинг безопасности медицинской и иной деятельности хозяйствующих субъектов в области охраны здоровья граждан.

Раздел III. ОГРАНИЧЕНИЯ И ЗАПРЕТЫ В ЭКОНОМИКЕ СФЕРЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Статья 3.1. Запрет имущественной зависимости в сфере охраны здоровья граждан

Субъектам, осуществляющим медицинскую и иную деятельность в области охраны здоровья, запрещено находиться в корпоративной (включая учредительство) зависимости от субъектов другой товарной (включая производство лекар-

ственных средств и медицинской техники) и финансовой (включая страхование) деятельности.

Субъектам отличной от производства медицинских услуг товарной и финансовой деятельности разрешается предоставлять хозяйствующим субъектам, осуществляющим медицинскую и иную деятельность в области охраны здоровья, объекты для размещения и использования в этой деятельности, и создавать для этих целей соответствующие организации.

...

Раздел IX. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СУБЪЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

Статья 9.1. Основания возмещения вреда, причиненного здоровью граждан

На медицинское вмешательство в составе медицинских услуг не распространяется действие положений законодательства о защите прав потребителей.

Причинение вреда при медицинском вмешательстве, произведенном в соответствии с предварительно выраженным информированным добровольным согласием потерпевшего, требует установления характера и величины вреда, противоправности действий причинителя, а также причинно-следственной связи между посягательством и последствиями.

Вред, причиненный при медицинском вмешательстве, произведенном без предварительно выраженного информированного добровольного согласия потерпевшего, не требует установления противоправности действий и вины причинителя.

Вред, причинение которого вытекает из потребительских отношений при оказании услуг за пределами медицинского вмешательства, не требует установления вины причинителя.

В соответствии со ст. 41 Конституции РФ каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Понятие охраны здоровья граждан дается в ст. 1 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. с последующими изменениями и дополнениями (далее – Основы)<sup>1</sup>. Под охраной здоровья граждан понимается 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 активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Что касается понятия медицинской помощи, то ее определение нигде прямо не дается.

В.И. Акопов (2004), пишет, что охрана здоровья и медицинская помощь не одно и то же, и поэтому в Конституции РФ эти понятия обозначены отдельно. Охрана здоровья, по его мнению – широкое многогранное понятие и это видно из определения, которое сформулировано в ст. 1 Основ. В то же время медицинская помощь представляет собой индивидуальный подход и оказывается системой здравоохранения, которая является небольшой частью системы охраны здоровья<sup>2</sup>.

С этой позицией в целом следует согласиться. Однако следует иметь в виду еще два момента.

Во-первых, медицинская помощь является составной частью более широкого понятия медико-социальной помощи. Так, в ст. 20 Основ установлено, что при заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь,

<sup>1</sup> Ведомости Съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета РФ. 1993. № 33. Ст. 1318; Собрание законодательства РФ. 1998. № 10. Ст. 1143; 1999. № 51. Ст. 6289; 2000. № 49. Ст. 4740; 2003. № 2. Ст. 167; № 9. Ст. 805; № 27 (часть 1). Ст. 2700; 2004. № 27. Ст. 2711; № 35. Ст. 3607; № 49. Ст. 4850; 2005. № 10. Ст. 763.

<sup>2</sup> См.: Акопов В.И. Медицинское право. М., 2004. С. 17.

# ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ОТНОСИТЕЛЬНО САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ СФЕРА ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ

В сферу правового регулирования оказания медицинской помощи входят следующие компоненты: непосредственное профессиональное оказание медицинской помощи медицинскими работниками; профессиональная деятельность медицинских работников в связи с оказанием медицинской помощи; деятельность должностных лиц медицинских учреждений (государственных, муниципальных и частных) и органов исполнительной власти в области здравоохранения (муниципальных, субъектов РФ, федеральных) в связи с оказанием медицинской помощи

которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности. Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

Из комплекса медико-социальной помощи четко можно выделить медицинскую помощь, т.е. профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, оказываемую медицинскими работниками в учреждениях государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения (государственных, муниципальных, частных медицинских учреждениях).

Во-вторых, медицинская помощь является более широким понятием по сравнению с понятием медицинской услуги. Медицинская услуга в настоящее время – это гражданско-

правовая категория. Она входит в понятие возмездных услуг, регулируемых главой 39 ГК РФ. А.В. Тихомиров при этом справедливо считает, что оказание медицинской помощи может осуществляться как при предоставлении медицинской услуги, так и вне рамок услуги – по прямому предписанию закона<sup>3</sup>.

Оказание медицинской помощи в настоящее время регулируется многочисленными нормативно-правовыми актами.

Координация вопросов здравоохранения, согласно п. «ж» ст. 72 Конституции РФ, находится в совместном ведении РФ и субъектов РФ. Таким образом, оказание медицинской помощи представляет собой относительно самостоятельную сферу правового регулирования. Законодательство об оказании медицинской помощи состоит из вышеуказанных положений Конституции РФ, Основ законодательства об охране здоровья граждан, других федеральных нормативных актов (федеральных законов, актов Президента РФ и Правительства РФ, федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения и социального обеспечения), нормативных актов субъектов РФ и других актов.

3 См.: Тихомиров А.В. Медицинское право. М., 1998. С. 9.

Исходя из проведенного выше анализа, можно выстроить следующий ряд понятий: сфера оказания медицинских услуг – сфера оказания медицинской помощи – сфера оказания медико-социальной помощи – сфера охраны здоровья граждан (здравоохранения). Сфера оказания медицинской помощи занимает наиболее значительное место среди других указанных сфер как в смысле правового регулирования, так и по своим масштабам.

Таким образом, в сферу оказания медицинской помощи входят, на наш взгляд, следующие компоненты:

- непосредственное профессиональное оказание медицинской помощи медицинскими работниками;
- профессиональная деятельность медицинских работников в связи с оказанием медицинской помощи;
- деятельность должностных лиц медицинских учреждений (государственных, муниципальных и частных) и органов исполнительной власти в области здравоохранения (муниципальных, субъектов РФ, федеральных) в связи с оказанием медицинской помощи.

**26–28 мая 2010 г.** в городе на Неве прошел **III Петербургский медицинский форум «Медицинская клиника в современных условиях: угрозы и пути развития»**, собравший более 180 активных и прогрессивно мыслящих представителей медицинского сообщества, экспертов и политиков из 32 регионов России.

Участники форума были едины во мнении, что медицинские учреждения, клиники и врачи сейчас находятся под нарастающим давлением разрушительных факторов. Бюджетно-учрежденческое здравоохранение последние два десятилетия пребывает в глубоком системном кризисе, а частная система не имеет поддержки для развития.

Отсутствие у государства адекватной идеологии и законодательства в социальной сфере, административные и чиновничьи барьеры, коррупция, разобщенность медицинского сообщества и изоляционизм врачей, отставание медицинских технологий и «дорожающие» профессиональные знания приводят к все большему ухудшению уровня и доступности медицинской помощи жителям РФ.

Особую тревогу у собравшихся вызывает «квазиреформирование» здравоохранения. Закон об изменении статуса бюджетных учреждений – это разрушение социальной сферы.

По итогам форума участники подготовили резолюцию, которая направлена в органы исполнительной и законодательной власти РФ.

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

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

**П**равовые проблемы подзаконной организации сферы охраны здоровья граждан охватывают проблемы нормотворчества центрального органа исполнительной власти и ведомственного нормотворчества, а также проблемы недостаточности подзаконного регулирования в этой сфере.

1. ПРОБЛЕМЫ НОРМОТВОРЧЕСТВА ЦЕНТРАЛЬНОГО ОРГАНА ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН.

В сфере охраны здоровья граждан Правительство Российской Федерации как центральный орган исполнительной власти издает соответствующие Постановления во исполнение федеральных законов или Указов Президента РФ.

Исполнительный характер издаваемых Правительством РФ Постановлений определяется наличием, во-первых, оснований, в силу которых они приобретают правомерность; во-вторых, содержания подлежащего исполнению задания; в-третьих, объема и границ делегированных вышестоящим актом законодательства для исполнения задания полномочий, в пределах которых они правомерны и основательны.

1.1. Постановлением Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 г. № 27 утверждены Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (далее – Правила). В резолютивной части приведено обоснование, что Правила изданы в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

Однако согласно ст.38 Закона РФ «О защите прав потребителей» Правительством Российской Федерации утверждаются Правила бытового и иных видов обслуживания потребителей (правила выполнения отдельных видов работ и правила оказания отдельных видов услуг), но не Правила предоставления платных услуг. Центральный орган исполнительной власти в этой части вышел

# ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДЗАКОННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СФЕРЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Показано, что подзаконное регулирование создает немалые проблемы в здравоохранении из-за непонимания границ юрисдикции ведомства

Ключевые слова: здравоохранение, гражданский оборот, подзаконное регулирование

за пределы своей компетенции, преобразуя предписание закона.

Их предназначением было вовсе не исполнение предписаний названного закона в части улучшения правового режима регулирования гражданского оборота медицинских услуг, а легализация требований целесообразности на тот момент об обуздании активности государственных и муниципальных учреждений здравоохранения по

предоставлению гражданам медицинских услуг за плату в ущерб тем, которые оплачивались из государственной казны.

1.1.1. Правила разделили медицинские услуги на те, которые оказываются в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, и «платные», т.е. дополнительные к этому объему.

Тем самым отличительным атрибутом медицинских услуг с этого



времени стали не свойства самих услуг как объектов гражданских прав и гражданского оборота, а встречное предоставление – плата за эти услуги. Услуги были разделены по источнику их оплаты: если они оплачивались из государственной казны, то признавались относящимися к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи; если же из иных (частных) источников, то – «платными».

По логике предназначения Правила были обращены к государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения, и вполне могли быть изданы в виде ведомственного акта Министерства здравоохранения. Однако в этом случае их действие не распространялось бы на частные медицинские организации, на которые, собственно, и рассчитаны Правила в контексте Закона РФ «О защите прав потребителей».

Поэтому Правила определили «порядок и условия предоставления платных медицинских услуг населению лечебно-профилактическими учреждениями независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности, в том числе научно-исследовательскими институтами и государственными медицинскими образовательными учреждениями высшего профессионального образования» (п.1). Это притом что в организационно-правовой форме учреждения (ст.120 ГК) не существовало и не существует ни одной частной медицинской организации. Иными словами, под родовым понятием «учреждения» вопреки закону в публичном акте подразумевались хозяйствующие субъекты любых организационно-правовых форм.

1.1.2. Договорная организация гражданского оборота, в том числе, в сфере охраны здоровья установлена законом. Так, должны совершаться в простой письменной форме, за исключением сделок, требующих нотариального удостоверения сделки юридических лиц между собой и с гражданами (п/п. 1 п.1 ст.161 ГК). В соответствии с Правилами (п.2) «платные медицинские услуги населению осуществляются медицинскими учреждениями в рамках договоров с гражданами

или организациями на оказание медицинских услуг работникам и членам их семей». Означает ли это, что медицинские услуги, которые оказываются в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, в договорном оформлении не нуждаются? Безусловно, нет, поскольку оказываются в рамках договора о возмездном оказании услуг (гл.39 ГК), даже если оплачиваются в порядке договора в пользу третьего лица (ст.430 ГК), как в случае оплаты из государственной казны.

Более того, договор касается не только оказания и оплаты медицинских услуг, но и здоровья, являющегося объектом воздействия при их оказании. Для любого такого воздействия предусмотрено предварительно выраженное пациентом как правообладателем добровольное информированное согласие (ст.32 Основ законодательства об охране здоровья граждан, далее – Основы). Тем самым вне зависимости от того, «платные» или в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи оказываются медицинские услуги, добровольное информированное согласие обязательно. Но о добровольном информированном согласии, как и о проблематике договорной практики в сфере охраны здоровья граждан, Правила умалчивают.

1.1.3. Правила допускают отклонения от положений действующего законодательства, не выполняя регулятивную функцию и предпочитая простую репродукцию существующих норм права.

1.1.3.1. Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в 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 (абз.1 ст.54 Основ). Не говоря о сомнительности правового значения сертификата, не раскрытого ни в одном правовом акте и не предусмотренного действующим законодательством ни в качестве образовательного, ни какого-либо иного

документа, Основами он отнесен к профессиональному статусу физического лица, получившего высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование.

Между тем Правила отнесли сертификат к хозяйственному статусу юридического лица: «предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями осуществляется при наличии у них сертификата и лицензии на избранный вид деятельности» (п.3).

1.1.3.2. Особо следует остановиться на положении Правил, согласно которому «контроль за организацией и качеством выполнения платных медицинских услуг населению, а также правильностью взимания платы с населения осуществляют в пределах своей компетенции органы управления здравоохранением и другие государственные органы и организации, на которые в соответствии с законами и иными правовыми актами Российской Федерации возложена проверка деятельности медицинских учреждений» (п.8).

Является ли качество медицинских услуг, в том числе «платных», категорией, установленной федеральным законом? Является ли установленным федеральным законом категория контроля качества медицинских услуг? В обоих случаях ответ отрицательный. Центральный орган исполнительной власти и в этой части вышел за пределы своей компетенции, расширив требования закона.

Вправе ли контрольные функции в гражданском обороте в сфере охраны здоровья граждан осуществлять не государственные органы, а не обладающие их компетенцией организации? Безусловно, нет. В случаях и в порядке, предусмотренных федеральными законами, указами Президента Российской Федерации и постановлениями Правительства Российской Федерации, нормативными актами субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, по их специальному поручению от их имени могут выступать государственные органы, органы местного самоуправления, а также юридические лица и граждане (п.3 ст.125 ГК), но в частноправовых, гражданских отношениях. Публич-

ная компетенция не передаваема.

Обладают ли компетенцией контроля за правильностью взимания платы с населения органы управления здравоохранением? Также нет за очевидностью.

1.1.3.3. Остальные положения Правил в большинстве случаев являются воспроизведением положений соответствующих законов, не нуждающихся в повторении в подзаконном акте.

1.2. Постановлением Правительства Российской Федерации от 22 января 2007 г. № 30 было утверждено Положение о лицензировании медицинской деятельности.

В соответствии с Федеральным законом от 8 августа 2001 года № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (далее Закон о лицензировании) перечень работ и услуг по космической деятельности, ветеринарной деятельности и медицинской деятельности устанавливается положениями о лицензировании указанных видов деятельности (п. 2 ст.17). В целях обеспечения единства экономического пространства на территории страны в соответствии с определенными Президентом РФ основными направлениями внутренней политики государства Положения о лицензировании конкретных видов деятельности утверждает Правительство РФ (ст.5 Закона о лицензировании).

1.2.1. Предназначение лицензирования в сфере охраны здоровья.

Лицензия – это специальное разрешение на осуществление конкретного вида деятельности при обязательном соблюдении лицензионных требований и условий, выданное лицензирующим органом юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю (ст.2 Закона о лицензировании), притом что обеспечение единства экономического пространства на территории Российской Федерации названо первым среди основных принципов осуществления лицензирования (ст.3 Закона о лицензировании).

К лицензируемым видам деятельности относятся виды деятельности, осуществление которых может повлечь за собой нанесение ущерба правам, законным интере-

сам, здоровью граждан, обороне и безопасности государства, культурному наследию народов Российской Федерации и регулирование которых не может осуществляться иными методами, кроме как лицензированием (ст.4 Закона о лицензировании).

Таким образом, лицензирование предназначено для:

- упорядочения экономической (предпринимательской) деятельности (хозяйствующих субъектов);
- предотвращения вреда охраняемым законом интересам;
- регулирования гражданского оборота в отсутствие иных регуляторов.

Подлежащей лицензированию законом названа медицинская деятельность (п.1 ст.17 Закона о лицензировании).

Перечень работ и услуг по космической деятельности, ветеринарной деятельности и медицинской деятельности устанавливается положениями о лицензировании указанных видов деятельности (п.2 ст.17 Закона о лицензировании). Положением устанавливается перечень работ и услуг, которые составляют деятельность, подлежащую лицензированию. Но подлежит лицензированию не перечень услуг (работ), а сама деятельность по их производству. Иными словами, лицензия выдается на медицинскую деятельность, а не на составляющие ее медицинские услуги по перечню, устанавливаемому Положением о лицензировании медицинской деятельности.

Медицинская деятельность предусматривает выполнение работ (услуг) по оказанию доврачебной, амбулаторно-поликлинической, стационарной, высокотехнологичной, скорой и санаторно-курортной медицинской помощи в соответствии с перечнем согласно приложению (п.4 Положения), а выданный лицензирующим органом документ, подтверждающий наличие лицензии, должен иметь приложение, содержащее наименование работ (услуг), являющееся неотъемлемой частью указанного документа (п.10 Положения). Тем самым вместо медицинской деятельности на основании Постановления Правительства РФ лицензируются составляющие ее медицинские услуги

(работы). А приложение к лицензии как неотъемлемая ее часть законом не предусмотрено. Центральный орган исполнительной власти и в этой части вышел за пределы своей компетенции, изменив и расширив требования закона.

Притом что лицензирование, в том числе медицинской деятельности, предназначено для предотвращения вреда охраняемым законом интересам, ни один из пунктов Положения о лицензировании медицинской деятельности не посвящен вопросам ее безопасности для пациента. И это с учетом того, что медицинская деятельность – единственная, которая состоит в профессиональной интервенции в состояние здоровья. Центральный орган исполнительной власти в этой части попросту пренебрег предназначением Положения о лицензировании медицинской деятельности.

1.2.2. Требования к представляемым для лицензирования медицинской деятельности документам.

Кроме указанных (в п.1 ст.9 Закона о лицензировании) документов в положениях о лицензировании конкретных видов деятельности может быть предусмотрено представление иных документов, наличие которых при осуществлении конкретного вида деятельности установлено соответствующими федеральными законами, а также иными нормативными правовыми актами, принятие которых предусмотрено соответствующими федеральными законами (абз.8 п.1 ст.9 Закона о лицензировании).

Но «не допускается требовать от соискателя лицензии представления документов, не предусмотренных настоящим Федеральным законом и иными федеральными законами» (абз. 9 п.1 ст.9 Закона о лицензировании).

Другими словами, перечень истребуемых при лицензировании документов предусматривается только федеральными законами, но не Положением о лицензировании соответствующей деятельности – центральный орган исполнительной власти не уполномочен расширять этот перечень по своему усмотрению, но только по прямому указанию федерального закона. Правительство РФ и в этой части вышло за

<p>Для получения лицензии соискатель лицензии представляет в соответствующий лицензирующий орган следующие документы (п.1 ст.9 Закона о лицензировании):</p>	<p>Для получения лицензии соискатель лицензии направляет или представляет в лицензирующий орган заявление о предоставлении лицензии, в котором указывает виды работ (услуг) по перечню согласно приложению к настоящему Положению, и документы (копии документов), указанные в пункте 1 статьи 9 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», а также:</p>	<p>размещения.</p> <p>а) Поскольку в большинстве случаев субъекты медицинской деятельности размещаются на объектах, принадлежащих им не на праве собственности, а на обязательственных правах (обычно – аренды), постольку на них ложится бремя приведения в соответствие объектов для осуществления этой деятельности. Назначение объекта под осуществление медицинской деятельности придается арендатором, а не арендодателем.</p> <p>б) Документы о принадлежности объекта размещения на соответствующем праве требуются при их подаче на лицензирование, т.е. тогда, когда деятельность на этих объектах еще не ведется. Между тем на весь период процедуры лицензирования арендуемые объекты уже должны оплачиваться соискателем лицензии.</p> <p>в) Лицензия привязана к объектам размещения субъектов медицинской деятельности, поскольку с лишением их законного основания обладания этими объектами утрачивает действие и лицензия на осуществление ими медицинской деятельности. Это означает, что арендодателю достаточно поднять арендную плату, чтобы арендатор попросту прекратил свое существование, поскольку смена площадей означает приостановку деятельности на срок прохождения процедуры лицензирования, даже если найдены новые площади для аренды.</p>
<p>заявление о предоставлении лицензии с указанием наименования и организационно-правовой формы юридического лица, места его нахождения - для юридического лица; фамилии, имени, отчества, места жительства, данных документа, удостоверяющего личность, для индивидуального предпринимателя; лицензируемого вида деятельности, который юридическое лицо или индивидуальный предприниматель намерены осуществлять;</p> <p>копии учредительных документов и копия документа о государственной регистрации соискателя лицензии в качестве юридического лица (с предъявлением оригиналов в случае, если копии не заверены нотариусом) - для юридического лица;</p> <p>копия свидетельства о государственной регистрации гражданина в качестве индивидуального предпринимателя (с предъявлением оригинала в случае, если копия не заверена нотариусом) - для индивидуального предпринимателя;</p> <p>копия свидетельства о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе (с предъявлением оригинала в случае, если копия не заверена нотариусом);</p> <p>документ, подтверждающий уплату лицензионного сбора за рассмотрение лицензирующим органом заявления о предоставлении лицензии; сведения о квалификации работников соискателя лицензии.</p>	<p>а) копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений, оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимых для осуществления медицинской деятельности;</p> <p>б) копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы руководителя юридического лица или его заместителя;</p> <p>в) копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) специалистов, состоящих в штате соискателя лицензии или привлекаемых им на законном основании для осуществления работ (услуг);</p> <p>г) копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы индивидуального предпринимателя, связанный с выполнением работ (услуг);</p> <p>д) копии регистрационных удостоверений и сертификатов соответствия на используемую медицинскую технику;</p> <p>е) копии документов об образовании и квалификации работников соискателя лицензии, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности;</p> <p>ж) копию выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам осуществляемой медицинской деятельности.</p>	<p>1.2.2.1.1.2. Состояние объекта размещения.</p> <p>Бремя приведения в соответствие состояния (санитарно-эпидемиологического, противопожарного и пр.) объектов для осуществления медицинской деятельности также лежит на арендаторе, а не на арендодателе.</p> <p>Арендатор получает помещение в аренду не в том состоянии, которое требуется для осуществления медицинской деятельности при лицензировании.</p> <p>Требуемого при лицензировании состояния объекта размещения арендатор достигает своими силами и за свой счет.</p> <p>Вредообразующие же последствия несоответствия санитарно-эпидемиологического, противопо-</p>

Рисунок 1. Перечни документов, предусмотренные Законом о лицензировании и Положением о лицензировании медицинской деятельности.

пределы своей компетенции, установив требования представления не предусмотренных федеральными законами документов (Рисунок 1).

В целом, Перечень, предусмотренный Положением о лицензировании медицинской деятельности, требует представления документов о средствах производства (включая объекты размещения, оборудование и медицинскую технику) и об образовании персонала субъекта медицинской деятельности.

#### 1.2.2.1. Средства производства

Существующая практика лицензирования ассоциирует деятельность медицинской организации с наличием на соответствующем закон-

ном основании средств производства. По существу, лицензируется не медицинская деятельность, а средства производства, используемые при ее осуществлении, включая объект размещения: наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, помещений, оборудования и медицинской техники, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям (отнесено к лицензионным требованиям и условиям).

#### 1.2.2.1.1. Объект размещения.

##### 1.2.2.1.1.1. Назначение объекта

жарного и пр. состояния вытекают не для лицензирующих органов, а для лицензиата – субъекта медицинской деятельности, и не перед лицензирующими органами, а перед пострадавшими от несоблюдения соответствующего состояния объекта размещения.

1.2.2.1.2. Оборудование и медицинская техника.

Оборудование и медицинская техника также могут находиться в собственности или в обязательственной принадлежности (в аренде или безвозмездном пользовании и пр.) субъекта медицинской деятельности.

Субъект медицинской деятельности эксплуатирует оборудование и медицинскую технику те, которые были разработаны и произведены для целей применения в медицине. Обеспечение их пригодности для этих целей лежит в обязанности производителя, который документирует необходимые параметры и условия эксплуатации. Если оборудование и медицинская техника требуют последующего технического обслуживания, то это – задача эксплуатирующего их субъекта медицинской деятельности, корреспондирующая его ответственности, в связи с чем либо он содержит в штате специалистов, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, либо привлекает для этого организацию, имеющую лицензию

1.2.2.2. Образование.

К образованию персонала субъекта медицинской деятельности предъявляются следующие требования (отнесено к лицензионным требованиям и условиям): наличие у руководителя или заместителя руководителя юридического лица либо у руководителя структурного подразделения, ответственного за осуществление лицензируемой деятельности, - соискателя лицензии (лицензиата) высшего (среднего - в случае выполнения работ (услуг) по доврачебной помощи) профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет; наличие у индивидуального предпринимателя - соискателя лицензии (лицензиата) высшего (среднего - в случае выполнения работ (услуг) по доврачебной помощи) профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет; наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) или привлечение им на ином законном основании специалистов, необходимых для выполнения работ (услуг), имеющих высшее или среднее профессиональное (медицинское) образо-

ственного персонала.

К медицинскому персоналу предъявляются требования подтверждения профессионального образования, а также сертификата специалиста, правовое значение которого в качестве документа действующим законодательством не установлено, в связи с чем правовые последствия наличия или отсутствия сертификата специалиста у дипломированного специалиста действующим законодательством (КоАП, УК) не определены.

1.2.2.2.2. Образование управленческого персонала (менеджмента).

К управленческому персоналу предъявляются требования такие же, как к медицинскому персоналу, а также неизвестного происхождения требования к стажу работы по медицинской специальности не менее 5 лет.

Однако управленческий персонал не осуществляет практическую лечебно-диагностическую деятельность – его задачей является осуществление организационно-хозяйственной, экономической, в том числе, возможно, многопрофильной (не только медицинской) деятельности.

Основания требований Положения о лицензировании медицинской деятельности к образованию персонала субъекта медицинской деятельности им не приведены – за отсутствием их в федеральном законе.

1.2.3. Лицензионные требования и условия.

Лицензионные требования и условия – это совокупность установленных положениями о лицензировании конкретных видов деятельности требований и условий, выполнение которых лицензиатом обязательно при осуществлении лицензируемого вида деятельности (абз.5 ст.2 Закона о лицензировании).

В соответствии с Положением о лицензировании медицинской деятельности (п.5) лицензионные требования и условия при осуществлении медицинской деятельности практически тождественны требованиям к документам, представляемым для лицензирования медицинской деятельности. Кроме рассмотренных, это:

- обеспечение лицензиатом при

### **Субъект медицинской деятельности эксплуатирует оборудование и медицинскую технику те, которые были разработаны и произведены для целей применения в медицине.**

на осуществление этого вида деятельности, по договору. Но это – вопрос свободы его усмотрения, а не обязанности перед лицензирующим органом.

Вредообразующие последствия несоблюдения условий эксплуатации оборудования и медицинской техники вытекают не для лицензирующих органов, а для лицензиата – субъекта медицинской деятельности, и не перед лицензирующими органами, а перед пострадавшими.

вание и сертификат специалиста, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ (услуг).

Положение о лицензировании медицинской деятельности не дифференцирует требования к образованию персонала, занятого управленческой деятельностью (менеджмента) и занятого производственной деятельностью (медицинских работников).

1.2.2.2.1. Образование производ-

осуществлении медицинской деятельности контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам). Но качество продукции – это экономическая потребность (повышение конкурентоспособности для обеспечения потребительских предпочтений), а не обязанность перед лицензирующим органом. Ни качество медицинских услуг, ни критерии его соответствия стандартам, ни

нарушителя в этом случае возникает не перед лицензирующими органами.

- соблюдение лицензиатом медицинских технологий при осуществлении медицинской деятельности, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Но не факт несоблюдения существующих медицинских технологий, а причинение этим вреда охраняемым законом интересам имеет правовые

2. ПРОБЛЕМЫ ВЕДОМСТВЕННОГО НОРМОТВОРЧЕСТВА В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН.

Пределы нормотворческой компетенции ведомств ограничены их компетенцией, закрепленной в соответствующих Положениях, утвержденных в установленном законом порядке.

Поскольку в отрасли подведомственные органам управления здравоохранением государственные и муниципальные учреждения здравоохранения отграничены от действующих в гражданском обороте частных медицинских организаций, постольку возникают проблемы правомерности распространения на тех и других отраслевых ведомственных актов.

2.1. В соответствии со статьей 37.1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 Минздравсоцразвития утверждает стандарты и порядок оказания медицинской помощи. Подлежат государственной регистрации только ведомственные акты общего действия<sup>1</sup>. Отсутствие необходимости государственной регистрации ведомственных актов означает, что они носят не нормативно-правовой, а технический характер и допустимы к применению в рамках ведомства, но не подлежат распространению на неопределенный круг участников гражданского оборота и, следовательно, не являются обязательными для всех медицинских организаций.

В соответствии с п/п.1 ст.5.1 Основ к полномочиям Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относится осуществление контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи установленным федеральным стандартам в сфере здравоохранения.

Контроль качества высокотехнологичной медицинской помощи, а также медицинской помощи, оказываемой в федеральных организациях здравоохранения, осуществля-

**Лицензионные требования и условия – это совокупность установленных положениями о лицензировании конкретных видов деятельности требований и условий, выполнение которых лицензиатом обязательно при осуществлении лицензируемого вида деятельности.**

сами эти стандарты действующим законодательством не установлены.

- повышение квалификации специалистов, осуществляющих работы (услуги), не реже одного раза в 5 лет. Но поддержание профессионализма как составляющая качество продукции – это экономическая потребность (повышение конкурентоспособности для обеспечения потребительских предпочтений), а не обязанность перед лицензирующим органом. Самостоятельной правовой ответственности за пороки повышения квалификации специалистов действующим законодательством не предусмотрено.

- ведение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности учетной и отчетной медицинской документации. Но учет и контроль хозяйственной деятельности – это функция менеджмента, посредством которой хозяйствующий субъект анализирует свое экономическое состояние и обосновывает его вовне – перед фискальными органами и, в случае необходимости, перед судом, но только не перед лицензирующими органами. За пороки ведения учетной и отчетной медицинской документации действующим законодательством не предусмотрено иной, кроме публично-правовой (из налоговых нарушений) и частноправовой (вследствие причинения вреда) ответственности. Ответственность

последствия. Ответственность нарушителя в этом случае возникает не перед лицензирующими органами, а перед пострадавшим.

- соблюдение лицензиатом правил предоставления платных медицинских услуг, утвержденных в установленном порядке. Но из несоблюдения названных правил не вытекает правовых последствий особых и иных, чем из несоблюдения действующего законодательства.

Лицензионные требования и условия обращены не к процессу осуществления медицинской деятельности и повышению его эффективности правовыми мерами, а к непродуктивным формальностям, не имеющим логического завершения правовыми последствиями, подменяя требования к безопасности требованиями к качеству продукции.

Таким образом, лицензионные требования и условия также не выполняют задач предотвращения вреда охраняемым законом интересам.

В целом, Положение о лицензировании медицинской деятельности направлено на то, чтобы обязать субъекта медицинской деятельности перед лицензирующими органами, но не на то, чтобы обеспечить предотвращение вреда охраняемым законом интересам пациентов.

<sup>1</sup> Приказ Минюста РФ от 4 мая 2007 г. N 88 «Об утверждении Разъяснений о применении Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации»

ет Росздравнадзор.

При наличии законодательно определенной функции контроля ведомственные нормативные акты, носящие рекомендательный характер, не подлежат применению при проведении мероприятий по государственному контролю (надзору) в отношении любых организаций, но только подведомственных учреждений здравоохранения.

Для исполнения функции по контролю за качеством медицинской помощи при соблюдении федеральных стандартов приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 декабря 2006 г. N 905 утвержден «Административный регламент Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи».

Минздравсоцразвития до настоящего времени не издал ни одного ведомственного нормативного акта, регламентирующего стандарты качества медицинской помощи.

Однако видимое различие в терминологических понятиях стандартов медицинской помощи и стандартов ее качества не является препятствием для органов надзора в использовании данного регламента для исполнения функции по контро-

2.2. Порядки оказания медицинской помощи разрабатываются и утверждаются приказами Минздравсоцразвития по профилям заболеваний и по видам медицинской помощи. Для государственных и муниципальных учреждений они являются обязательными к исполнению. Для частной системы здравоохранения порядок применения данных ведомственных нормативных актов федеральным законом не установлен.

Поспешность, с которой Минздравсоцразвития издает ведомственные нормативные акты, приводит к несогласованности не только между приказами этого ведомства, но и к установлению заведомо невыполнимых условий их исполнения. Так, на сайте министерства представлен проект Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «диетология». В соответствии с прописанным Порядком пациенты получают диетологическую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях в рамках первичной медико-санитарной помощи в кабинете врача-диетолога.

В то же время приказом Минздравсоцразвития от 10 мая 2007 г. N 323 лицензирование услуг по диетологии в амбулаторно-поликлинических условиях не предусмотрено<sup>2</sup>. В результате исполнить Порядок оказания населению меди-

ствующего Порядка таких изменений не предусмотрено.

Таким образом, порядки оказания медицинской помощи на основе ведомственных актов обнаруживают несоответствие как другим ведомственным актам, так и действующему федеральному законодательству в части распространения на гражданский оборот в отрасли.

2.3. Нормотворчество Минздравсоцразвития направлено на освоение ведомственного бюджета, а не на удовлетворение потребностей общества.

В результате при разработке и утверждении стандартов и порядков оказания медицинской помощи министерство ориентируется на возможности финансового обеспечения со стороны государства внутриведомственного выполнения издаваемых нормативных актов. Отрасль сводится министерством к подведомственной организации государственной и муниципальной систем здравоохранения в рамках соответствующих бюджетов, за пределами которых находится частная система здравоохранения и общество с потребностями, предоставленными самостоятельному удовлетворению в гражданском обороте.

При этом контрольно-надзорные органы в здравоохранении самостоятельно распространяют ведомственное нормотворчество на проверки деятельности частных медицинских организаций, несмотря на то, что частная система здравоохранения находится вне сферы ведомственного нормативного регулирования.

Таким образом, в отношении к бюджету здравоохранения ведомство ограничивает отрасль только рамками подведомственности, вне пределов бюджета здравоохранения – охватывает и гражданский оборот.

В целом, проблемы ведомственного нормотворчества в сфере охраны здоровья граждан сводятся к неоднозначности понимания различных понятий «ведомство» и «отрасль», «здравоохранение» и «гражданский оборот» в отсутствие формальной определенности их взаимного соответствия и соотношения.

**Поспешность, с которой Минздравсоцразвития издает ведомственные нормативные акты, приводит к несогласованности не только между приказами этого ведомства, но и к установлению заведомо невыполнимых условий их исполнения.**

лю за соответствием качества медицинской помощи установленным федеральным стандартам в сфере здравоохранения.

Таким образом, государственные органы контроля (надзора), выполняя законодательно предписанную функцию, на практике осуществляет контроль за соблюдением рекомендательных стандартов, распространяя их за пределы ведомственной сферы действия и используя при этом неприменимый регламент.

цинской помощи по профилю «диетология» в поликлинике изначально невозможно без изменения требований названного приказа. Однако в опубликованном проекте соответ-

<sup>2</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 10 мая 2007 г. N 323 «Об утверждении Порядка организации работ (услуг), выполняемых при осуществлении доврачебной, амбулаторно-поликлинической (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), стационарной (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи).

**К**лассическое экономическое определение термина «дефолт», а также устоявшееся представление об этом явлении после суверенного дефолта в России в 1998 г., весьма затрудняет употребление этого уже прочно вошедшего в русский язык слова применительно к неэкономическим сферам и системам. Однако дефолт (от англ. default – невыполнение обязанностей и/или обязательств) вполне применим к сложившейся ситуации в здравоохранении.

Конституция Российской Федерации не эвентуально, т.е. при определенных условиях, а безусловно – в ст. 41 ч. 1 гарантирует гражданам бесплатную медицинскую помощь: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

Существовавшие некоторое время тому назад дискуссии относительно этой статьи Конституции РФ и предложения о необходимости ее отмены канули в Лету. Отчасти потому, что на высшем уровне подтверждена приверженность власти к созданию правового, демократического и социально ориентированного государства. И даже в период жесточайшего глобального экономического кризиса государство подтвердило свою принципиальную позицию по этому вопросу: полностью выполнять принятые на себя обязательства перед гражданами в социальной сфере, и особенно в охране здоровья граждан.

Однако во второй половине прошлого века в мире стали бурно развиваться новые медицинские технологии, основанные на новых научных открытиях в самых разных областях, дающие новые возможности диагностики и эффективного лечения ранее нераспознаваемых и неизлечимых заболеваний. Эти технологии требовали все больших государственных расходов. Уже тогда выявилась неспособность государства оказывать всем гражданам бесплатно медицинскую помощь на уровне мировых стандартов с использовани-

# ХРОНИЧЕСКИЙ ДЕФОЛТ В РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ И УРОВЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ

Показано, что не ресурсный «голод», а отсутствие теоретически обоснованного вектора развития здравоохранения в стратегической перспективе является причиной затянувшегося системного кризиса в отрасли

Ключевые слова: дефолт, здравоохранение, медицинская помощь

ем новейших технологий, т.е. в полной мере обеспечивать обязательства, предусмотренные ст. 41 Конституции. Возникал и углублялся своеобразный



Рисунок 1. Финансирование системы здравоохранения в Российской Федерации после суверенного дефолта

дефолт в здравоохранении, который долгое время отрицался, но становился все явственнее и для врачей и для пациентов. Благодаря расширению научных контактов, ознакомлению врачей с работой лечебно-профилактических учреждений за рубежом, расширению и доступности медицинской помощи за границей для части наиболее обеспеченных граждан, зарубежной медицинской литературе расширяющаяся технологическая пропасть между системами здравоохранения в России и в ведущих странах Запада становилась все явственнее. Стали очевидны истинные параметры возникшего в здравоохранении нашей страны дефолта: на инвестируемые бюджетом средства российская система здравоохранения уже не могла оказывать бесплатно всем нуждающимся гражданам современную и технологически корректную медицинскую помощь.

Возможно, раньше возникло, но наиболее отчетливо проявилось в 1990-е гг. большое заблуждение в том, что единственное, чего не хватает системе здравоохранения в России, чтобы приостановить отставание от других стран, — это

ликвидация ресурсного «голода». Прежде всего, финансового и материально-технического. Справедливости ради следует заметить, что так считал и автор этой возможно не бесспорной статьи. Именно тогда начались закупки за рубежом сложнейшей современной ультразвуковой, эндоскопической техники, компьютерных ядерно-магнитно-резонансных лабораторного оборудования, за которые страна рассчитывалась и валютой и натурой — энергоносителями, сырьем. На каком-то этапе этого беспредельного и не во всех случаях разумного процесса закупок современной зарубежной техники, когда сложнейшее медицинское оборудование, требующее высочайшей квалификации работающих на нем врачей, но еще большей у обслуживающего технического персонала (которого не было), а также расходных материалов и заменяемых частей, стало понятно, что этой мерой не удастся обеспечить пропорционального повышения уровня медицинской помощи в целом. В области отдельных видов высокотехнологичной медицинской помощи, безусловно, это дало ощутимые результаты

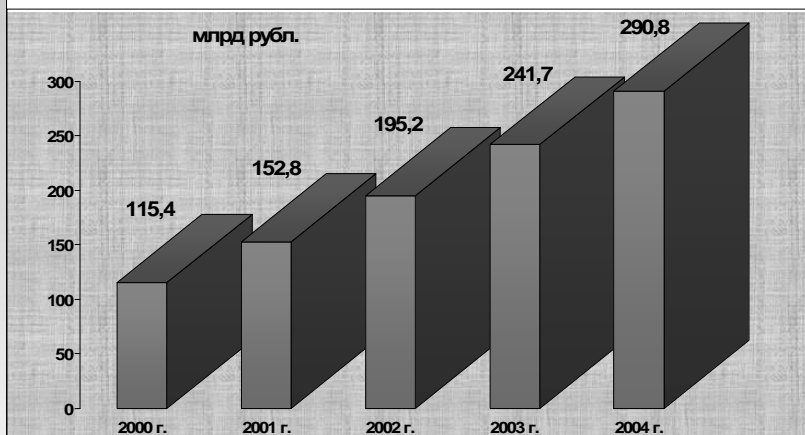


Рисунок 2. Платежи граждан за оказанную медицинскую помощь и медицинские услуги

(кардиохирургия, нейрохирургия, эндопротезирование, трансплантология), но в них нуждалось только 2–3 процента всех больных! Более того, значительная часть закупленного оборудования либо совсем не использовалась, либо потребность в нем позволяла использовать его на одну треть или даже только на одну десятую часть от предусмотренных возможностей и производительности.

Вторая часть иллюзии спасительности увеличения ресурсного обеспечения системы здравоохранения состояла в ликвидации недофинансирования. Приоритетный национальный проект «Здоровье», благодаря которому более 80 млрд. руб. ежегодно добавлялось в финансово обескровленную систему здравоохранения, появился позже. Значительно раньше, сразу после суверенного дефолта 1998 г., в систему здравоохранения стали увеличиваться бюджетные инвестиции с ежегодным приростом более 65 млрд. руб. (Рисунок 1).

По опубликованным данным, которые весьма приблизительно характеризуют истинное положение дел, наряду с таким увеличением государственных инвестиций в систему здравоохранения в этот же период в несколько раз увеличилось поступление средств за легализованную платную медицинскую помощь и медицинские услуги для граждан (Рисунок 2).

При этом следует иметь в виду, что низкая оплата труда врачей и медицинских сестер в государственном и муниципальном системах здравоохранения обусловила принявшую угрожающий размах и уродливую по своей сути практику непосредственных (криминальных) платежей медицинским работникам и вспомогательному персоналу лечебно-профилактических учреждений самими пациентами. Размеры этих платежей неизвестны, но по результатам проведенных анонимных социологических исследований — весьма велики.

По показателю оплаты медицинских услуг гражданам Россия заняла место среди беднейших развивающихся стран (Рисунок 3).

Всем приведенным выше не исчерпываются параметры дефолта в здравоохранении, поскольку в результате ослабления государственного контроля и отсутствия надлежащего правового регулирования на внутреннем фармацевтическом рынке произошли за последние 15–20 лет изменения, весьма



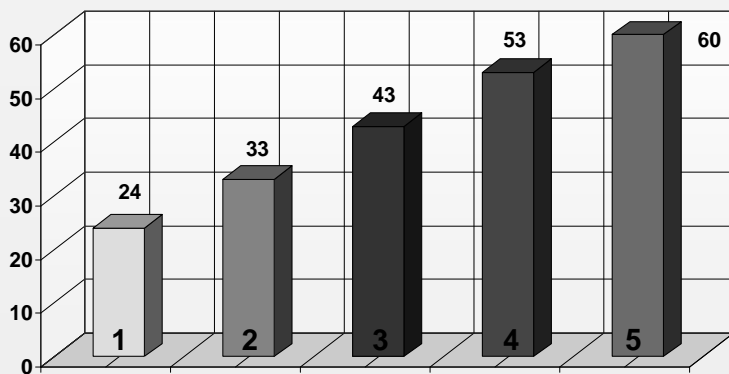


Рисунок 3. Доля личных средств граждан в совокупных расходах на здравоохранение (в%) (1 – страны с рыночной экономикой и высоким уровнем благосостояния населения, 2 – развивающиеся страны с высоким уровнем доходов населения, 3 – развивающиеся страны со средним уровнем доходов населения, 4 – бедные развивающиеся страны с низким уровнем доходов населения, 5 – Российская Федерация.)

далекие от основной цели государства, направленной на укрепление здоровья граждан. Число поставщиков лекарственных средств увеличилось настолько, что стало в десятки и даже сотни раз большим, чем во многих зарубежных странах (больше 2000). Увеличилось число торговых посредников, в ряде случаев до 5–6. Посреднические и торговые аптечные наценки увеличили стоимость лекарств в несколько раз (некоторых препаратов – в десятки раз), что в свою очередь увеличило затраты граждан и для многих категорий обусловило недоступность эффективного лечения.

Платность медицинской помощи, мздоимство в лечебно-профилактических учреждениях и высокая стоимость лекарств предопределяют возрастание потребности в высокотех-

нологичной медицинской помощи, высокая стоимость которой делает ее еще менее доступной для граждан и требует еще больших государственных расходов на охрану здоровья.

Легализация платных медицинских услуг в учреждениях государственного и муниципального секторов здравоохранения, по сути, является признанием дефолта в здравоохранении. Но эта мера отнюдь не способствует повышению уровня и доступности медицинской помощи гражданам. Платные медицинские услуги в существенной мере способствуют компенсации дефицитного бюджетного финансирования, позволяют сдерживать отток квалифицированных кадров, улучшать условия оказания медицинской помощи, но не содержат в себе стимулирующих факторов, способствующих повышению ее уров-

ня, поскольку осуществление платной медицинской помощи и услуг ведется на базе государственных и муниципальных учреждений, на приобретенном за государственные средства оборудовании и теми же специалистами, такой же квалификации, которые оказывают бесплатную медицинскую помощь.

Со всей очевидностью подтверждается известное 500-летней давности высказывание Т. Мора: «... где все меряют на деньги, там вряд ли когда-либо возможно правильное и успешное течение государственных дел».

Приведенные на рисунках 4 и 5 данные, безусловно, не контраргумент Т. Мору, но в такой же мере их не следует понимать и как аргумент в пользу прямой и сильной корреляции важнейших показателей здоровья граждан от уровня ресурсного (финансового) обеспечения здравоохранения.

Для того чтобы убедиться в этом достаточно по тем же официальным статистическим данным провести множество других корреляций, которые показывают, что уровень медицинской помощи, к примеру, на Чукотке объективно ниже, чем в Тульской области, а тем более в Санкт-Петербурге.

Принявшие весьма опасный характер формализация и селективное (под концепцию) использование статистических методов в здравоохранении являются частью причин ошибочно избранного вектора модернизации здравоохранения в стране. Тем более что на государственном уровне не определена цель – какую систему здравоохранения предполагается создать в ближайшие годы и в стратегической перспективе в стране. Видимо, этим в большей степени определяется столь затянувшийся по времени период разработки Министерством здравоохранения и социального развития РФ новой Концепции развития здравоохранения на период 2009–2020 гг. И этим же, вероятно, обусловлено отсутствие законодательной базы по развитию частного сектора в здравоохранении и его государственного регулирования, что обеспечивается во всех странах с рыночной экономикой.

Это – центральный вопрос, без решения которого не могут быть определены параметры системы здравоохранения, а потому и не вполне ясны пути модернизации этой сложнейшей системы не на уровне деклараций, а на уровне практических дел.

Стихийное развитие частного сектора

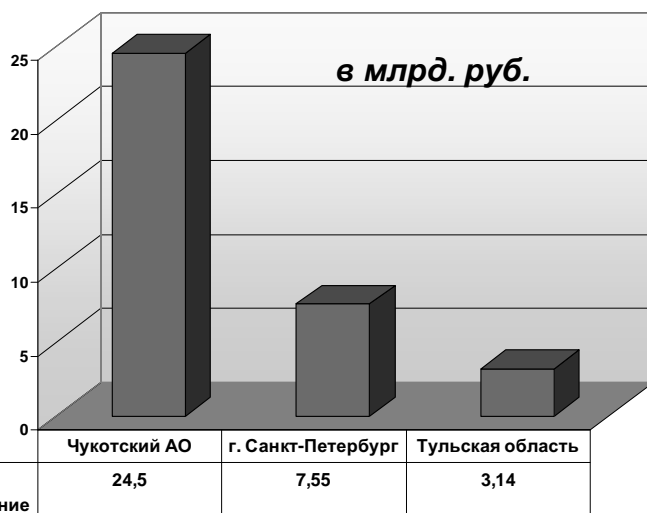


Рисунок 4. Финансирование здравоохранения из консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на 1 млн. населения (по данным Росстата, 2007)

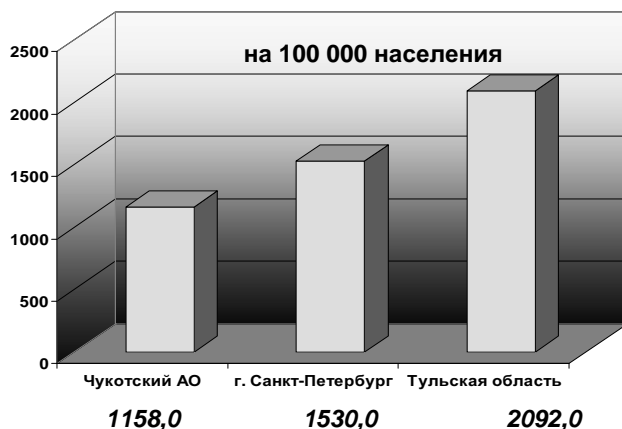


Рисунок 5. Показатель общей смертности лиц трудоспособного возраста (по данным Росстата, 2007)

здравоохранения и платных медицинских услуг в государственном и несколько в меньших масштабах в муниципальном секторах здравоохранения, если исходить из корректного статистического анализа результативных показателей, не привело к повышению уровня оказываемой гражданам медицинской помощи. Каких-то надежных и научных данных о том, насколько выше уровень медицинской помощи в частном секторе здравоохранения, к сожалению, нет. Два критерия – удобства (безотказность, своевременность, комфортность) и вежливость персонала (отзывчивость), безусловно, важны, но из множества других показателей уровня медицинской помощи они не являются ведущими. Нет данных о том, насколько более современные технологии применяются в организациях частного сектора здравоохранения, насколько выше квалификация врачей и медицинских сестер, работающих в них, насколько выше коэффициент «конечный результат – затраты».

Отсутствие этих данных не позволяет оценить вклад частного сектора здравоохранения в государственную статистику здоровья граждан. В большой мере это связано с тем, что, несмотря на сложную систему обеспечения уровня медицинской помощи, до настоящего времени в самом зачаточном состоянии практически почти не применяется социологический метод в оценке уровня медицинской помощи гражданам, которые каждый сам по себе, а в совокупности в особенности позволяют приблизиться к объективному представлению. В свою очередь, это происходит потому, что на наименьшем уровне находится информационное обеспече-

ние. Именно поэтому становится возможным в учреждениях государственного, а нередко уже и муниципального здравоохранения, предлагать пациентам оплату видов и объемов медицинской помощи, входящих в программу государственных гарантий ее бесплатного оказания, что порождает не только множество справедливых жалоб граждан, снижает авторитет системы здравоохранения, но и создает искусственно дополнительный повод к оценке гражданами размеров, глубины и необратимости дефолта здравоохранения или, правильнее сказать, медицинского сегмента суверенного дефолта.

Как утверждает Ф. Бэкон в своей не потерявшей актуальности за века книге «Великое восстановление наук», Платон – один из самых талантливых и последовательных учеников Сократа, опираясь на труды своего Учителя, сказал, что для того, чтобы проникнуть в суть сложных вещей, необходимо разложить их до неделимых составляющих и понять их.

Чтобы понять, что происходит сейчас в российском здравоохранении, какими путями следует искать выход из создавшейся ситуации, не подобающей великой Державе, тоже надо дойти до мельчайшей неделимой составляющей системы здравоохранения – ее «молекулы».

Система здравоохранения по сложности, многокомпонентности, многочисленности и разнообразию внутрисистемных связей аллегорически сопоставима с океанической. Из океана можно теоретически убрать все в нем существующее, кроме одного – молекулы воды. При удалении чего-либо океан будет существовать, но только до тех пор, пока не будет разрушена молекула воды – H<sub>2</sub>O.

Так и в системе здравоохранения можно как угодно изменять соотношение разных компонентов, образующих «колбу», в которой совершают броуновское движение ее «молекулы» – неделимые микросистемы «врач-пациент», система будет существовать. Разрушение силы, удерживающей каждую из этих микросистем в состоянии устойчивого равновесия уровня медицинской помощи, ведет к немедленному разрушению всей системы здравоохранения. Без пациента она теряет смысл своего существования, а без врача не может функционировать, выполнять свое предназначение.

Как это ни странно, но вектором реформирования и модернизации системы здравоохранения избрана «колба», но не пространство, в котором происходит взаимодействие врача и пациента. Отсюда проистекают все трудности и все неудачи, этим обусловлена низкая отдача от небывалого увеличения общественных и государственных затрат на здравоохранение. Их можно увеличивать до бесконечности, но от этого система здравоохранения не станет эффективной.

Использованные источники:

1. Доклад Рабочей группы Президиума Государственного Совета Российской Федерации по вопросу повышения доступности и качества медицинской помощи. Москва, 2005 г.
2. Флек В.О., Дмитриева Е.Д., Арапова И.Г. Расходы граждан на здравоохранение из личных средств. – «Здравоохранение», 2005, №10, с. 29 – 40.
3. Шейман И.М. Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении. – «Экономика здравоохранения», 2000, №5.
4. Шишкин С.В. Экономический анализ результатов социологического мониторинга расходов населения России на медицинские услуги и лекарства. – «Экономика здравоохранения», 2000, №8, с. 10–15.
5. Шишкин С.В., Богатова Т.В., Потапчук Е.Г. и др. Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. В кн.: Независимый экономический анализ. М., 2003, с. 13–23.
6. Schieber G., and Maeda A.A. Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries. In: Innovation In Health Care Financing, Proceedings of a World Bank Conference. March 1–11, 1977, P.6.

Одной из функций контроля и надзора, определённых 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 оно признает их право эту деятельность осуществлять – не в рамках механизма государства, а за его пределами, в экономическом обороте, т.е. по договорам между членами общества.

Лицензия – это вариант наделения субъекта экономической деятельности специальной гражданской правоспособностью (170, п.1 ст.49)[1].

Медицинская деятельность лицензируется в соответствии с Федеральным законом от 8 августа 2001 г. N 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»[2].

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

Медицинскую деятельность на основании лицензии могут осуществлять юридические лица и индивидуальные предприниматели.

Лицензионными требованиями и условиями при осуществлении медицинской деятельности являются:

а) наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, помещений, оборудования и медицинской техники, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям;

б) наличие у руководителя или заместителя руководителя юриди-

# ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ФУНКЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ И ГОСУДАРСТВЕННОГО НАДЗОРА

Показано отсутствие достаточной законодательной и нормативно-правовой обоснованности лицензионных требований и условий при осуществлении медицинской деятельности

Ключевые слова: государственный контроль, государственный надзор, лицензирование медицинской деятельности

ческого лица либо у руководителя структурного подразделения, ответственного за осуществление лицензируемой деятельности, - соискателя лицензии (лицензиата) высшего

(среднего - в случае выполнения работ (услуг) по доврачебной помощи) профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного про-

фессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет;

в) наличие у индивидуально-предпринимателя - соискателя лицензии (лицензиата) высшего (среднего - в случае выполнения работ (услуг) по доврачебной помощи) профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет;

г) наличие 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);

д) повышение квалификации специалистов, осуществляющих работы (услуги), не реже одного раза в 5 лет;

е) соблюдение лицензиатом медицинских технологий при осуществлении медицинской деятельности, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

ж) соблюдение лицензиатом санитарных правил при осуществлении им медицинской деятельности;

з) обеспечение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам);

и) соблюдение лицензиатом правил предоставления платных медицинских услуг, утвержденных в установленном порядке;

к) наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) специалистов, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или наличие у соискателя лицензии (лицензиата) договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности;

л) ведение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности учетной и отчетной медицин-

ской документации.

Осуществление медицинской деятельности с грубым нарушением лицензионных требований и условий влечет за собой ответственность, установленную законодательством Российской Федерации. При этом под грубым нарушением понимается невыполнение лицензиатом требований и условий, предусмотренных подпунктами «а» - «г» и «е» - «з» пункта 5 настоящего Положения[3].

Из приведённых лицензионных требований и условий вытекают ограничения прав и свобод медицинских организаций, с одной стороны и недостаточная формальная определённость таких требований и условий - с другой.

Применение лицензионных требований и условий в равной мере к соискателю лицензии и лицензиату ставят их в неравные условия.

1. Предполагая осуществлять лицензируемую медицинскую деятельность, соискатель лицензии вынужден предварительно подобрать и оборудовать помещение. На праве собственности помещения принадлежат соискателям лицензии в единичных случаях, основная масса предпринимателей вынуждены арендовать помещения. Это законное владение помещениями, но не постоянное. Просрочка внесения арендной платы более двух раз подряд по истечении установленного договором срока платежа является основанием к досрочному расторжению договора по требованию арендодателя (п.3 ст.619)[4].

Приступая к лицензированию ещё не осуществляемой медицинской деятельности, предприниматель не имеет источника для оплаты арендуемого помещения. Такой источник появится лишь тогда, когда он начнёт осуществлять деятельность и за счёт доходов сможет вносить арендную плату.

Это вынуждает его обращаться за внешними заимствованиями - кредитами, на которые начисляются соответствующие проценты.

Тем самым, с одной стороны, предприниматель, чтобы получить лицензию, должен оформить помещение на законном основании, начав оплачивать его аренду еще

не осуществляя деятельность, за счет доходов от которой это можно делать, при этом он вынужден прибегать к кредитам и расходовать их на потребление, а не на воспроизводство; с другой стороны, он поставляется в зависимость от appetитов арендодателя, устанавливающих арендную плату по собственному усмотрению.

Иными словами, на этом поле два игрока - кредитор и арендодатель, притом что лицензирующий орган выступает в качестве рефери по отношению не к ним, а к соискателю лицензии, который и болельщиком то не является, будучи вынужденным зрителем их игры, не от результатов, а от самого хода которой зависит его будущее.

Привязка лицензии к помещениям тянет дополнительно за собой пласт проблем. Это и оказание консультативной медицинской помощи, и помощи на дому. Проблемами являются проведение предварительных и периодических осмотров на предприятиях, предрейсовые осмотры водителей.

На заре лицензирования медицинской деятельности в Москве консультативные услуги и помощь на дому лицензировались отдельной строкой. Наличие помещений при этом не требовалось. Деятельностью этой занимались, как правило, индивидуальные предприниматели, в основной массе имевшие высокие научные знания и большой опыт практической работы. При этом они несли ответственность за качество оказываемых услуг перед пациентом.

Индивидуальный предприниматель, оказывавший консультативную медицинскую помощь и помощь на дому оказался вытесненным с рынка медицинских услуг не экономическими, а административными методами.

Исключение из товарообмена медицинских услуг индивидуальных предпринимателей консультантов одним только пунктом лицензионных требований и условий привело к тому, что организации вынуждены оформлять консультантов по трудовому договору в штатное расписание, при этом перераспределяя гражданско-правовую ответственность за качество работы консуль-

танта перед пациентом на юридическое лицо, тогда как ранее непосредственный исполнитель – индивидуальный предприниматель нёс ответственность перед пациентом.

Требование наличия помещений, принадлежащих на законных основаниях и соответствующих установленным требованиям, по логике означает, что прежде, чем оказывать медицинскую услугу на дому, необходимо предварительно получить санитарно-эпидемиологическое заключение на квартиру пациента.

Объяснения, что помещения для оказания медицинских услуг должны соответствовать санитарно-гигиеническим требованиям, говорит больше о том, что весь народ живёт в условиях антисанитарии.

То, что скорая медицинская помощь оказывается на дому, на улице и в других местах, не получивших санитарно-эпидемиологическое заключение, считается нормой. А вот нормальная квалифицированная помощь на дому, почему-то может оказываться только в том случае, если у тебя имеются помещения, в которые и пациент не ходит, и врач не заглядывает, но заходит представитель санэпидконтроля, пожарник, милиционер. Может для них и требуется соблюдать данное лицензионное требование и условие?

Основа врачебной деятельности – врачебное мышление. Целая плеяда

для потребителя.

Вместо того чтобы доктор, оснащённый, из всего обилия предъявляемых требований к техническому оснащению, стетофонендоскопом и обладающий врачебным мышлением, приходил на дом к пациенту, мы заставляем пациента идти в специально оснащённое и оборудованное помещение - лечебный центр - и платить за услугу, цена которой в разы больше той, которая могла бы быть, если бы лицензирование не пошло по пути привязки лицензии к помещениям.

Издержки при этом ложатся на плательщика.

Лицензирующий орган ставит в зависимость как хозяйствующий субъект, так и потребителя. Лицензия ради лицензии.

Кроме того, отсутствие возможности получать медицинские услуги на дому, заставляет пациентов приходить в специально оборудованные помещения, соответствующие установленным требованиям, для того, чтобы обменяться инфекцией с другими пациентами, или поделиться психологическим негативом от своего заболевания с таким же психонегативно настроенным больным.

Не случайно посещение врача в медицинской организации порой оборачивается дополнительным лечением у психотерапевта. Это не только от общения с врачом. Обще-

ведение медицинских осмотров на предприятиях и проведение предрейсовых осмотров водителей.

Для того, чтобы проводить медицинские осмотры на предприятиях, необходимо арендовать помещения, получить лицензию на медицинскую деятельность и только потом приступать к работе. Время на получение лицензии значительно может быть больше, чем действие того договора с предприятием, который заключил соискатель лицензии. И не факт, что с ним заключат новый после того, как он, наконец, станет обладателем лицензии на медицинскую деятельность.

Обязанность проводить предрейсовые осмотры водителей обязывает предприятия или получать лицензию на медицинскую деятельность, или по договору с ближайшим медицинским учреждением водители вынуждены ходить на медосмотр в это учреждение. Нахождение медсестры на предприятии считается незаконным, потому что лицензия, под эгидой которой она работает, выдана на другой фактический адрес, где имеются помещения, соответствующие установленным к ним требованиям. Перемещение водителей с места работы на место осмотра вызывает не только дискомфорт, но создаёт проблемы при проведении осмотров в раннее и позднее время суток.

Вторая часть этого лицензионного требования и условия - наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании оборудования и медицинской техники, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям.

В настоящее время нет перечня обязательного материально-технического оснащения, необходимого для выполнения медицинских работ (услуг). Существуют только рекомендательные документы к оснащению некоторых кабинетов. Но оснащение кабинетов никак не связано с объёмом услуг, которые предполагает оказывать соискатель лицензии.

В хирургическом кабинете лицензиат может предполагать оказание услуги врачебного приёма врачом-

### Основа врачебной деятельности – врачебное мышление.

врачей имела ранее возможность осуществлять предпринимательскую деятельность, продавая медицинские услуги напрямую потребителям. Теперь они вынуждены выступать на рынке медицинских услуг через посредника – юридическое лицо, имеющее помещение, оплачивающее аренду, коммунальные платежи и содержащее обслуживающий персонал. Учитывая эти издержки, услуги врачебного мышления значительно выросли в цене

ние пациентов, подолгу ожидающих врачебного приёма, обмен информационным негативом в очереди по поводу своего заболевания, ухудшает как течение самого заболевания, так и создаёт трудности в общении врача с пациентом. Высокая стоимость услуги усиливает и без того большой негатив, создавшийся в уме пациента.

Другая проблема, возникающая при выполнении этого лицензионного требования и условия, про-

кардиохирургом для выявления пациентов, которым необходимо последующее оперативное лечение.

Но это не означает, что хирургический кабинет должен состоять из операционной, перевязочной, иметь кардиомониторы и реанимационную палату.

При лицензировании медицинской деятельности не учитывается перечень медицинских услуг, которые предполагает осуществлять соискатель лицензии. Лицензи-

который несёт соискатель лицензии в предлицензионном периоде, закупая зачастую совсем ненужное ему оборудование и имущество, но без наличия которого, по мнению лицензирующего органа, он не сможет полноценно оказывать медицинские услуги.

Постановление Правительства Российской Федерации, в Положении о лицензировании медицинской деятельности установившее такой порядок, превентивно огра-

чиновника;

во-вторых, существенно ограничивает возможность развития таких условия оказания медицинских услуг, как консультативная медицинская услуга и услуга помощи на дому;

в-третьих, способствует росту цен на медицинские услуги вследствие того, что затраты соискателя лицензии на предварительном этапе значительны и не поддаются прогнозированию, потому что зависят не от требований нормативно-правовых документов, а в большей степени от мнения чиновников, выдающих лицензию;

в-четвёртых, неопределённость понятий, заложенных в этом требовании и условии, а именно понятие - «необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям», позволяет лицензирующим органам свободно трактовать это лицензионное требование и условие, и, как следствие, злоупотреблять своими должностными обязанностями;

в-пятых, ограничивает соискателя лицензии в правах, несмотря на то, что гражданские права могут быть ограничены не Постановлением Правительства, а только федеральным законом и только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства.

2. Следующие четыре пункта лицензионных требований и условий касаются требований к профессиональному образованию медицинских работников и наличию в штате соискателя лицензии (лицензиата) или привлечение им на ином законном основании специалистов, необходимых для выполнения работ (услуг).

В соответствии с «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан» право на занятия медицинской деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и

### При лицензировании медицинской деятельности не учитывается перечень медицинских услуг, которые предполагает осуществлять соискатель лицензии.

рующий орган учитывает перечень медицинских услуг, который, по его мнению, сможет в будущем осуществлять соискатель лицензии по той или иной специальности. И в этом случае, по мнению, лицензирующего органа, у соискателя лицензии должен быть полный набор материально-технического оснащения, необходимый врачу той или иной специальности при полном спектре медицинских услуг, которые он может оказывать в соответствии с номенклатурой работ (услуг).

А нужно ли это всё соискателю лицензии – так кто его спрашивает.

Каждый лицензирующий орган по-своему трактует и обосновывает наличие того или иного оборудования, необходимого соискателю лицензии или лицензиату при оказании услуг.

Как например: ЛОР-врач может иметь современный ЛОР-комбайн или набор шпателей и ушных трубок. Что является признаком достаточности для лицензирующего органа, чтобы он выдал лицензию?

Необходимость закупать то или иное оборудование проистекает не из потребности соискателя лицензии, а из желания лицензирующего органа, который в этот момент свободно распоряжается опосредованно финансовыми средствами соискателя лицензии по принципу – не купишь, не получишь. И это ещё один вид накладных расходов,

ничило соискателя лицензии в правах, несмотря на то, что гражданские права могут быть ограничены не Постановлением Правительства, а только федеральным законом и только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства (п.2 ст.1).[1]

Финансовые расходы, которые несёт соискатель лицензии на предварительном этапе до получения лицензии – арендные платежи, выплата навязанного при этом кредита и процентов по нему, закупка имущества и оборудования не в зависимости от потребительского спроса на услугу и принципа достаточности при оказании этих услуг, а от прихоти лицензирующего органа – в конечном счёте оборачивается высокой стоимостью медицинской услуги.

Подводя итог первому лицензионному требованию и условию можно сказать, что наличие данного пункта Положения:

во-первых, необоснованно загоняет в кредитную кабалу предпринимателя, решившего оказывать медицинские услуги, ибо срок арендных платежей до стадии воспроизводства капитала зависит не от мастерства и умения предпринимателя, а от воли того или иного

лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности.[5]

Не вдаваясь сейчас в проблемы с лицензированием специалистов, отмечу, что врачебный статус приобретает в силу диплома об окончании соответствующего факультета медицинского вуза. Врачебная специальность приобретает с окончанием интернатуры или ординатуры. Это тот необходимый уровень, по достижении которого врач в состоянии работать самостоятельно и которого должно быть достаточно для допуска к работе по врачебной специальности. Дальнейшее совершенствование в специальности (специализация) или расширение числа врачебных специальностей – личное дело врача.

Обратное, т.е. поражение его в правах считаться врачом соответствующей специальности иначе, чем при наличии документов об усовершенствовании или тем более – о дополнительном образовании, не имеет законных оснований. Не его вина, что в других государствах существует, а в нашем – нет:

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

- деятельность медицинских сообществ, в которых состоят меди-

утверждённых министерством здравоохранения.

Но, во-первых, для того, чтобы проводить экспертизу документов об образовании, специалисты лицензирующих органов должны обладать необходимыми знаниями в области медицинского образования, знать историю возникновения и прохождения образовательных этапов всех медицинских специальностей с 1917 года по настоящее время.

Если номенклатура специальностей с момента её первого введения в 1971 году, до настоящего времени менялась шесть раз, а некоторые наименования специальностей за этот период менялись неоднократно, то каким образом медицинскому специалисту можно сказать, что он, проработав 30-40 лет, в настоящее время работает незаконно.

Во-вторых, существующие сегодня противоречия между требованиями приказа 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» и приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 июля 2009 г. N 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим

образования по «неонатологии» или «нефрологии», то приказ 210н такой профессиональной подготовки не допускает. Аналогично ещё по целому ряду специальностей. [6]

В-третьих, при лицензировании таких видов работ и услуг, как контроль качества медицинской помощи, медицинская статистика, применение методов традиционной медицины, забор и хранение донорской спермы вообще нельзя определить, какое необходимо получить образование и по каким этапам проходить обучение, чтобы соответствовать лицензионным требованиям и условиям.

Следовательно, определение права на осуществление медицинской деятельности того или иного медицинского специалиста отдано в руки чиновникам контрольно-надзорных органов.

Это вновь не что иное, как ограничение постановлением правительства гражданских прав предпринимателя, которые могут быть ограничены только федеральным законом.[1]

Особую роль в лицензионном процессе занимает сертификат специалиста, документ, выдача которого не регулируется нормативно-правовыми документами, но наличие которого является обязательным.

Сертификат специалиста свидетельствует о достижении его обладателем определенного уровня теоретических знаний, практических навыков и умений, достаточных для самостоятельной профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности.

Необходимо отметить, что понятие «сертификат» на Западе и «сертификат» в России имеют совершенно разные функции.

Во-первых, в демократических странах нет такой системы, при которой врач, работая в коллективе, должен отстаивать уровень своих профессиональных навыков перед некой сторонней аттестационной комиссией, составленной из государственных чиновников, а не перед коллегами по ассоциации.

В России государство (и действующая от его имени комиссия) не обеспечивает главную функцию системы сертификации врачей,

**Сертификат специалиста свидетельствует о достижении его обладателем определенного уровня теоретических знаний, практических навыков и умений, достаточных для самостоятельной профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности.**

цинские работники и которые способствуют профессиональному совершенствованию своих членов.

Данное лицензионное требование и условие никоим образом не определяет качество и объём знаний медицинских специалистов, необходимых для оказания медицинских услуг надлежащего качества. В данном случае проверяется только правильность соблюдения этапов прохождения обучения в соответствии с номенклатурой специальностей,

и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения», не позволяют устанавливать однозначность требований к образованию медицинских специалистов.

Простой пример – если в соответствии с приказом 415н врачом анестезиологом-реаниматологом можно стать, пройдя профессиональную переподготовку по анестезиологии-реаниматологии при наличии послевузовского обра-

ради которой она и была создана в цивилизованных государствах, - поручительство профессиональной корпорации перед пациентом в полной материальной и юридической ответственности за любые действия ее представителя.

В России никто не несёт солидарной ответственности за действия того специалиста, которому выдан сертификат.

Законом установлено, что серти-

В Постановлении Правительства РФ от 26.06.95 г. № 610 в п.28 указаны документы государственного образца, которые выдаются слушателям, успешно завершившим курс. 10 «Сертификат специалиста» там не значится.

Порядок допуска к медицинской и фармацевтической деятельности на территории РФ и получение сертификата специалиста определено постановлением Правитель-

учебное заведение?

Сертификация специалистов в том виде, в котором она существует на сегодняшний момент, кроме дополнительного дохода государственным образовательным учреждениям, больше ничего в себе не несёт.

Кроме того, требование Положения о наличии профессионального медицинского образования у руководителя юридического лица вообще не имеет не только правового основания, но и здравого смысла.

Нужно ли объективно предпринимателю от медицины иметь медицинское образование, если предмет его деятельности не организация лечебно-диагностического процесса в советском варианте, а организация бизнеса – в капиталистическом? Почему законные экономические основания занятия бизнесом заменяются незаконными неэкономическими требованиями к профессиональному статусу соискателя лицензии (лицензиата)?

Руководитель пришёл в лицензирующий орган не на работу наниматься в качестве врача, а получить документ-разрешение на осуществление медицинского бизнеса. Его работа – предпринимательство. И логичнее тогда, если так уж хочется, требовать документы об образовании по предпринимательству.

А если, помимо медицинского бизнеса, руководитель юридического лица намерен заниматься и другими видами бизнеса, образовательным, строительным и т.д. И что, в каждом случае он обязан иметь необходимое образование?

Данное требование можно назвать ограничением на профессиональную деятельность предпринимателей. Если предприниматель занялся медицинским бизнесом, то никаким другим заниматься уже не может?

А требование к наличию стажа работы руководителя юридического лица и индивидуального предпринимателя по специальности?

Во-первых, данное требование не имеет под собой никакого правового обоснования.

Во-вторых, данным требованием ограничивается право учредителя юридического лица на выбор руководителя юридического лица.

### **В России никто не несёт солидарной ответственности за действия того специалиста, которому выдан сертификат.**

фикут специалиста кроме государственных образовательных учреждений могут выдавать комиссии профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций (ст. 54, ст. 62). [5] Для этого они должны проводить проверочные испытания по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан.

Однако, если сейчас предъявить сертификат специалиста, выданный в медицинской ассоциации, лицензирующий орган не воспримет его за документ, потому что мнение чиновника важнее мнения Закона.

Характерной особенностью сертификата специалиста является то, на основании норм действующего законодательства, сертификат не имеет срока действия, поскольку пятилетний срок действия сертификата был предусмотрен приказом Минздравмедпрома РФ от 17.11.95 N 318 «О положении о квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста», который в настоящее время отменен. В иных нормативно-правовых актах, регулирующих вопросы сертификации условий о сроке действия сертификата не содержится.

Однако лицензирующие органы, несмотря на давно отменённые приказы о сертификате специалиста [8,9] до настоящего времени требуют наличия сертификата специалиста со сроком действия в пять лет.

ства только для лиц, получивших медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах. При этом, сертификат специалиста может быть получен только в государственном образовательном учреждении, которое имеет разрешение Росздравнадзора. Кроме того, данные лица, по каким-либо причинам не работавшие по своей специальности более 5 лет, могут быть вновь допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после прохождения переподготовки в соответствующих учебных заведениях. [11]

По Закону врачи, провизоры, работники со средним медицинским или фармацевтическим образованием, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности также на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций. Ни постановление Правительства, ни последующий приказ Минздрава [12] не дают такой возможности для лиц, получивших медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах. Исходя из подзаконных актов, они всегда остаются лицами второго сорта. Но какую ответственность за их квалификацию несут государственное



В-третьих, данным требованием ограничивается право индивидуального предпринимателя на занятие предпринимательской деятельностью. На практике получается, что нельзя заниматься самостоятельным медицинским бизнесом, пока не отработал 5 лет у какого-нибудь работодателя.

Законодательно определено в статье 56 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, что «право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на медицинскую деятельность». Закон не требует наличия какого-либо стажа, так почему постановление правительства вводит такие ограничения?

Понятно, что в этой части постановление правительства также ограничивает гражданские права предпринимателей, которые могут быть ограничены только федеральным законом.[1]

Требование о наличии в штате соискателя лицензии или привлечение им на ином законном основании специалистов, необходимых для выполнения работ (услуг) определяет, что под осуществление деятельности, которая только планируется, необходимо набрать штат специалистов, обладающих образованием и подготовкой и содержать

щего лицензирования деятельности будущего работодателя, чтобы на время лицензирования поступить своим благосостоянием. Да и почему постановление правительства должно ухудшать благосостояние народа?

Поэтому, если предприниматель набирает штат, это вынуждает его содержать штат на то время, пока деятельность не ведётся и доходов нет. При этом он вынужден обращаться за внешними заимствованиями – кредитами, на которые естественно начисляются соответствующие проценты за обслуживание долга. Тем самым, постановление правительства опять загоняет предпринимателя в долговую кабалу.

Исходя из вышеперечисленного можно сделать вывод, что данное лицензионное требование и условие:

- во-первых, даёт право чиновникам органов лицензирования самостоятельно трактовать возможность допуска медицинских специалистов к тем или иным видам работ (услуг);
- во-вторых, ограничивает право учредителя юридического лица на выбор руководителя юридического лица;
- в-третьих, ограничивает право индивидуального предпринимателя на занятие предпринимательской деятельностью;
- в-четвёртых, заставляет соиска-

ся к грубым нарушениям и влечёт за собой административную ответственность в виде штрафа, а при неоднократном нарушении можно и лишиться лицензии на медицинскую деятельность в судебном порядке.

В то же время на законодательном уровне отсутствует определение термина «медицинская технология», как и не установлен законодательный порядок разрешения к применению медицинских технологий.

Упоминание о медицинских технологиях имеется только в Федеральном законе «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. N 5487-1. [5]

При этом полномочия федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий, включая новые методы профилактики, диагностики и лечения не подкреплены законодательным порядком осуществления данного полномочия.

Порядок, установленный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 июля 2007 г. N 488 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий» не является законодательным порядком и руководствоваться этим приказом при выполнении лицензионных требований и условий нельзя.

В отсутствие законодательного определения термина «медицинские технологии» и порядка разрешения медицинских технологий к применению осуществляемая деятельность Росздравнадзора по выдаче разрешений на новые медицинские технологии и контролю за соблюдением медицинских технологий в процессе медицинской деятельности является незаконной.[13]

Вывод:

- данное лицензионное требование и условие незаконно, так как законодательством Российской Федерации не установлен порядок выдачи разрешений на применение новых медицинских технологий.

### **Сертификация специалистов в том виде, в котором она существует на сегодняшний момент, кроме дополнительного дохода государственным образовательным учреждениям, больше ничего в себе не несёт.**

их за свой счёт до лучших времён – до получения лицензии. Предполагается, что таких работников нужно собрать и просто выключить из деятельности до лучших времён, а когда пройдёт процедура лицензирования – просто включить в работу. Но работники эти имеют семьи, хотят получать заработную плату, ездить на отдых и интересно жить, а не ждать включения или выключения из этой жизни. И мало кто готов подать свои документы для буду-

теля лицензии обращаться за дополнительными кредитами, загоняя тем самым его в долговую кабалу.

3. Пункт «е» - соблюдение лицензиатом медицинских технологий при осуществлении медицинской деятельности, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Нарушение данного лицензионного требования и условия относит-

4. Пункт «ж» - соблюдение лицензиатом санитарных правил при осуществлении им медицинской деятельности.

Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц (статья 39, Федеральный закон от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»).[14]

Контроль за выполнением санитарных правил осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и потребительского рынка, и его территориальными органами (Роспотребнадзор).[15]

Лицензионный контроль в данном случае дублирует контроль, проводимый Роспотребнадзором.

В отличие от чиновников лицензирующих органов специалисты Роспотребнадзора обладают специальными профессиональными знаниями в вопросах контроля за соблюдением санитарных правил.

Вывод:

- при проведении лицензионного

Чтобы выполнить данное требование необходимо, во-первых, понять о чём собственно идёт речь.

Для этого необходимо одинаковое трактование всех используемых в данном требовании терминов. При этом термины должны иметь однозначное трактование, как со стороны контролирующего органа и служить не предметом дискуссий, а рабочим инструментом для реализации технологического подхода к контролю.

Во-первых, речь здесь идёт о медицинских работах и медицинских услугах. Многие идентифицируют эти понятия с понятием «медицинская помощь», что в корне неправильно.

Медицинская помощь не является объектом гражданских прав и потому – объектом гражданского оборота. В гражданском обороте выступает товарная форма медицинской помощи - медицинская услуга. Гражданский кодекс не регулирует оказание помощи, а регулирует оказание услуги.

Медицинская услуга содержит товарную и нетоварную часть. Товарная часть – это людские и материальные ресурсы. Нетоварная часть – это собственно медицинская помощь.

При этом, если медицинская услуга оказывается в соответствии с тре-

На селе фонендоскоп и тонометр, в институте магнитно-резонансный томограф и т.д.

Законодательно вообще не установлена обязанность исполнителя осуществлять контроль за соответствием качества выполняемых работ и услуг установленным требованиям (стандартам). Появление данного требования в подзаконном акте неправомерно.

А мы знаем, что гражданские права могут быть ограничены не Постановлением Правительства, а только федеральным законом и только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства Федеральный закон ( п 2. Ст. 1).[1]

На сегодняшний день в номенклатуре работ и услуг в здравоохранении (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 12 июля 2004 г.) числится порядка 10-15 тысяч услуг. Установленных стандартов на выполнение этих работ и услуг нет. К тому же понятие «установленные требования» носит неопределённый характер, так как не прописано - кем установлено, для кого установлено. Требования эти носят рекомендательный или обязательный характер?

Существующие стандарты медицинской помощи не относятся к понятию стандартов медицинских работ и услуг. Это разные понятия, соответственно и разные стандарты.

При этом мало кто обращает внимание, что это два разных вида контроля: в одном случае предметом контроля является медицинская работа (услуга), в другом – медицинская помощь. Так же как и направленность контроля – на соответствие медицинских работ (услуг) «установленным требованиям (стандартам)» и на соответствие медицинской помощи «требованиям федеральных стандартов». Всё это говорит о необходимости различия подходов к осуществлению двух видов контроля.

В настоящее время термины «медицинская услуга» и «медицинская помощь» на законодательном и нормативно-правовом уровне чётко

### **Медицинская услуга содержит товарную и нетоварную часть.**

**Товарная часть – это людские и материальные ресурсы.**

**Нетоварная часть – это собственно медицинская помощь.**

контроля за соблюдением лицензиатом санитарных правил осуществляется дублирование функции, законодательно возложенных на Роспотребнадзор.

5. Обеспечение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам) – следующее лицензионное требование и условие.

бованиями гражданского права, то медицинская помощь оказывается в соответствии с правилами медицины. Это - не юридические правила.

Можно ли устанавливать одинаковые требования к медицинской услуге в сельской местности и в московском институте. Нетоварная часть – медицинская помощь – везде будет одинакова. Товарная же часть – техническое оснащение, людские резервы, параклиника естественно будут различны. На селе один врач, в институте целый штат.

не прописаны и не разделены.

А некорректность в употреблении понятий «качество медицинской помощи» и «качество медицинской услуги» не позволяет органам власти грамотно разделять контрольно-надзорные мероприятия и дифференцировать объекты контроля качества.

Стандартов медицинской помощи разработано уже более 600. В них прописаны два раздела – диагно-

стику значительно отличаются друг от друга. При этом нарушается один из принципов лицензирования – единый порядок лицензирования на территории РФ.

Если при проведении лицензионного контроля частных медицинских организаций, лицензирующие органы требуют соблюдения лицензиатом требований постановления Правительства № 27, то при проведении контроля в государствен-

ственное требование и условие – ведение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности учетной и отчетной медицинской документации.

Сразу возникает вопрос – какой документации?

Приказ МЗ СССР от 04.10.1980 г. N 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» [17] был отменён приказом МЗ СССР от 05.10.1988 г. N 750. [18] В то же время в последующем Минздрав РФ неоднократно ссылался на этот приказ, изменял и дополнял его. Как в этом случае расценивать правовое положение приказа № 1030? Минздрав объяснений по этому поводу никаких не даёт.

Кроме того, нет строгого разграничения форм и объёма медицинской документации для обязательного ведения в частных медицинских организациях и государственных учреждениях здравоохранения. Например, в приказе Минздрава РФ от 14 февраля 1997 г. N 46 «О внедрении «Талона амбулаторного пациента» предписано – «использовать «Талон амбулаторного пациента» (учетная форма N 025-10/у-97) в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях), перешедших на систему учета по законченному случаю обслуживания, при наличии средств вычислительной техники». [19] Каким образом данное требование применить для частной организации? Кстати, в настоящее время введена новая форма «талона амбулаторного пациента» и при этом не отменена старая.

И так, практически во всех приказах, которыми вводилась та или иная форма медицинской документации. Чиновники лицензирующих органов самостоятельно трактуют каждый раз необходимость ведения той или иной документации.

Если исходить из приказов Минздрава, то «медицинскую карту амбулаторного больного» можно вести в трёх формах – ф. «BP-359/87/1»; ф. ф. «N 025/у-87» и ф. «N 025/у-04». Приказы о введении всех этих форм являются действующими. [20,21,22]

Какую из этих форм принимает за необходимую лицензирующий орган? Лицензиат об этом, к сожа-

### Стандартов медицинской помощи разработано уже более 600. В них прописаны два раздела – диагностика и лечение.

стика и лечение.

Законодательно не определено понятие «медицинская услуга», не разработано ни одного стандарта, не установлены требования к оказанию медицинских услуг, отсутствует определение качества медицинской услуги, не определён порядок контроля. Нет ни одного нормативно-правового документа по данному вопросу.

Вывод:

- в отсутствии законодательного и нормативно-правового определения понятия «качество медицинской услуги» и порядка осуществления контроля действия лицензирующих органов при проведении лицензионного контроля данного лицензионного требования и условия незаконны.

6. Пункт «и» - соблюдение лицензиатом правил предоставления платных медицинских услуг, утвержденных в установленном порядке.

Порядок предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями регламентирован постановлением Правительства РФ от 13 января 1996 г. N 27.16

Кроме того в каждом субъекте РФ органами управления здравоохранением изданы приказы, регламентирующие порядок оказания платных медицинских услуг в государственных учреждениях. Приказы эти не имеют единообразия, а зача-

ных учреждениях лицензирующие органы руководствуются приказами местных органов Управления. О каком единообразии можно говорить?

Вывод:

- данное лицензионное требование и условие нарушает один из принципов лицензирования – единый порядок лицензирования на территории РФ и не подлежит применению.

7. Предпоследнее лицензионное требование и условие - наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) специалистов, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или наличие у соискателя лицензии (лицензиата) договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности.

В данном случае можно говорить о необоснованном вмешательстве в деятельность хозяйствующего субъекта.

Какое дело лицензирующему органу до того, как лицензиат осуществляет свою хозяйственную деятельность? Как вывозит мусор, как обслуживает кондиционеры, от которых, кстати, можно получить «болезнь легионеров», как заготавливает медицинские газы, как мучается с электрочистотом, устанавливая стабилизаторы, чтобы медицинская техника могла работать?

8. И наконец, последнее лицен-

лению, узнаёт только в ходе проверки.

Кроме того, как можно расценить такое положение приказа Минздравоохранения - «Карты ведутся во всех учреждениях, ведущих амбулаторный прием, общих и специализированных, городских и сельских, включая фельдшерско-акушерские пункты (далее - ФАП), врачебные и фельдшерские здравпункты, карты находятся в регистратуре по участковому принципу»? [22]

Означает ли это, что частные медицинские организации не должны вести амбулаторные карты по данной утверждённой форме? Или это означает, что в частной организации должна быть обязательно регистратура, а пациентов нужно разделить по участковому принципу?

Вывод:

- данное лицензионное требование невозможно выполнить по причине отсутствия единства в нормативно-правовой базе по ведению медицинской документации, что позволяет лицензирующим органам самостоятельно трактовать положения приказа Минздрава и создаёт почву для коррупции.

Подводя итог вышесказанному можно констатировать следующее:

- отсутствие достаточной законодательной и нормативно-правовой обоснованности лицензионных требований и условий при осуществлении медицинской деятельности, определённых постановлением Правительства, приводит с одной стороны к вмешательству лицензирующих органов в оперативно-хозяйственную деятельность соискателя лицензии и лицензиата, с другой - к предъявлению необоснованных требований к ним со стороны лицензирующих органов и ограничению их гражданских прав, которые могут быть ограничены не Постановлением Правительства, а только федеральным законом и только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства.

Использованные источники:

1. Федеральный закон «Гражданский Кодекс Российской Федерации.» от 30 ноября 1994 года № 51-ФЗ. Часть первая.

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

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

4. Федеральный закон «Гражданский Кодекс Российской Федерации.» часть вторая от 26 января 1996 г. N 14-ФЗ, Часть вторая.

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

6. 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».

7. 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».

8. Приказ Минздравмедпрома РФ от 19 декабря 1994 г. N 286 «Об утверждении Положения о порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности».

9. Приказ Минздравмедпрома РФ от 17 ноября 1995 г. N 318 «О положении о квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста».

10. Постановление Правительства РФ от 26 июня 1995 г. N 610 «Об утверждении Типового положения об образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) специалистов».

11. Постановление Правительства РФ от 7 февраля 1995 г. N 119 «О порядке допуска к медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации лиц, полу-

чивших медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах».

12. Приказ Минздрава РФ от 26 июля 2000 г. N 284 «О специальных экзаменах для лиц, получивших медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах».

13. С.В.Лазарев. Медицинские технологии в действующей разрешительной практике. Главный врач: хозяйство и право, 2010 год, №1.

14. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

15. Постановление Правительства РФ от 30 июня 2004 г. N 322 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека».

16. Постановление Правительства РФ от 13 января 1996 г. N 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».

17. Приказ МЗ СССР от 04.10.1980 г. N 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».

18. Приказ Минздрава СССР от 5 октября 1988 г. N 750 «О признании утратившими силу нормативных актов Минздрава СССР».

19. Приказ Минздрава РФ от 14 февраля 1997 г. N 46 «О внедрении «Талона амбулаторного пациента».

20. Приказ Минздрава СССР от 12 февраля 1987 г. N 204 «О введении формализованных форм медицинской документации».

21. Приказ Минздрава СССР от 31 декабря 1987 г. N 1338 «О введении новой формы медицинской карты амбулаторного больного».

22. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. N 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».

**П**еревод практических врачей из работников в хозяйствующие субъекты порождает множество сопутствующих проблем. Эти проблемы встают перед всеми участниками сложившейся организации здравоохранения и обусловлены рядом обстоятельств.

Проблемы испытывает государство. При существующей организации здравоохранения государство выступает и проводником социальной политики в сфере охраны здоровья граждан, и собственником имущества учреждений здравоохранения, и – через учреждения здравоохранения – работодателем для медицинских работников, и – через государственную казну – источником финансирования деятельности учреждений здравоохранения и заработной платы медицинских работников.

В изменяющихся условиях государство сохраняет за собой функцию ведения социальной политики в сфере охраны здоровья граждан через инструменты финансирования качественно и количественно изменившегося практического звена здравоохранения из государственной казны, освобождается от обязанностей выплаты заработной платы медицинским работникам по правилам трудового законодательства, но с этим приобретает обязанность оплаты их деятельности в качестве хозяйствующих субъектов по правилам гражданского законодательства (по договорам). Кроме того, остается неясной юридическая судьба существующих учреждений здравоохранения, с переводом медицинских работников в хозяйствующие субъекты представляющих собой организации без персонала, но сохраняющие несобственные имущественные активы, нуждающиеся в содержании, т.е. требующие соответствующего финансирования собственником.

Учреждения здравоохранения в изменяющихся условиях, по существу, перестают быть субъектами предоставления медицинской помощи гражданам, оставаясь предназначенными для этого площадками. В отсутствие медицинского персо-

# ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ

Показано, что перевод практических врачей из работников в хозяйствующие субъекты связан с множеством проблем переустройства сложившейся организации здравоохранения

Ключевые слова: субъект медицинской деятельности, хозяйствующий субъект, лицензирование

нала они не способны осуществлять медицинскую деятельность и оставаться субъектами лицензирования этой деятельности. При этом они сохраняют всю необходимую для ведения такой деятельности внутри-организационную инфраструктуру и соответствующее оснащение. По существу, учреждения здравоохранения минимизируются в качестве субъектов (что поднимает вопрос о сохранении их в этом качестве) и остаются в качестве объектов здра-

воохранения.

Практические врачи с приобретением положения хозяйствующего субъекта выходят, во-первых, из трудового подчинения работодателю – учреждению здравоохранения; во-вторых, из административного подчинения (через руководство учреждений здравоохранения) органам управления здравоохранением; в-третьих, из финансового подчинения принятым в бюджетной сфере нормам и нормативам, в том

числе, по заработной плате, утрачивая ставший для них традиционным статус бюджетников.

При этом практические врачи приобретают, во-первых, хозяйственную самостоятельность: они получают регистрационный (на основании внесения в Единый государственный реестр) и разрешительный (на основании лицензии) статус, осуществляя правоспособность хозяйствующего субъекта своей волей и в своем интересе, будучи свободны в установлении своих прав и обязанностей на основе договора и в определении любых не противоречащих законодательству условий договора (п. 2 ст.1 ГК РФ). Во-вторых, практические врачи, осуществляя самостоятельную, направленную на систематическое получение прибыли от оказания услуг, деятельность, приобретают связанные с ее осуществлением риски (п.1 ст.2 ГК РФ), т.е. самостоятельную гражданскую ответственность, которая доступна страхованию.

Приобретая свободы и возможности, но не имея опыта ими пользоваться, практические врачи сталкиваются с рядом проблем. Во-первых, они не обладают навыками договорной практики, т.е. умением заключать сделки и исполнять принятые договорные обязательства, избегая возникновения внедоговорных обязательств. Во-вторых, пребывая в состоянии функциональной негра-

номики – сформировать ценовую и маркетинговую политику, наладить взаимовыгодные деловые связи с контрагентами-поставщиками и коллегами, и т.д.

Органы управления здравоохранением с изменением структуры практического звена сталкиваются с необходимостью сокращения, во-первых, функций – по существу, они сводятся к управлению имущественными объектами здравоохранения (финансами и учреждениями здравоохранения в качестве объектов) и к надзорно-разрешительной деятельности в отраслевом гражданском обороте; во-вторых, структуры – фактически излишними становятся муниципальные, а, возможно, и региональные органы управления здравоохранением; в-третьих, численности – в той мере, в какой здравоохранение переходит от субъектного (учреждениями здравоохранения) к объектному (финансами и имуществом в натуре) управлению, оно перестает нуждаться в существующем бюрократическом аппарате, подлежащем существенному уменьшению.

Существующие субъекты частной медицины из-за резкого уплотнения конкурентной среды в связи с вхождением в отраслевой гражданский оборот новых операторов из числа практических врачей, ставших хозяйствующими субъектами, безусловно, испытают значимые

конкуренции во многом не готовы; во-вторых, ставшие хозяйствующими субъектами практические врачи при имеющемся багаже познаний конкурировать не в состоянии.

Отсюда, во-первых, общая численность хозяйствующих субъектов в отраслевом гражданском обороте изначально окажется заведомо больше, чем останется в итоге; во-вторых, не факт, что оставшаяся часть хозяйствующих субъектов удовлетворит существующую в них потребность, в связи с чем предстоит период достижения баланса конъюнктуры (спроса и предложения) оборота; в-третьих, принятые хозяйствующими субъектами обязательства по причине ликвидации части из них окажутся заведомо неисполненными в соответствующем объеме (равно перед поставщиками и потребителями). Это означает, что потребуются неизвестной длительности переходный период до достижения стабильности отраслевого гражданского оборота.

Проблемы в связи с переводом практических врачей из работников в хозяйствующие субъекты, встающие перед перечисленными участниками сложившейся организации здравоохранения, обусловлены рядом обстоятельств.

Первым из них являются отношения врачей в качестве хозяйствующих субъектов с государством. Оставшись предоставленными сами себе, своему профессионализму и возможности функционировать в экономических условиях, они сталкиваются с новыми, прежде не существовавшими реалиями. Все – начиная от учреждений здравоохранения, где они работали, и заканчивая финансовыми институтами, с которыми они не взаимодействовали – приобретает иной уклад, подвергнувшись неизбежным параллельным изменениям, в том числе в отношениях с ними.

Государство, прежде позиционирующееся на обеих сторонах своей собственности – учреждений здравоохранения и казны, из которой производит им платежи, остается лишь на второй, позиционируясь вместе с пациентами, в пользу которых платит.

Принадлежащие государству учреждения здравоохранения пере-

### Приобретая свободы и возможности, но не имея опыта ими пользоваться, практические врачи сталкиваются с рядом проблем.

мотности, они оказываются неспособны воспользоваться договором как инструментом, чтобы арендовать помещение и оборудование (аппаратуру), заказать необходимые работы и услуги, нанять работников и т.д. В-третьих, не обладая необходимыми познаниями, кроме профессиональных медицинских, они не в состоянии позиционировать себя в гражданском обороте, найти и утвердить свое место в системе координат отраслевой эко-

неудобства и переживут дополнительные испытания.

Это обстоятельство поднимает дополнительную проблему несостоятельности хозяйствующих субъектов (существующих и новых – практических врачей) в гражданском обороте. Встает вопрос о массовой ликвидации (банкротстве), поскольку, во-первых, существующие хозяйствующие субъекты частной медицины ни к резкому усилению конкуренции, ни к эффективной

стают быть субъектом оказания медицинских услуг, преобразуясь в площадки размещения других субъектов оказания медицинских услуг.

Органы управления здравоохранением, для учреждений здравоохранения являющиеся вышестоящим административным органом, для практических врачей в качестве хозяйствующих субъектов таковым не являются – их деятельность подчиняется требованиям закона, а не ведомственным указаниям и требо-

вые структуры.

Вторым обстоятельством, обуславливающим проблемы в связи с переводом практических врачей из работников в хозяйствующие субъекты, являются их отношения в новом качестве с пациентами.

Если пациент традиционно с прежних лет непричастен к платежным отношениям за оказываемые ему медицинские услуги, а оплату за них получало учреждение здравоохранения, то с переводом

на государственную казну. Пациент становится интегрированным в платежный механизм и голосует государственным рублем за свой выбор лечащего врача.

Практические врачи в качестве хозяйствующих субъектов приобретают такую заинтересованность в пациенте в качестве носителя платежей, которая обеспечивает растущий уровень медицинского обслуживания, стимулирует повышение профессиональной квалификации и мотивирует врачей зарабатывать больше за счет повышения эффективности своей деятельности.

Третьим обстоятельством, обуславливающим проблемы в связи с переводом практических врачей из работников в хозяйствующие субъекты, являются их отношения с остальными хозяйствующими субъектами в отраслевом гражданском обороте.

Известно, что в экономическом обороте хозяйствующие субъекты выступают в качестве контрагентов, партнеров или конкурентов. Вступая в отношения товарообмена (приобретая оборудование, беря в аренду помещение, оказывая услуги потребителям и пр.), хозяйствующие субъекты являются контрагентами другой стороны договора. Выступая с другими хозяйствующими субъектами на одной стороне в отношениях с третьими лицами, хозяйствующие субъекты являются партнерами. В опосредованных потребителями отношениях с другими хозяйствующими субъектами, предоставляющими такие же услуги, они являются конкурентами.

В этой связи, независимо от того, в какой роли выступает врач как хозяйствующий субъект, его деятельности должны быть присущи такие универсальные свойства, как эффективность и безопасность, индивидуализация и персонализация, рентабельность и инвестиционная привлекательность.

1. Эффективность и безопасность деятельности врача в качестве хозяйствующего субъекта.

В настоящее время позиция отраслевого ведомства ориентирована на качество медицинских услуг и даже медицинской помощи, что подвергается государственному контролю

### Государство, не уходя из социальной сферы, вынуждено специализировать свое в ней присутствие

ваниям должностных лиц органов управления здравоохранением.

Принадлежащие государству и включенные в ведомственную административную иерархию бюджетного процесса фонды финансирования практического здравоохранения (обязательного медицинского страхования) нуждаются в приведении в соответствие потребностям отраслевого гражданского оборота и подвергаются банковской трансформации.

Государство, не уходя из социальной сферы, вынуждено специализировать свое в ней присутствие. Вместо бюджетной оптимизации за счет сокращения функционирующих активов оно осуществляет реструктуризацию функций в социальной сфере с сохранением требующихся активов и освобождением от тех, которые государству не свойственны.

Для практических врачей в качестве хозяйствующих субъектов государство остается плательщиком за оказываемые ими медицинские услуги в пользу граждан и собственником объектов размещения. При этом с государством они имеют дело опосредованно: через принадлежащий государству банк – для расчетов по оплате оказанных медицинских услуг и через управляющие организации – для расчетов по арендной плате; в обоих случаях – через гражданские, частноправо-

практических врачей из работников в хозяйствующие субъекты на них ложится бремя расчетов за оказанные услуги, а механизм производства платежей неизбежно подвергается изменениям с вовлечением в него пациента как держателя платежных средств государства в его пользу. Любой иной механизм является громоздким и неэффективным.

Чтобы осуществлять такие платежи в существующем бюджетном процессе, государству необходимы соответствующие штаты (и связанные с ними административные расходы) и терминалы (роль которых в настоящее время выполняют медицинские страховые организации) для трансформации бюджетных средств в выплаты хозяйствующим субъектам (что также требует дополнительных расходов).

Целесообразно производство расчетов перенести в гражданский оборот, а в бюджетной сфере оставить исчисление подушевых счетов. В этом случае средства, предназначенные для оплаты медицинских услуг в заранее исчисленных подушевых размерах, поступают в принадлежащий государству банк, дебетовой картой которого пациенты расплачиваются с практическими врачами в качестве хозяйствующих субъектов. Все затраты относятся на себестоимость банковской деятельности и не ложатся бременем

и надзору<sup>1</sup>. Однако медицинская помощь, не будучи товаром, как медицинская услуга, качеством не обладает, а качество медицинской услуги, как и любого товара – категория потребительских предпочтений. За качество товара приобретатель голосует рублем.

Обращение потребителя к врачу предполагает его оплату – самим потребителем или государством либо иным плательщиком в его пользу. Врач заинтересован в том, чтобы большее число потребителей к нему обращались. Для этого он должен делать свое дело так, чтобы они обращались к нему и в будущем. Это вопрос не признания или непризнания отраслевым ведомством качества оказываемых врачом услуг или помощи, а обращаемым к нему потребителем – эффективности или неэффективности, полезности или бесполезности обращения. Это вопрос потребительской ценности предоставления, за получение которой производится оплата. Образно говоря, вопрос в том, сколько «плюсов» набирает врач, отрываясь от нулевой изоляции бесполезности и неэффективности.

Напротив, врач не должен набирать «минусов», а таковыми является пренебрежение безопасностью пациента – это, действительно, предмет внимания и государства, и общества, и самого врача. Одним из критериев отнесения вида деятельности к числу подлежащих лицензированию является возможность причинения ущерба, в том числе, личности и здоровью граждан (ст.4 Федерального закона от 8 августа 2001 г. N 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»), при осуществлении медицинской деятельности, в частности. Причинение вреда здоровью при оказании медицинских услуг является следствием пренебрежения безопасностью пациента и влечет соответствующую правовую ответственность врача.

Эффективность и безопасность деятельности врача в качестве

хозяйствующего субъекта – это условие существования отношений врача и пациента. В отсутствие эффективности и безопасности для пациента к конкретному врачу он не обратится.

2. Индивидуализация и персонализация деятельности врача в качестве хозяйствующего субъекта.

Индивидуализация – это процесс и результат реализации уникального своеобразия личности, применительно к медицинской деятельности – в профессиональном качестве врача.

В отношениях между врачом и пациентом возникает социогенная потребность в персонализации, в результате которой они принимают личностный характер. Более того, этим отношениям необходим доверительный характер – не случайно медицинские услуги относятся к числу доверительных товаров.

Однако способность конкретного врача к установлению личностно-доверительных отношений с пациентом важна не только для пациентов, но и для коллег. Коллегиальные отношения складываются и как цеховые (в медицинском сообществе, в том числе в рамках соответствующих медицинских объединений), и как медико-технологические (между врачами смежных специальностей, направляющих пациентов друг к другу), и как конкурентные (между врачами единой специальности в пределах общей территории деятельности).

Отнюдь немаловажно, насколько врач конформен в обществе – равно для пациентов и коллег. В отсутствие необходимой конформности его будут избегать, и он останется невостребованным в обществе вне зависимости от уровня профессионализма.

3. Рентабельность и инвестиционная привлекательность деятельности врача в качестве хозяйствующего субъекта.

Рентабельность – это превышение доходов над расходами, отношение прибыли к затратам (расходу ресурсов), еще более точно – отношение балансовой прибыли к среднегодовой стоимости основных производственных фондов и нормируемых оборотных средств, важный показатель экономической эффективности

производства, в том числе производства медицинских услуг.

Доходность, прибыльность производства – условие возможности инвестирования, т.е. вложения капитала, приобретения активов, от которых ожидается получение дохода, превышающего затраты.

Врачу в качестве хозяйствующего субъекта необходимо оплачивать место размещения, оборудование и аппаратуру (на условиях аренды), налоги, покупать расходные материалы. Ему нужно постоянно заниматься повышением квалификации, для чего приобретать литературу, посещать профессиональные мероприятия, часть из которых – в других городах и странах. Приходится официально (а если ситуация не изменится – и неофициально) тратить на получение необходимых документов – лицензии, сертификата специалиста и пр., на прохождение дополнительного обучения, посещение различных консультативных семинаров и лекций, на привлечение бухгалтера, консультантов, на содержание ассистентов и иного персонала, на участие в различных профессиональных и деловых организациях, клубах и пр.

Поскольку врач в качестве хозяйствующего субъекта подвержен гражданской ответственности, ему необходимо иметь соответствующий фонд, в котором депонируется часть его доходов на случай ее наступления.

Все эти расходы должны оплачиваться доходами врача в качестве хозяйствующего субъекта, с учетом добавленной стоимости обеспечивая ему достойный уровень жизни, резерв на случай гражданской ответственности и возможность расширенного воспроизводства в счет будущих периодов.

Достойный уровень жизни врача определяется не тем, что он может себе позволить или чем может довольствоваться, как в настоящее время, а тем, как врач в качестве представителя профессионального сообщества позиционируется в обществе, какова социальная ценность его профессии. Это – международная универсалия, вариации которой в развитых странах сравнительно невелики. А унижение социальной ценности профессии в раз-

<sup>1</sup> Серегина И.Ф. Концептуальные подходы к государственной системе контроля и надзора и ее роль в управлении качеством медицинской помощи: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2010.



вивающихся странах демонстрирует лишь потенциал ее роста.

Резерв на случай гражданской ответственности определяется тем, какова вероятность и величина ее наступления за календарный период. Величина такой ответственности может быть сопоставима с размером резерва на случай ее наступления, а может превышать – порой на порядки – этот размер. Соответственно, это определяет то, создает ли врач в качестве хозяйствующего

могут быть рассмотрены в узловых точках. Это – проблемы размещения (или более широко – привлечения средств производства), финансирования деятельности и коллегиального (организационного) взаимодействия.

1. Проблемы размещения и привлечения иных средств производства в деятельности врачей в качестве хозяйствующих субъектов.

Врачи в качестве хозяйствующих субъектов – особенно в начале пути

гресс в медицине идет значительно быстрее, чем происходит амортизация аппаратуры.

В-третьих, оправдать стоимость приобретения дорогостоящей медицинской техники сложно даже при больших оборотах ее эксплуатации, которые отдельный врач (и даже группа врачей) обеспечить не в состоянии. Для этого нужна не просто узкая специализация на эксплуатации только этой техники, а высокая потребность в ней медицинской практики в условиях высокой концентрации пациентов, нуждающихся в соответствующих диагностических или лечебных манипуляциях на этой аппаратуре. Кроме того, любая техника требует текущего обслуживания, замены расходных элементов, ремонта и т.д., что увеличивает стоимость приобретения.

В отношении помещения проблемы иные. За рубежом врач курирует весь лечебно-диагностический процесс пациентов, находящихся под его наблюдением. Врачу нужен офис для приема пациентов. Врач может иметь передвижной офис, совмещенный с лабораторией, для выездов, например, в отдаленные или труднодоступные места нахождения пациентов. Врач организует госпитализацию своих пациентов, т.е. аренду для них и для своей деятельности помещений, оборудования, медицинской техники и пр. в стационаре, а также их реабилитацию в реабилитационно-рекреационных центрах. Врач пользуется услугами других врачей (специалистов), лабораторий и т.д., направляя к ним пациентов или материалы для исследований. Тем самым врач распределяет денежные потоки – либо направляя пациента (плательщика), либо сам осуществляя эту функцию от лица плательщика. В качестве хозяйствующих субъектов российские врачи вынуждены этим заниматься также.

При действующей в здравоохранении в настоящее время разрешительной системе лицензирование медицинской деятельности ассоциировано с местом ее осуществления. Это, во-первых, исключает выездную медицинскую деятельность. Во-вторых, на арендуемых площадях это ставит перспективу

### Возможность расширенного воспроизводства в счет будущих периодов в деятельности врача в качестве хозяйствующего субъекта определяет ее привлекательность для инвесторов.

субъекта собственный резервный фонд или прибегает к страхованию, т.е. к передаче рисков. В любом случае в себестоимость производимой им продукции включается плата за риск, повышающая цену медицинских услуг.

Возможность расширенного воспроизводства в счет будущих периодов в деятельности врача в качестве хозяйствующего субъекта определяет ее привлекательность для инвесторов. Эффективность такой деятельности должна иметь интенсивные и экстенсивные запасы ее увеличения по мере необходимости и в плановом порядке. Если врач в качестве хозяйствующего субъекта в состоянии обеспечить необходимый для себя уровень жизни при всех расходах и имеет ресурс покрытия рисков, которые несет, и при этом обладает потенциалом активизации и развития, внешние вложения в его деятельность имеют перспективу эффективной отдачи. Тем самым запас эффективности его деятельности служит своего рода гарантией его исправности в качестве должника.

Таким образом, проблемы, встающие перед перечисленными участниками сложившейся организации здравоохранения в связи с переводом практических врачей из работников в хозяйствующие субъекты с учетом перечисленных обстоятельств и свойств их деятельности,

– не имеют возможности приобрести в собственность все, что необходимо для их деятельности. Более того, некоторые предметы оборудования и медицинской техники они не смогли бы приобрести и в конце пути, да, в общем-то, и необходимости такой для них нет. Это обусловлено рядом обстоятельств.

Во-первых, медицинская техника стоит дорого. Прежде всего, потому, что она имеет назначение не потребительское, а предпринимательское: как и любой товар на рынке «бизнес-бизнесу» (B2B), продаваемый поставщиками производителям товаров, работ, услуг, медицинская техника имеет цену потенциального оборота их воспроизводства. Кроме того, в эту цену включается стоимость всевозможных ноу-хау, в том числе патентованных, которые были использованы при создании конкретной аппаратуры, а потому – и платежи авторам изобретений (обладателям патентов) в счет будущих периодов. Наконец, в эту цену включается стоимость возможных рекламаций, претензий и исков, а потому – управления качеством и сертификация систем менеджмента качества.

Во-вторых, медицинская техника морально устаревает существенно ранее своего физического износа – практически сразу после приобретения, теряя ликвидность, поскольку научно-технический про-

медицинской деятельности хозяйствующего субъекта в зависимости от усмотрения арендодателя. Понятно, что торговля или игровая деятельность много прибыльнее медицинской, и занимающиеся этой деятельностью арендаторы много выгоднее, чем те, которые занимаются арендой платы для занимающегося медицинской деятельностью хозяйствующего субъекта обычно равносильно ликвидации: платить ее в повышенном размере он далеко не всегда в состоянии, а продержаться на срок переоформления лицензии в связи с переходом на другие площадки ресурсов у него также не хватает. В-третьих, именно на арендатора возлагается обеспечение пригодности занимаемых площадей для медицинской деятельности. Однако таковая предполагает множество специфических требований (от наличия раковины до метража и освещенности комнат), которым соответствует далеко не каждое помещение. Таким образом, привязка к помещению при лицензировании сужает диапазон возможностей оказания медицинской помощи.

2. Проблемы финансирования деятельности врачей в качестве хозяйствующих субъектов.

Врачи в качестве хозяйствующих субъектов должны осуществлять

мые врачом медицинские услуги, он должен получать их оплату без оправдания возможностями ее производства. Потому что медицинские услуги в качестве товара имеют себестоимость, которая, если не относится на доходы хозяйствующего субъекта, то относится на его убытки. Врач в качестве хозяйствующего субъекта не должен за свой счет оплачивать проблемы плательщика.

Если такие проблемы возникают, то – не в сфере оказания, а в сфере оплаты оказываемых врачом в качестве хозяйствующего субъекта медицинских услуг. Следовательно, и разрешение этих проблем находится в платежной сфере. Наличие таких проблем свидетельствует о несостоятельности финансовых институтов, а потому и разрешение этих проблем заключается в исправлении недостатков организации именно финансовых институтов, а не институтов практического здравоохранения.

Это в равной степени относится как к неоплате медицинских услуг, так и к отсроченной их оплате, независимо от того, какова причина задержки с оплатой.

Врач в качестве хозяйствующего субъекта работает по договорам. Договор предусматривает размер оплаты медицинских услуг, порядок, форму и механизм расчетов.

В существующих реалиях прохож-

В этом случае у неплательщика возникает ответственность должника за пользование чужими денежными средствами вследствие просрочки (ст.395 ГК), в том числе в порядке коммерческого кредита (ст.823 ГК).

Для исключения возможности возникновения долговых обязательств за просрочку платежей расчеты должны производиться в сфере гражданского оборота, а не в бюджетной сфере. Для этих целей предложена банковская трансформация обязательного медицинского страхования. Как известно, банковские платежи осуществляются на момент предъявления законного требования об оплате.

В настоящее время – в рамках обязательного медицинского страхования – момент предъявления такого требования законодательно не определен. В условиях прямых платежных отношений между плательщиком и исполнителями медицинских услуг (учреждениями здравоохранения) расчеты осуществляются по совокупности за календарный период, а не по факту оказания каждой отдельной медицинской услуги. Врачи в качестве хозяйствующих субъектов позволить себе этого не могут – объемы их персональной деятельности и соответствующие им суммы платежей не таковы, как учреждений здравоохранения, а приуроченные к календарному периоду платежи будут неизбежно мультиплицировать неритмичность финансирования их деятельности, а отсюда – нарушение договорных обязательств перед контрагентами и т.д.

Тем самым момент предъявления законного требования об оплате оказываемых медицинских услуг для врачей в качестве хозяйствующих субъектов приобретает особое значение.

Поскольку государство выступает плательщиком в пользу граждан, немаловажно, соответствует ли денежное пособие плательщика потребностям отдельного гражданина в качестве выгодоприобретателя в медицинском пособии. Денежное пособие может не соответствовать медицинскому пособию: либо плательщик может недоплачивать за оказанные медицинские услуги, либо их исполнитель может допу-

### Врачи в качестве хозяйствующих субъектов должны осуществлять приносящую доходы деятельность.

приносящую доходы деятельность. Вне зависимости от того, из каких источников производится оплата их деятельности, они должны получать вознаграждение за свой труд, покрывающее издержки их деятельности и удовлетворяющие их профессиональные и бытовые потребности. Будь то государство, страховая или благотворительная организация, работодатель в пользу работников и т.д. выступает в качестве плательщика за оказываемые

услуги. Средства для оплаты медицинских услуг средств государственной казны в бюджетном процессе до фондов обязательного медицинского страхования, затем – через сеть посредников (частных медицинских страховых организаций) до их конечного получателя – субъекта оказания медицинских услуг – приводит к задержкам платежей, когда товар (медицинская услуга) получателю предоставлен, а расчеты за него не произведены.

сказать неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств перед заказчиком. Денежное пособие может не соответствовать потребностям здоровья пациента, в пользу которого производится оплата. Потребностям здоровья пациента, в пользу которого производится оплата, может не соответствовать и медицинское пособие.

Отдельную проблему в этой связи составляет определение, измерение и оценка медицинской услуги в качестве предмета оплаты. Очевидно, что койко-день, посещение или обследование предметом оплаты в деятельности врачей в качестве хозяйствующих субъектов быть не могут: в свою пользу врач может взимать оплату только собственного предоставления – оказанных им медицинских услуг. В отношении сопутствующих предоставлений пациенту он может выступать не более чем агентом иных хозяйствующих субъектов.

Возникает необходимость в диверсификации в предмете оплаты, во-первых, медицинских и иных, немедицинских, услуг; во-вторых, оказываемых конкретным врачом и иными субъектами медицинской деятельности; в-третьих, собственный продукт потребительского назначения (медицинские услуги) и товары, работы, услуги, относящиеся на себестоимость его производства (поставка).

Поскольку именно себестоимость производства является экономической характеристикой медицинских услуг, детерминирующей их цену, постольку ее расчет возможен только при определенности их параметров.

Поскольку услуга не обладает характеристиками физического, телесного существования и возникает в силу договора, постольку каждая медицинская услуга, оказываемая врачом в качестве хозяйствующего субъекта, должна иметь четкие параметры, установленные договором.

А в силу принципа свободы договора (ст.421 ГК) и услуги разных хозяйствующих субъектов могут различаться в содержании и объеме. Отсюда возникает вопрос о сравнении, сопоставлении в фактическом и платежном выражении

медицинских услуг, оказываемых разными врачами в качестве хозяйствующих субъектов.

Таким образом, врачи в качестве хозяйствующих субъектов, осуществляя деятельность в гражданском обороте, нуждаются в таком понижении степени собственной свободы при участии в происходящих в нем процессах, которая одновременно требует от них необходимой конформности этому обороту, в том числе в отношениях с плательщиком за медицинские услуги, которые должны демонстрировать обоснование цены предмета оплаты.

Если определение, измерение и оценка медицинских услуг как предмета оплаты для врачей в качестве хозяйствующих субъектов важно с позиций их себестоимости и рентабельности собственной деятельности, то для плательщиков – с позиций соответствия размеру оплаты.

В нынешних условиях существования учреждений здравоохранения и государственных внебюджетных фондов оплата медицинских услуг в рамках бюджетного процесса производится в порядке перераспределения средств государственной казны. В условиях бюджетного нормирования несоответствие действительности стоимости продукции учреждений здравоохранения размеру их оплаты особого значения не имеет, поскольку средства государственной казны в гражданский оборот не поступают, находясь в круговороте единой имущественной принадлежности государству.

Если же за счет средств государственной казны оплачиваются предоставления гражданам врачей в качестве хозяйствующих субъектов, не связанных с государством имущественной принадлежностью, как учреждения здравоохранения, то средства государственной казны выходят за пределы бюджетной сферы в гражданский оборот. И размер поступлений в гражданский оборот из казны средств оплаты медицинских услуг гражданам для государства становится значимым. Интересы государства становятся противоположными интересам врачей в качестве хозяйствующих субъектов: оно заинтересовано платить меньше, они – получать больше. Точку отсчета устанавливает равно-

весная цена, которая складывается в обороте.

Тем самым государство в качестве плательщика в пользу граждан в гражданском обороте не может позволить себе нормировать размер оплаты медицинских услуг. Если тарифы государства не будут соответствовать цене медицинских услуг в гражданском обороте (и потому не будут обеспечивать необходимую рентабельность), некому станет их оказывать гражданам.

Таким образом, с выходом в гражданский оборот государство в качестве плательщика в пользу граждан не ограничивает оборот, а само приобретает ограничения, существующие в обороте.

С позиций пациента важно, чтобы и медицинское, и денежное пособие соответствовали бы потребностям его здоровья. Соответствуют ли друг другу медицинское и денежное пособие – для пациента значения не имеет, но адекватно по объему и содержанию ли оплачивается и оказывается нужная ему по состоянию здоровья медицинская помощь – ему принципиально важно. Потому что если он недополучает необходимой – в силу ли недостаточности финансирования или оказания – медицинской помощи, это отражается вредом на его здоровье.

Отсюда встает весьма острая в настоящее время проблема безопасности пациентов. Вред здоровью пациентов имеет экономическое выражение.

По договорным (ст.402 ГК) и внедоговорным (ст.1068 ГК) обязательствам за действия работников ответственность несет работодатель. Так и происходит в учреждениях здравоохранения и частных медицинских организациях. За действия причинителя ущерба de facto ответственность наступает для причинителя ущерба de jure. Работодатель в этом случае имеет право регрессных требований к работнику, по общему правилу, в пределах 20% удержаний из заработной платы (ст.138 ТК). При возможном размере гражданской ответственности, исчисляемой миллионами рублей, и актуальной зарплате в здравоохранении, исчисляемой одним-двум-трем десятками тысяч

рублей, работник в течение всего срока профессиональной деятельности не в состоянии вернуть работодателя и сотой части убытков.

Персональная (уголовная) ответственность врачей в существующей судебной практике относительно редко приводит к реальным срокам, и врачи обычно осуждают условно.

Поэтому в настоящее время нередко случаи безразличного пренебрежения врачами профессиональными обязанностями в ущерб здоровью пациентов. Наиболее часто такое поведение сами врачи объясняют низкой заработной платой, а потому – тем, что за пострадавших от не оказания или несвоевременного оказания ими медицинской помощи некому было ее оплачивать.

В качестве хозяйствующих субъектов врачи каждый индивидуально несут и персональную, и имущественную ответственность за свою – равно хозяйственную и профессиональную – деятельность. Вне зависимости от того, допущен ими ущерб имуществу плательщика или здоровью пациента, малого или большого размера, при осуществлении лечебного или хозяйственного процесса, врачи в качестве хозяйствующих субъектов сами несут ответственность в полном объеме.

Тем самым возникновение имущественной ответственности врача в качестве хозяйствующего субъекта за вред здоровью пациента может не только существенно пошатнуть его экономическое состояние, но и лишить перспективы его хозяйственную деятельность, обременив непосильными долгами. Не в его интересах становится пренебрежение интересами здоровья пациента. Это сразу существенно снижает статистическую частоту причинения вреда здоровью пациентов по вине врачей.

В качестве хозяйствующих субъектов врачи вправе застраховать свою гражданскую ответственность: получая доходы, а не заработную плату, они так же, как и нынешние корпоративные хозяйствующие субъекты, могут оказаться не в состоянии покрыть неподъемную для них ответственность вследствие причинения вреда здоровью паци-

ента. Страхование как малая плата за передачу больших рисков является средством выбора для врачей в качестве хозяйствующих субъектов. Альтернатива – накопление резервного (страхового) фонда на случай гражданской ответственности собственными силами – длительна, обременительна и потенциально недостаточна, хотя сочетание обоих вариантов возможно.

Необходимость устранения угрозы безопасности пациентов экономическими мерами стимулирует стремление врачей в качестве хозяйствующих субъектов к постоянному профессиональному совершенствованию. Вместо вменения извне в обязанность наличие сертификата специалиста повышение квалификации становится необходимостью самого врача.

Таким образом, решение имеющей экономическое выражение проблемы безопасности пациентов – дело врачей в качестве хозяйствующих субъектов. В их интересах обеспечить такой уровень своего профессионального мастерства, который минимизирует возможность причинения вреда здоровью пациентов. А страхование гражданской ответственности на этот случай сводит к минимуму вероятность ее наступления – и тем самым связанные с этим убытки как угрозу для хозяйственного состояния врачей в качестве хозяйствующих субъектов. Повышение уровня профессионального мастерства становится ручательством их хозяйственного благополучия.

Решение проблем финансирования деятельности врачей в качестве хозяйствующих субъектов напрямую зависит от того, кто в платежном механизме является носителем платежей.

В настоящее время платежи за оказываемые гражданам медицинские услуги распределяются в бюджетном процессе между главными распорядителями, распорядителями и получателями бюджетных средств, которыми являются учреждения бюджетной сферы. Прохождение средств государственной казны через внебюджетные фонды обязательного медицинского страхования – и через цепь опосредующих государственных платежи медицинских

страховых организаций – в учреждении здравоохранения не лишает его свойств бюджетного процесса: распределение этих средств через главных распорядителей, распорядителей до получателей бюджетных средств сохраняется.

В качестве хозяйствующих субъектов пребывая в отраслевом гражданском обороте вне пределов бюджетной сферы, врачи уже не являются участниками замкнутого бюджетного процесса. Как и получатели медицинских услуг, находясь в гражданском обороте, и оплату этих услуг врачи могут получать по правилам такого оборота, а не по правилам бюджетного процесса. В отличие от учреждений здравоохранения врачи в качестве хозяйствующих субъектов не относятся к числу получателей бюджетных средств. Их можно было бы отнести к числу исполнителей государственного заказа, однако они делают возмездные предоставления не государству, а обществу, и в этом смысле государство в отношении с ними выступает не в публичном качестве политического института и не в гражданском качестве заказчика по государственному заказу в свою пользу, а в гражданском качестве плательщика в пользу граждан. В этом – последнем – качестве оно ничем не отличается от любых иных третьих лиц, производящих в пользу граждан оплату тех или иных предоставлений, которая и производится в гражданском обороте.

Однако если расчеты с врачами в качестве хозяйствующих субъектов производит плательщик, граждане как получатели медицинских услуг остаются непричастными к платежному механизму, и врачи ориентируются лишь на соответствие платежным требованиям, а не на потребности граждан, которым оказывают услуги.

Таким образом, решение проблем финансирования деятельности врачей в качестве хозяйствующих субъектов зависит также от того, станет ли эффективным механизм оплаты медицинских услуг, оказываемых ими гражданам. А это, в свою очередь, зависит от того, как будут согласовываться платежные обязательства с интересами здоровья граждан.

## 1. СОЦИАЛЬНО-ПОЛИТИЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Стремление к свободе во всех смыслах этого слова заложено в человеке от природы, на уровне подсознания. Однако люди достаточно преуспели в сознательной перестройке окружающего мира и общественного устройства в частности. Бессознательному стремлению к свободе противопоставляется ее суррогат – рафинированное определение свободы, которое вытекает из идеологии, являющейся продуктом сознательной мыслительной активности. Чем больше ограничения, накладываемые на естественные устремления людей, тем важнее роль идеологии. Без того, чтобы большая часть общества добровольно поддерживала конкретную идеологию, оправдывающую ограничения, накладываемые обществом на индивидуума, невозможно функционирование государства. Таким образом, идеология – это совместный продукт государства и общества.

Для реализации политики в ее основе должна лежать соответствующая идеология. Идеология является основой политики, основанием ее осуществления. В отсутствие своего основания (идеологии) политика строиться не может. Как система взглядов, идей, убеждений, ценностей и установок идеология создает системную основу соответствующей политики государства.

Системность идеологии как основы политики государства порождает государственность как особый признак идеологии и политики: если политика – удел государства, то создающая ее основу идеология не может происходить извне государства. Иными словами, государство формирует государственную идеологию как системную основу государственной политики в соответствующей сфере деятельности (16).

Изменения политического устройства в России базируются на коренном изменении идеологии государства, что нашло отражение в Конституции РФ. Однако в соот-

# ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭКОНОМИКА ПУБЛИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Рассматривается организация и экономика публичного здравоохранения, государственная идеология в сфере здравоохранения, механизмы финансирования и организация медицинской помощи населению

Ключевые слова: здравоохранение, государственное финансирование, организация медицинской помощи

ветствии с нормами статьи 72 Конституции РФ в совместном ведении РФ и субъектов РФ находится только координация вопросов здравоохранения. Основную ответственность за предоставление населению бесплатной медицинской помощи несут органы государственной власти субъектов РФ и, в силу прямого указа частей 1 и 2 статьи 41 Конституции РФ, органы местного самоуправления. Отсюда следует, что: во-первых, система здравоохранения более не является единой, а состоит из региональных систем; во-вторых, органы государственной власти и местного самоуправления предоставляют населению меди-

цинскую помощь.

В основах законодательства о здравоохранении закреплены три системы здравоохранения, сформулированные по имущественному признаку, включая государственную и муниципальную системы. Содержание подходов к экономике и организации здравоохранения не может измениться в этих системах, потому что они собственно это содержание отражают и определяют. По данным на 2003 г. 98% медицинских организаций существует в организационно-правовой форме «учреждение» (3, С.63). В соответствии с данными, предоставленными Федеральной службой госу-

дарственной статистики РФ – доля сектора «Государственное управление» в отрасли «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» составила в 2007 г. – 80%. Поскольку оценка выпуска осуществляется для учреждений по затратам на их содержание без учета прибыли, то в рыночных ценах доля государственного сектора превышает 90%. Поскольку государственная и муниципальные системы охватывают 90% оборота медицинских услуг, то они определяют ситуацию в здравоохранении в целом.

Консервация экономических и организационных принципов советского здравоохранения, непригодных для условий современной России, приводит к ползучему внедрению зарубежного опыта (например, появление института врачей общей практики), не угрожающему системе здравоохранения лишь до определенной степени (16). Критическая масса внешних изменений рано или поздно приведет к полному сломи существующего устройства здравоохранения, но еще раньше может произойти внутренний коллапс системы, выражающийся в окончательной утрате органами управления здравоохранением контроля над коммерциализацией учреждений и выдавливанию бесплатной для граждан медицинской помощи. При отсутствии признаков внешних разрушений, система в значительной степени перестанет выполнять возложенные на нее задачи по оказанию бесплатной медицинской помощи.

В настоящее время государство наращивает расходы на обновление основных фондов учреждений здравоохранения, увеличивает содержание по смете. В результате доля ОМС и государственных заданий в финансировании учреждений сокращается, что является движением в сторону противоположную модели оборота, которая подразумевает финансирование основных фондов из доходов, стимулирует эффективность расходов. Средства ОМС или государственных заданий подразумевают выполнение объема работ (услуг). Средства сметного финансирования таких обязательств на учреждения не возлагают. Получая новейшее оборудование,

учреждение создает искусственно очередь для оказания бесплатной помощи и предлагает конкурентоспособные платные услуги. Однако эти платные услуги не замещают государственные расходы на обновление основных фондов. В результате расходы государства растут, бесплатная помощь выдавливается платными услугами, эффективность расходов падает. Парадокс состоит в том, что насыщение отрасли средствами, действительно необходимыми ей, при сохранении существующего порядка, лишь ускорит разрушение этого порядка, возможно с катастрофическими последствиями, связанными с дефицитом бюджета, а главное окончательного разрушения зависимости между государственными расходами и предоставлением населению бесплатной медицинской помощи. Таким образом, средства, направляемые в здравоохранение, стимулируют так называемые «платные услуги», которые являются суррогатом легального оборота медицинских услуг, поскольку не включают расходы на восстановление основных фондов и прибыль, являясь демпингом, сдерживающим развитие рынка медицинских услуг. В этом смысле платные услуги играют ту же роль в сдерживании развития рынка медицинских услуг и притока частных инвестиций, что и заниженные тарифы ОМС и государственные задания, к тому же распределяющиеся строго между государственными и муниципальными учреждениями, минуя частные организации. Вместо того, чтобы привести тарифы ОМС и государственных заданий к реальному уровню, исключив сметы и прямые вложения в основные фонды, включив частные организации на конкурентной основе в число получателей этих средств, что позволит повысить эффективность расходов и снизить нагрузку на бюджет в части финансирования основных фондов, за счет увеличения доли частных организаций, вкладывающих свои средства, - государство продолжает финансировать оказание неэффективных платных услуг учреждениями, выдавливающими бесплатные услуги населению.

«Платные услуги» входят в коренное противоречие с системой и

разрушают ее сильнее всех прочих факторов, поскольку полностью приемлются врачами, стремящимися максимизировать личные блага, и стимулируются органами управления здравоохранения, в качестве способа снижения нагрузки на местный бюджет. То есть временно рост платных услуг позволяет сдерживать рост расходов бюджета на содержание учреждений по смете, однако основные фонды стареют и фактически будущие обязательства бюджета по содержанию учреждений накапливаются.

Можно согласиться с выводом А.В. Тихомирова (16, С.3) о том, что «прежнее государственное устройство здравоохранения по модели Семашко с введением обязательного медицинского страхования создало нигде более не известную бюджетно-страховую модель финансирования и замкнуло здравоохранение в единый самодостаточный финансово-производственный механизм под эгидой государства, в котором граждане как получатели медицинской помощи оказались лишним звеном».

Повсеместно в мире медицинская помощь изначально имела товарную форму, а в России понятие услуги возникло лишь в новых экономических условиях. Только в этих условиях результат медицинской деятельности приобрел форму товара. Существует три обстоятельства в системе здравоохранения, противоречащие общественному устройству современной России (16, С.3).

В отечественном здравоохранении, во-первых, не сложилось понимание сторон товарных отношений. Именно этим объясняется смешение на государственном уровне платежного института с институтом товаропроизводителей. Государство лишь оплачивает услуги, но не производит их, не состоит в товарных отношениях с гражданами.

Во-вторых, в отечественном здравоохранении не сложилось понимание содержания товарных отношений и составляющего их обмена ценностями. Тарифы ОМС не отражают реальную стоимость медицинских услуг, не являются единственным источником существования для производителей услуг – учреждений здравоохранения, не

стимулируют производство услуг, не являются отражением оборота медицинских услуг.

В-третьих, в отечественном здравоохранении не сложилось понимание хозяйствующего субъекта. Организационно-правовая форма учреждений здравоохранения является весьма ущербной в процессе осуществления самостоятельной хозяйственной деятельности в условиях оборота медицинских услуг.

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

«Задача идеологии здравоохранения состоит в том, чтобы создать равные легальные условия для развития всех его составляющих – традиционных и инновационных – в соответствии с реальными, а не нормативными потребностями общества с учетом отечественной специфики» (16, С.3).

В той мере, в какой государство оплачивает из аккумулированных налогов медицинскую помощь гражданам, здравоохранение является государственным. Следовательно, государственность здравоохранения – это оплата государством медицинской помощи гражданам за счет налогов.

При этом следует иметь в виду, что бесплатность медицинской помощи для граждан, являющаяся краеугольным камнем идеологии нашего государства в здравоохранении, гарантируется финансовыми обязательствами государства по ее оплате. Организация здравоохранения в виде государственной и муниципальной систем, разделенных по имущественному признаку, однозначно подразумевающих наличие учреждений, к гарантиям государства, по существу, не имеет никакого отношения.

Закрепление в законе государственной и муниципальной систем приводит к сохранению органов управления, которые кроме контроля подведомственных учреждений,

как в прежние времена, пытаются определять политику здравоохранения, вовлекая в сферу своего административного воздействия частные медицинские организации. Данный императив настолько силен, что рыночный институт страховых компаний, будучи включенным в систему ОМС, превратился в придаток органов управления здравоохранением. Тоже произошло с лицензированием. Рыночный институт фактически превратился в разновидность ведомственного контроля, основанного не на законе, а на подзаконных актах, нередко доставшихся в наследство от СССР.

Законодательно не разграничены функции Министерства здравоохранения и социального развития, направленные на регулирование отрасли и управление учреждениями. При этом следует иметь в виду, что управление имуществом, управление деятельностью хозяйствующих субъектов и регулирование отрасли – принципиально разные задачи.

Учреждения – это и есть отрасль. Данный тезис, напрямую не закрепленный в законе, находит фактическое подтверждение на практике. В результате ведомственное нормотворчество, как правило, непригодно для применения в отношении частных медицинских организаций, и нередко противоречит объективному или субъективному праву. Наличие государственной и муниципальной систем определяет содержание идеологии современного отечественного здравоохранения.

Идеология воспроизводства в здравоохранении должна была сформироваться прежде, чем началось безвозвратное обветшание основных фондов учреждений здравоохранения. Такое их состояние приведет к неизбежной необходимости приватизации и реорганизации владеющих ими учреждений здравоохранения. Для остальных, у которых основные фонды еще не полностью утратили ликвидность, сохраняется шанс восстановления, если здравоохранение все-таки станет адекватно идеологии воспроизводства (15).

Основное противоречие идеологии здравоохранения и общей

идеологии Российского государства состоит в том, что в здравоохранении фактически закреплено доминирование государственной собственности. Необходимо устранить деление системы здравоохранения по имущественному признаку и закрепить обязательное участие государства в здравоохранении только в качестве плательщика за оказанные медицинские услуги, чтобы доходы производителей услуг напрямую зависели от результатов деятельности.

Необходимо законодательно закрепить принцип, согласно которому государственные тарифы на медицинские услуги должны соответствовать рыночной стоимости услуг, включать возможность расширенного воспроизводства и обеспечивать мотивацию в виде возможности легальной максимизации личных благ для производителей услуг.

На этой основе попытаться сформировать «внутренний рынок» и подготовить отрасль к постепенному сокращению доли государства в имуществе производителей услуг. Эта доля не должна препятствовать функционированию отрасли на основе рыночных принципов.

Это позволит придать политике здравоохранения определенность, которой оно лишено в настоящих условиях и которая была ему присуща в советское время.

Выводы:

1. Доминирование государственной собственности в здравоохранении, противоречит идеологии существующего общественного устройства в России.

2. Сохранение здравоохранения в качестве потребителя бюджетных средств противоречит товарной организации оборота частных благ в современном российском обществе.

3. Органы управления здравоохранением олицетворяют административные принципы управления экономикой, присущие советской системе, которые противоречат идеологии регулируемой рыночной экономики на основе законов.

## 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В начале 90-х годов проблема

достижения соответствия между состоянием здравоохранения, потребностями населения и финансовыми возможностями государства сильно обострилась.

В качестве основного способа адаптации бюджетной модели здравоохранения к условиям рыночной экономики был выбран институт медицинского страхования. Тот факт, что страхование осуществляется в соответствии с подходом, при котором размер страхового взноса тем больше, чем больше страховой риск, – не был учтен.

Решить данную проблему на основе экономического механизма гражданско-правового страхования в тот момент не представлялось возможным. Во-первых, в Конституции РФ закреплено право граждан на бесплатное медицинское обслуживание. Во-вторых, граждане не обладали необходимыми ресурсами для добровольного страхования.

Обязательное медицинское страхование рассматривалось в качестве разновидности социального страхования. В таком случае каждый гражданин, независимо от его социально-экономического положения, имеет равные гарантии на получение медицинской помощи.

В соответствии с принятой Конституцией РФ ответственность за предоставление населению бесплатной медицинской помощи несут органы государственной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления.

В связи с этим основная задача обязательного медицинского страхования в России была сформулирована следующим образом – снижение нагрузки на государственный или муниципальный бюджет путем поиска средств, дополнительных к бюджетным источникам.

Таким образом, в принятой модели сочетаются бюджетное финансирование и ОМС, что позволяет ее охарактеризовать как бюджетно-страховую систему.

Различия государственных и негосударственных источников оплаты медицинской помощи гражданам в их пользу послужили основой для различения бюджетной, страховой и бюджетно-страховой моделей финансирования здравоохране-

ния. Эти модели финансирования здравоохранения нередко интерпретируются как системы здравоохранения, что неверно: сфера финансирования здравоохранения со сферой оказания медицинских услуг не смешиваемы как стороны противоположных интересов (16).

Динамику отношения к системе финансирования здравоохранения, сложившейся в РФ, можно продемонстрировать на следующих высказываниях специалистов в области экономики здравоохранения.

В процессе становления системы на нее возлагались большие надежды. Так в 1995 г. Н.А. Кравченко в своей работе (5, С.51) писал: «В Российской Федерации найдены пути становления нового экономического механизма отношений в здравоохранении, основанного на принципах самофинансирования, саморегулирования и самокупаемости, т. е. тех рычагов, которые позволяют сочетать интересы личности, отрасли и общества в целом».

Впоследствии в 1997 г. В.И. Стародубов и соавт. (10, С.120) справедливо указывал: «Сложившаяся к настоящему времени система здравоохранения финансируется по остаточному, а функционирует по затратному принципу». Следует отметить, что сегодня здравоохранение является приоритетным направлением для государства, но, к сожалению, затратный принцип по-прежнему сохраняется.

А.В. Тихомиров в 2005 г. (15, С.6) констатировал: «Потому и встал вопрос о приватизации в здравоохранении (стыдливо названной реорганизацией учреждений здравоохранения), что содержать массу ветшающего имущества в здравоохранении, а уж тем более его обновлять государству и муниципалитетам не под силу».

В соответствии с данными, предоставленными Федеральной службой государственной статистики РФ – таблица «Выпуск по видам экономической деятельности и секторам в 2006 г.» – доля отрасли «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» составила 2,7 % от общего объема выпуска. Доля сектора «Государственное управление» в отрасли «Здравоохранение и

предоставление социальных услуг» составила 77% (в 2007 г. – 80%). При этом доля сектора «Государственное управление» составила 9,7% от общего объема выпуска. Доля отрасли «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» в секторе «Государственное управление» составила 22%. Из приведенных данных можно сделать следующий вывод: доля государства в экономике в целом составляет около 10%, но в отрасли «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» – 80%, следовательно, данная отрасль преимущественно финансируется государством. При этом отрасль «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» в государственных расходах составляет – 22%, следовательно, данное направление является одним из самых приоритетных в нашем государстве.

По данным ФФОМС в 2006 г. доля ОМС в секторе «Государственное управление» в отрасли «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» составила 27 %. Отсюда следует, что значительная часть бюджетных ассигнований поступает в медицинские организации, минуя фонды ОМС (19).

В результате стимулы к эффективной деятельности на уровне медицинской организации оказываются разнонаправленными. В рамках бюджетного финансирования предпочтительной является стратегия наращивания ресурсного потенциала в силу использования в качестве финансово-образующих показателей число коек и посещений, в то время как система ОМС использует показатели, ориентирующие на конечные результаты деятельности – объемы и качество медицинской помощи.

Бюджетная составляющая системы финансирования здравоохранения имеет следующие ключевые недостатки: 1) значительная часть средств тратится на содержание органов управления здравоохранением; 2) органы управления здравоохранением завышают стоимость покупки основных фондов и сдают в аренду помещения; 3) отсутствует механизм оптимизации структуры и состава основных фондов, в том числе их наращивания, на основе



результатов оказания медицинских услуг хозяйствующим субъектом.

В рамках бюджетного финансирования предлагаются методики распределения средств на покупку оборудования. В качестве критериев результативности (эффективности) используются следующие показатели: мощность поликлиники (количество посещений в смену), уровень материально-технической базы (оснащенность оборудованием), квалификация медицинского персонала, объем льготного протезирования, оказание платных медицинских услуг (6, С.35). На наш взгляд, такой подход будет стимулировать оказание платных услуг. В целом же, чем больше обеспеченность учреждения, тем больше оно получит средств и круг замкнется.

Для системы ОМС не сформирован механизм эффективного расходования средств. Основным инструментом управления в системе ОМС является принятие нормативов и положений, предусматривающих обязанность страховщиков выбирать медицинские организации, предоставляющие медицинскую помощь, в которых оптимально сочетаются критерии цены и качества. Данный механизм не работает.

Многими специалистами предлагается «одноканальное» финансирование, например, через фонды ОМС за оказанные медицинские услуги. Использование ОМС для одноканального финансирования оправдано. Однако, при этом следует пересмотреть структуру, величину и механизм установления тарифов.

Структура расходов ОМС в 2006 г. была следующая (19, С.3): «на оплату труда (с начислениями) - 71,4% (в 2005 г. - 66,6%), на медикаменты и перевязочные средства - 18,3% (в 2005 г. - 20,6%), на продукты питания - 4,8% (в 2005 г. - 5,5%), на приобретение мягкого инвентаря - 0,7% (в 2005 г. - 0,9%)». Отсюда можно сделать вывод о том, что тарифы ОМС не включают суммы для восстановления основных средств (зданий и оборудования). Включение в тариф сумм для восстановления основных средств, а тем более для их наращивания затруднено. Во-первых, амортиза-

ция у разных учреждений различна; во-вторых, амортизация не может служить однозначным ориентиром, поскольку в результате инфляции цена новых объектов всегда выше первоначальной цены старых; в-третьих, для расширенного воспроизводства недостаточно только восстановления основных фондов, их необходимо наращивать за счет прибыли. Несмотря на указанные трудности в тариф необходимо включить амортизацию и прибыль, а хозяйствующим субъектам должна быть предоставлена возможность для управления основными фондами.

Отсюда возникает потребность в пересмотре механизма образования тарифов. Создавать суррогатный «внутренний рынок», на основе тарификации стоимости процедур не эффективно (сложно установить тариф, планировать, администрировать и сдерживать объем выплат). По нашему мнению, целесообразно рассмотреть возможность перехода на подушевой тариф с учетом опыта Великобритании, предоставить возможность кредитования хозяйствующих субъектов для приобретения основных фондов.

В случае с подушевым тарифом можно будет отказаться от услуг страховых компаний, которые сейчас администрируют выплаты из фондов ОМС, и сократить аппарат фондов ОМС.

Существует альтернативный подход, направленный на улучшение бюджетно-страховой системы. Согласно данному подходу денежные доходы, возникшие в результате осуществления предпринимательской деятельности посредством оказания платных услуг, находящиеся в распоряжении учреждения здравоохранения, предназначены для выполнения государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в рамках программ ОМС (6, С.16). С такой постановкой вопроса нельзя согласиться.

В результате проведенного исследования (6, С.37), делается вывод о том, что на практике пациенты в большинстве случаев оплачивают медицинские услуги, тем самым фактически принимая участие в софинансировании расходов на

здравоохранение, поэтому существует необходимость легализации данного подхода. На наш взгляд, пациентов принуждают к оплате недобросовестные медики, которых государство должно привлечь к ответственности. Легализация в данном случае будет означать поступление средств на счет учреждения здравоохранения, налогообложение и т.п., что не устроит конкретного врача, кладущего деньги в свой карман.

Предлагаются следующие размеры соплатежей, например, для амбулаторно-поликлинической помощи: 1) при наличии полиса ОМС данного региона в пределах от 25% до 50%; 2) полис ОМС другого региона – оплата 80% стоимости вызова. За рубежом соплатежи применяются для сокращения «неоправданных» обращений граждан за медицинскими услугами. Однако эти платежи играют психологическую роль, составляют незначительный процент от стоимости и не замещают средства государства.

Второй вариант (6, С.39) – это участие граждан в программах обязательного личного медицинского страхования. Отчисления граждан с дохода будут являться взносами по обязательному личному медицинскому страхованию граждан. Взносы в обязательном порядке должны иметь персонифицированный характер. По аналогии с Пенсионным фондом каждый сотрудник должен иметь в ТФОМС собственный лицевой счет, на котором накапливаются его денежные средства в виде взносов. При наступлении страхового случая, когда у гражданина возникает необходимость расходов на восстановление своего здоровья, у него должна быть возможность оплатить услуги медицинскому учреждению. На наш взгляд, такой подход, страхованием не является, поскольку застрахованный гражданин сможет потратить ровно столько, сколько он накопил на своем счете.

Для привлечения негосударственного сектора здравоохранения в выполнение программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи предлагается механизм (6, С.43), в котором экспертная комис-

сия, состоящая из представителей органов управления здравоохранением, предоставляет страховым компаниям перечень ЛПУ, получивших право участия в реализации территориальной программы государственных гарантий. На наш взгляд, решение вопросов по усмотрению чиновников стимулирует коррупцию.

В настоящее время можно сделать вывод о том, что финансирование здравоохранения организовано таким образом, что до практического звена средства доходят по остаточному принципу, осваиваясь – в том числе, в порядке коррупции – на уровнях здравоохранительной бюрократии. В такой ситуации тезис о том, что одной из важнейших задач на данном этапе является повышение доли средств, направляемых на финансирование здравоохранения до 6-7% ВВП, не оправдан. Это приведет к увеличению неэффективно потраченных государственных ресурсов.

Выводы:

1. Потребление бюджетных средств в сфере здравоохранения вместо воспроизводства на основе товарообмена приводит к неэффективному использованию общественных ресурсов, к высокой доле накладных расходов, включая содержание органов управления здравоохранением, посреднических страховых компаний, взяточничество и коррупцию.

2. Увеличение доли здравоохранения в ВВП, за счет роста потребления бюджетных средств, не окажет существенного влияния на развитие здравоохранения. Рост бюджетных расходов будет стимулировать неэффективность системы и приведет к росту коррупции, а в последствии к развалу отрасли.

3. Сохранение бюджетного принципа финансирования, основанного на государственной и муниципальной собственности, не позволит здравоохранению развиваться и интегрироваться в существующие в обществе товарные отношения.

(продолжение следует)

#### Использованные источники:

1. Алдаров А.Т., Егоркина Т.Н., Воробьев А.И. Информационное обеспечение обязательного медицинского страхования // Экономика здравоохранения - 1996. - № 6-7. - С. 48-50.

2. Васильцова Л.И. Теоретико-методологические и прикладные аспекты организационно-экономической парадигмы развития муниципального здравоохранения: Автореф. дисс. ... докт. экон. наук. – Екатеринбург, 2005.

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. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Современное состояние организации отечественного здравоохранения // Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.23-29.

5. Кравченко Н.А. Анализ финансового обеспечения населения РФ средствами ОМС и бюджета здравоохранения в 1995 г. В кн.: Здоровье населения России и здравоохранение - М., 1997. – Ч. II. – С.51-55.

6. Левкевич М.М. Финансовое планирование и финансирование сферы здравоохранения: теория и методология исследования: Автореф. дисс. ... докт. экон. наук. – Орел, 2008.

7. Новокрещенов И.В., Захаров И.А., Захарова Е.А. и др. Основные механизмы обеспечения прав пациентов (застрахованных) при оказании медицинской помощи // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. - 1998. - № 1. - С.70-73.

8. Олесов А.Е. Методологические основы управления социально-экономической эффективностью подсистем государственного здравоохранения: Автореф. дисс. ... докт. экон. наук. – СПб., 2009.

9. Печникова О.Г. Организационно-правовые основы деятельности государственных лечебно-профилактических учреждений в России (историко-правовое

исследование): Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. – М., 2007.

10. Стародубов В.И., Апазов А.Д., Денисов Г.А., Караулов А.В. Неправительственный экологический фонд В.И.Вернадского. Россия – стратегия развития в XXI веке // Здоровье населения России и здравоохранение М., 1997. – Ч. II. – с.120-140.

11. Стародубов В.И., Ковалевская О.Г., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Позиционирование в хозяйственном обороте учреждений здравоохранения их руководителями. // Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 2. - С.34-41.

12. Стародубов В.И., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Место учреждений здравоохранения в хозяйственном обороте в представлениях юристов. // Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 4. - С.4-10

13. Стародубов В.И., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Позиционирование в хозяйственном обороте частных медицинских организаций их руководителями. // Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 1. - С.33-38.

14. Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Значение договора об оказании медицинских услуг в представлениях юристов. // Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 2. - С.32-37.

15. Тихомиров А.В. Отправные начала идеологии реформирования здравоохранения // Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 1. - с.3-8.

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

17. Тихомиров А.В. Управление учреждениями здравоохранения в отношениях собственности // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2003.

18. Тихомиров А.В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. – М.: ЮриИнфоЗдрав, 2007. – 234 с.; Тихомиров А.В. Концепция социально-ориентированной модернизации здравоохранения: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М.: 2008.

19. Федеральный фонд ОМС проанализировал работу системы // Газета Медицинский вестник. – 2007. - № 36 (421).

Чтобы затронуть часть тех проблем, которые в настоящее время существуют в российской системе здравоохранения в общем и в Ярославской области в частности, считаю нужным изложить свое видение ситуации и еще раз обратить внимание руководителей здравоохранения, главных врачей государственных и муниципальных медицинских учреждений, директоров частных медицинских центров - всего врачебного сообщества на те сложности, которые, уверен, хорошо известны и касаются каждого. Большая их часть досталась нам по наследству от прежнего общественно-политического строя России, исключавшего частную собственность. Но и на сегодняшний день ситуация крайне противоречива: ФЗ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 года декларирует наличие в стране трех ветвей системы здравоохранения – государственной, муниципальной и частной, а Конституция РФ, в статье 41 провозглашает необходимость принятия мер для их развития. Несмотря на это, проблема взаимодействия представителей государственных органов и частной системы здравоохранения остается крайне острой и потому – актуальной. Тому есть свои причины.

Медицинская деятельность в нашей стране, пожалуй, один из самых «зарегулированных» видов бизнеса. Здесь жесткие требования к нормам:

- пожарной безопасности;
- санитарно-эпидемиологического режима;
- хранению лекарственных средств;
- сертификации персонала, оборудования и технологий;
- качества оказания медицинской помощи и т.д.,

что дает широкое поле для всяческих злоупотреблений, как то – административные препоны и барьеры в работе, поборы с участников данного вида деятельности.

Кроме того, руководители частных медицинских центров зачастую страдают от элементарного незна-

# РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Представлено видение состояния здравоохранения и пути его дальнейшего развития представителем региональной некоммерческой организации, объединяющей частную медицину

Ключевые слова: медицинская деятельность, некоммерческое партнерство, саморегулирование

ния новелл федерального законодательства, нормативных правовых актов региональных органов исполнительной власти, а так же от практики применения «двойных стандартов» при проведении лицензирования и осуществления контроля за деятельностью со стороны государственных структур.

Но наиболее значительной из всего круга существующих проблем остается разобщенность субъектов частной медицины.

Сталкиваясь с далеко не всегда эффективной работой государственной медицины, частным центрам в буквальном смысле слова приходится вести борьбу за «выживание». К сожалению, среди самих участников существует внутренняя

жесткая конкуренция за каждого клиента, которая, при недобросовестном подходе, сводится к стремлению «выкачать» как можно больше денежных средств из пациента, произведя при этом минимальные затраты. Зачастую, несмотря на близкое территориальное расположение, медицинские центры ничего не знают о работе соседей-коллег, не видят или не хотят видеть возможности объединения для совместного продвижения на рынке.

Еще одна насущная проблема современной отечественной медицины - это вопрос взаимодействия и преемственности в работе врачей разных ветвей системы здравоохранения. Ни для кого не секрет, что наиболее квалифицирован-

ные и востребованные специалисты вынуждены совмещать работу в государственных медицинских учреждениях с работой в частных центрах для того, чтобы обеспечить нормальный уровень жизни себе и своей семье. Сколько бы не велось разговоров на высшем политическом уровне нашей страны о необходимости повышения заработной платы врачей и медицинских работников, она по-прежнему остается очень низкой.

получат право на свободный доступ к системе здравоохранения и смогут претендовать на получение высококвалифицированной медицинской помощи независимо от места жительства.

Вместе с тем, многие специалисты отмечают одну социальную тенденцию - усиление дискриминации в доступе к медицинским услугам, которое особенно остро ощущается жителями сельской местности и небольших районных поселений. В

заинтересованных лиц.

Таким образом, встает вопрос: с кем вести диалог государству? Договориться с каждым представителем малого бизнеса в отдельности - задача практически нереализуемая. В данном случае необходим субъект, способный ориентироваться в насущных проблемах своей отрасли, знающий потенциал участников рынка, уполномоченный принимать решения, обязательные для иных субъектов медицинского бизнеса. Таким может быть основанная на членстве корпоративная структура, в которой представлены субъекты медицинского бизнеса и которая является их представителем перед обществом и государством, выражая их интересы вовне - не она диктует свою волю своим членам, а ее члены через нее изъясляют свою волю, прежде всего, в отношении самих себя. Таким было задумано некоммерческое партнерство по поддержке и защите интересов негосударственных медицинских организаций, которое объединило в ноябре 2009 года часть медицинских центров Ярославской области. Главной его целью является оказание содействия в развитии предпринимательства в сфере медицинской деятельности. За истекшие 6 месяцев существования НП его членами стали 18 субъектов малого медицинского бизнеса Ярославской области.

В процессе организации члены управления НП столкнулись с проблемой отсутствия реестра действующих частных медицинских центров, нежеланием со стороны некоторых руководителей совместными усилиями решать вопросы сосуществования на рынке, непониманием того, что только добросовестная конкуренция, основанная на началах взаимопомощи и поддержки, позволит занять устойчивую позицию и свою нишу на рынке данных услуг, несмотря на появление новых предпринимателей.

Полагаю, что медицинское бизнес-сообщество должно сплотиться и объединить свои усилия не столько для защиты прав пациентов или выполнения функций государства, сколько для обеспечения своих собственных интересов перед государством. И как показывает прак-

**Сегодня презюмируется и широко пропагандируется принцип бесплатного, равного, всеобщего доступа населения к медицинским услугам.**

Нередко при обращении пациента в государственное или муниципальное медицинское учреждение с направлением на проведение необходимого исследования или рекомендациями по лечению из частного медицинского центра, они слышат в ответ: «Где платили деньги - туда и идите!». Не является секретом и существующая система скрытых поборов с пациента за те услуги, которые предусмотрены территориальной программой оказания бесплатной медицинской помощи населению. Приходится мириться и с квотами на исследования, и с искусственно созданными очередями. По данным опроса, проведенного ВЦИОМ в 2008 году, 52% опрошенных признались, что давали деньги и подарки медицинским работникам, и, полагаю, ситуация с того времени не улучшилась.

Сегодня презюмируется и широко пропагандируется принцип бесплатного, равного, всеобщего доступа населения к медицинским услугам. Так, по словам министра здравоохранения и социального развития РФ Татьяны Голиковой до 2013 года в стране планируется провести ремонт помещений и переоснащение оборудованием 80% медучреждений. При этом полис обязательного медицинского страхования станет электронным и начнет действовать на всей территории России. Это означает, что все категории граждан

качестве основных факторов, оказывающих влияние на указанное негативное явление, оказываются малая осведомленность пациентов о возможностях (внедренных технологиях) современной медицины, которые предоставляются государственными и частными клиниками, длительное время ожидания приема при посещении специалиста, низкое качество обслуживания, некомпетентность врачей, сложности с записью на прием и т.д. И это не преувеличение - это реальность, подтвержденная данными социологического опроса: так 35% респондентов сослались в своем интервью на вышеназванные проблемы.

В то же время нельзя не отметить, что государство заинтересовано в конструктивном диалоге с представителями медицинского бизнеса. Последние, в свою очередь, надеются на постоянную поддержку и информационное обеспечение со стороны государственной власти. Поэтому вполне закономерно, что за последний год неоднократно поднималась тема реанимации института государственно-частного партнерства в системе здравоохранения как механизма, способного качественно изменить уровень эффективности использования ресурсов, как организационных, так и управленческих. Но волевого решения чиновника будет недостаточно - необходимо полноценное сотрудничество всех

тика значительно проще добиться этого объединенными силами.

Представляя интересы субъектов частной ветви здравоохранения как активной части медицинского сообщества, наше НП приняло активное участие в подготовительной работе по созданию общероссийского союза региональных объединений частной системы здравоохранения, основной целью которого является содействие развитию рынка медицинских услуг в РФ и становление института саморегулирования в медицине по предпринимательскому типу, переход к саморегулированию в медицинской деятельности.

Членами общероссийского союза могут быть региональные некоммерческие объединения субъектов частной системы здравоохранения, основной задачей которых будет определение на региональном уровне спектра проблем, создающих препятствия для эффективной предпринимательской деятельности своих членов, проведение комплексного анализа и обобщения результатов деятельности, а также оказания медицинских услуг. Эти материалы позволят донести проблемы регионов до законодательной и исполнительной власти РФ, что практически невозможно при существующей системе взаимодействия.

Несмотря на незначительный срок своего существования, союз уже помогает руководителям частной медицины. Положительные стороны общения можно проиллюстрировать на простом примере. В рамках организации деятельности ярославского некоммерческого партнерства, я встречался с директорами медицинских центров нашей области, что бы узнать их насущные проблемы и пожелания, была озвучена и проблема досрочного пенсионного обеспечения медицинских работников частных центров. Во время общения с руководителями некоммерческих партнерств из других регионов стало известно, что эта проблема успешно решена в соседнем регионе, и мы можем использовать их опыт в своей работе.

Объединение частной медицины неизбежно ведет к необходимости выработать требования к осуществлению деятельности на рынке медицинских услуг, что станет основой для дальнейшего перехода к саморегулированию.

Важно отметить, что саморегулирование и добросовестная конкуренция возможны только тогда и там, где есть единые и общие для всех правила ведения бизнеса. В противном случае единообразия не получится. Поэтому вопрос о соз-

дании общности и является отправной точкой к объединению медицинского предпринимательства. Это не значит, что конкуренция должна исчезнуть вовсе, но, в погоне за собственными выгодами, необходимо помнить, что у нас есть общие интересы, что и позволит нам объединить усилия путем консолидации сил и создания партнерства.

Переход к саморегулированию будет стимулировать создание и утверждение регламентов безопасности вместо существующих ныне стандартов качества оказания медицинской помощи. Это станет еще одним преимуществом, позволяющим предотвратить распространение платёжных стандартов на профессиональные технологии. Внедрение в практику единых норм предпринимательской деятельности, этического кодекса позволит более полно контролировать качество и безопасность оказания медицинских услуг. В этом заинтересованы в первую очередь руководители частных центров, поскольку это избавит рынок от недобросовестных конкурентов, ставящих своей целью получение прибыли любой ценой. В итоге – все это позволит наладить цивилизованный и конструктивный диалог между властью, бизнесом, гражданином - пациентом.

Создана **Федерация медицинских бизнес-экспертов**. Ее руководителем избран **Сергей Владимирович Лазарев**.

Целью новой организации, созданной в форме Некоммерческого партнерства, является научно-организационное обеспечение условий для удовлетворения потребностей общества и государства в экспертной оценке состояния медицинского рынка, медицинского бизнеса и менеджмента медицинских организаций.

Распоряжением Министерства юстиции Российской Федерации признаны **независимыми экспертами**, уполномоченными на проведение экспертизы на коррупциогенность, и получили свидетельства об аккредитации в этом качестве **Д.А.Борисов, С.В.Лазарев и А.В.Тихомиров**.

Объектами такой экспертизы являются законопроекты и проекты нормативно-правовых и нормативных актов исполнительной власти.

В сфере охраны здоровья экспертизе на коррупциогенность подвергнутся прежде всего акты отраслевого ведомства.



**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 Жангазиевич**, ректор НОУ ВПО СПб МИЭП, кандидат юридических наук, профессор  
Координаты для связи:  
194044, г. Санкт-Петербург ул. Смольцова 14/1E-mail: lov63@inbox.ru



**Комаров Георгий Алексеевич**, зав. кафедрой управления государственным и муниципальным здравоохранением МАГМУ, Заслуженный врач Российской Федерации, д.м.н., профессор, член-корр. РАЕН.  
Координаты для связи:  
123182 Москва, ул. Авиационная 13, кв. 14;  
Тел. (495) 490-45-54, 8-917-507-49-40; E-mail: komarovga@yandex.ru



**Коротаев Сергей Геннадьевич**, Исполнительный директор Некоммерческого партнерства по поддержке и защите интересов негосударственных медицинских организаций, г. Ярославль.  
Координаты для связи:  
doktoro@rambler.ru,  
(4852) 727-557



**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



**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](mailto: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)

**Баринев Евгений Христофорович** - доцент кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ, к.м.н. (г. Москва).

**Борисов Дмитрий Александрович**, генеральный директор ООО «Компания «Реднор», к.э.н.

**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.