

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ:

01/2011

ХОЗЯЙСТВО И ПРАВО

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЗОР

А.С.Акопян ОТ ГОСУДАРСТВЕННО-ОЛИГАРХИЧЕСКОГО КАПИТАЛИЗМА К СОЦИАЛЬНОЙ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКЕ	2
А.В.Тихомиров СОЦИАЛЬНО-ПОЛИТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ И ПРАВОВЫЕ ПУТИ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ	9
А.В.Панов, А.А.Карпенко РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЕЛИКОБРИТАНИИ	18
А.В.Тихомиров БЮДЖЕТНАЯ (ФИНАНСОВАЯ) ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	26
С.А.Мамонтов, А.В.Тихомиров ПРОБЛЕМЫ РОССИЙСКОГО МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА	36

ИТОГИ ГОДА

О.В.Родин, А.В.Тихомиров ПРИМЕР ИСКОВОГО ЗАЯВЛЕНИЯ В РАЗЛИЧИЯХ ПРАВОВОГО НАПОЛНЕНИЯ	46
--	----

ОБЗОР ДИССЕРТАЦИЙ

Сафонов Владимир Николаевич. Становление и развитие социально-экономических прав граждан в США	49
Калинин Алексей Юрьевич Правообразование в России: понятийно-категориальный и структурно-функциональный состав (историко-теоретическое исследование)	51

В следующих номерах:

Социальное предпринимательство

Экономика права в здравоохранении

Оценка медицинской услуги

Влияние партий на социальную сферу

Безопасность пациентов

Как демонстрирует многолетняя отечественная традиция финансового администрирования, бюджет здравоохранения, формируемый по медико-демографическим показателям может быть весьма манипулируемой величиной при любых показателях общественного здоровья.

Несмотря на многолетние разговоры о крайней недофинансированности охраны здоровья, Россия вкладывает в медицину приблизительно столько же, сколько и другие страны со сходным ВВП на душу населения. Половину из этих денег составляют личные средства граждан. Но при вполне нормальных затратах поражают малые медико-демографические результаты даже на фоне жителей постсоветских территорий. К тому же анализ показывает практическое отсутствие связи между объемом и характером финансирования здравоохранения регионов и основными показателями продолжительности жизни, смертности и здоровья жителей территорий [Доклад о развитии..., 2009; Human mortality database..., 2007].

При этом уменьшается эффективность деятельности государственной системы здравоохранения по своему прямому назначению. Платные медицинские услуги и неформальные платежи в государственных учреждениях здравоохранения стали нормой. Многие виды медицинской помощи недоступны для людей с низкими доходами, не имеющих перспектив изменения своего положения в лучшую сторону и шансов выбраться из застойной бедности.

Пролетаризированность российского общества, в том числе «новых бедных», составляющих существенную часть работников т.н. производственной сферы обусловлена структурой собственности, сложившейся в России 2000-х гг. Ее основной характеристикой является монополия государственной и крупной частной собственности, определяющая характер гражданского (частного) экономического оборота. При этом, если в производ-

ОТ ГОСУДАРСТВЕННО- ОЛИГАРХИЧЕСКОГО КАПИТАЛИЗМА К СОЦИАЛЬНОЙ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКЕ

Отказ от системы оперативного управления – единственная возможность десталинизации здравоохранения

Ключевые слова: учреждения

здравоохранения, реформа здравоохранения, десталинизация

ственной сфере произошли революционные по сути изменения форм собственности и организационно-правовых форм организаций, то в социальной сфере к монопольной собственности государства, существующей и живущей своей жизнью в виде феномена «учреждений», было прирезано право извлечения прибыли «из всех источников, не запрещенных законодательством РФ» в пределах уставной деятельности. Мотивировалось это, наряду с постоянным расширением до неограниченных прав руководителей – целью спасения учреждений в условиях масштабного социально-экономического трансформационного кризиса и попытки новой

институционализации.

Учреждение – основная форма организации нашей деловой культуры. В России даже партии и общественные организации, не говоря об остальных, по сути своей являются учреждениями. Борьба личностей и ведомств в подавляющем большинстве случаев предстает перед обществом в виде борьбы учреждений. Учреждение – уникальный инструмент слияния «Я» руководителя с «мы»-родиной (партией, государством) и возможностью полной идентификации себя и учреждения. По закону и представителю учреждение – это и есть его руководитель – лицо, принимающее решение (ЛПР). В совет-

ской истории учреждения отлично зарекомендовали себя в качестве формы и способа достижения высокой административной лояльности и до сих пор с успехом выполняют эту функцию.

Во всеобъемлющей системе государственных учреждений России каждое из них дополнительно придало себе права юридического лица и право на предпринимательскую деятельность. Этим была реализована идеальная для личных целей бюрократии «лжегосударственная форма существования частного (частно-бюрократического) капитала» [Гайдар, 2009, с.323; Ларин, 1993]. Условием «паразитического империализма» бюрократии является неопределенность отношений собственности, неизбежно приводящая к росту административного аппарата и увеличению нагрузки на бюджет.

Сегодня по-прежнему основной институт государственного и муниципального здравоохранения является т.н. оперативное управление учреждением и его имуществом, осуществляемое административно уполномоченными лицами. Большевикско-сталинское по происхождению, оставшееся в наследство от времен «военного коммунизма» ограниченное вещное право оперативного управления лежит в основе прав владения, пользования, извлечения прибыли и административной ренты из управления объектами государственной собственности. Этот тип управления, делегированный руководителю, характеризуется всеобъемлющим, недифференцированным, неопределенным, неограниченным наполнением, позволяющим реализовывать волю «верховного» собственника в условиях административно-командной системы управления социальной сферой при полной, по сути крепостной зависимости работников, включая руководителей учреждений, административно управляемых «страхом оказаться на улице и сдохнуть под забором» [Акопян, 2003].

Руководитель учреждения сегодня по закону не является ни государственным служащим, на которого распространяются соответствующие ограничения и льготы, ни предпри-

нимателем, т.к. находится в прямой административной зависимости от вышестоящего представителя собственника – органа управления здравоохранением. Его положение и требования к нему в большей степени описывается понятием «эффективный менеджер», «слуга государства», балансодержатель (ГК РФ, кстати, такого понятия не содержит). Руководителям учреждений сегодня отведена роль доверенных «приказчиков», имеющих возможности дополнительных заработков, связанных с административной рентой и находящихся под угрозой их потери, в том числе по обстоятельствам, никак не связанным с результатом их деятельности. Большая правовая защищенность – в интересах элиты отрасли – модернизационно настроенной части корпуса главных врачей и директоров. В условиях экономических приоритетов деятельности отказ от малоэффективного административного управления коллективами в пользу экономических и доверительных форм и методов управления, веками сопровождавших врачебную деятельность, становится неизбежным. Роль институциональной ловушки, создающей эффект «блокировки», здесь играет как раз система оперативного управления имуществом учреждения.

В итоге незавершенных, хаотичных реформ платежного меха-

коррупция в этих условиях – часть общей институциональной системы. Это полноценная организационная (деловая) культура системы «власть-собственность», с многовековой историей, неизбежное производное от централизованной экономики и монополизации собственности, компенсаторный неформальный институт реализации правомочий в условиях неопределенности.

Невозможность осуществления искомым инноваций и инвестиций в здравоохранении предопределена инфраструктурой и монополизированным имущественным комплексом отрасли, находящимся в коллективной собственности бюрократии в виде формально государственного имущества, задействованного в гражданском обороте. В новых обстоятельствах институт учреждений, расширивший свои права и возможности привлечения средств, оказался идеальным местом реализации институциональной формулы «коррупция = монополизм + произвол – ответственность», тем более, в условиях информационной закрытости.

Необходимо признать, что в силу видовых, природных особенностей человеческой личности сочетание властных и хозяйственных полномочий (система «власть-собственность») – это всегда коррупция, носящая «естественный» характер. По аналогии эволюции

Сегодня по-прежнему основой институтов государственного и муниципального здравоохранения является т.н. оперативное управление учреждением и его имуществом, осуществляемое административно уполномоченными лицами.

низма, мало затронувших институциональную основу социальной сферы в целом и здравоохранения в частности, вместо модернизации Россия встала на путь новой институционализации системы «власть-собственность» (социализм – государственный олигархический капитализм = азиатский способ производства), определяющий распределение власти не по полномочиям, а по объектам контроля [Явлинский, 2007, С.28]. Системная

экосистем и развития экономики в природе имеется огромное количество видов-экологических эквивалентов, т.е. таких, которые заняв сходные ниши в разных экосистемах, приобретают внешнее сходство, несмотря на отсутствие близкого родства (принцип смены функции органов эволюции) [Гринин, Марков, Коротаев, 2009]. Известно, что когда целью государственной бюрократии становится извлечение прибыли, каркас бюрократической

системы неизбежно становится кар-кассом системы мафиозной, а власть обретает черты организованного преступного сообщества. Чиновник всегда потенциально более криминогенен, чем предприниматель, поскольку может обогатиться только бесчестно [Гайдар, 2009; Зорькин, 2010].

Процесс десталинизации, которому планируется посвятить один из ближайших Госсоветов, – не только преодоление пережитков тоталита-

готовы или неспособны подчиняться этим «нормам», как правило, системой отторгаются. Противостоять же обстоятельствам в условиях принудительных типов индоктринации могут еще меньше – 1-2% людей («эффект Люцифера», у нас более известный как «эффект Зимбардо») [Зимбардо, 2000].

Система оперативного управления – базовый элемент сталинизма – инструмент системы давления на людей, делающих их сервильны-

Эти отношения регулируются институтами – сложившимися нормами и правилами системы управления государством и обществом³. Институциональный подход сближается с близким нам социокультурно политэкономическим (экономсоциологическим) и пытается учитывать антропологические, психологические, эволюционные, социокультурные и биосоциальные аргументы, влияющие на реальное поведение человека. Человек чрезвычайно чувствителен к действию институтов, основой которых в человеческом обществе является собственность. Система – (термин, часто употребляемый по делу и без дела) – это порядки и правила управления, основанные на характере распределения собственности. В теоретической основе социальной экономики собственность, подвергнутая индивидуализации, выступает в качестве эквивалента личности. Неинституциональный экономический подход, учитывая происхождение постсоциалистической собственности, рассматривает ее индивидуализацию не как способ обладания какой-то частью имущества, а в качестве правовой категории гражданских и профессиональных – социальных прав личности.

Актуальной задачей институциональных преобразований в здравоохранении в направлении социально-рыночной трансформации является создание адекватного общественным представлениям справедливости режима собственности с соответствующими ограничениями и изъятиями, обеспечивающим предоставление гарантированных и оплаченных государством медицинских услуг.

Поставленным задачам соответствуют предложения А.В.Тихомирова и его соавторов, представленные в большом количестве публикаций, в том числе на страницах журнала «Главный врач: хозяйство и право» [Иванов, 2007; Тихомиров, 2007].

Концепция Тихомирова предлагает юридико-организационный механизм осуществления социально-ориентированной модернизации

Актуальной задачей институциональных преобразований в здравоохранении в направлении социально-рыночной трансформации является создание адекватного общественным представлениям справедливости режима собственности с соответствующими ограничениями и изъятиями, обеспечивающим предоставление гарантированных и оплаченных государством медицинских услуг.

ризма в общественном сознании, но и, – в качестве абсолютно необходимой меры, – в институтах, определяющих характер современных общественных отношений. Вертикализация, присущая оперативному управлению, являющаяся его родовой функцией, неизбежно вызывает к жизни феномен самоцентризма. Последний, будучи инструментом власти и связанной с ней экономики – определяет и закрепляет ригидный, демотивирующий стиль административного управления учреждениями, гасящий энергетику организаций, попытки инновационной деятельности и локальных модернизаций. Примитивность административных отношений компенсируется их психологической сложностью в качестве ответа на распределение собственности и прав, связанных с ней¹.

В результате социально-генетического отбора в современных популяциях лишь несколько процентов людей при возможности безраздельного господства над себе подобными в условиях анонимности, группового давления, рассеивания личной ответственности способны сохранять самоконтроль и самокритичность. Госслужащие и должностные лица, которые не

ми, послушными, управляемыми, в общем «ручными», противостоящий возможностям формирования свободной и самостоятельной личности. Как раз той, отсутствие которой заявляется предметом деятельности и озабоченности верховной власти.

Европейское определение прав человека в России официально закреплено принятой в 1991 году Декларацией прав и свобод человека, которая прямо определяет доминирующее место этого искомого человека в системе ценностей общественного развития.

В основе человеческой цивилизации (оргцивилизации)² лежат различия в доступе к владению, пользованию и распоряжению имуществом. Именно личная собственность человека – его жизнь обеспечивает верховенство права собственности, невозможность поглотить его окончательно [Аринин, 2002]. Там, где нет собственности, там, в принципе невозможны свобода, право, равенство, свободный человек, независимая личность [Нерсесянц, 2000]. Социальные, общественные отношения – это отношения собственности, количество которой всегда ограничено.

² Оргцивилизация (3-я природа) – создается людьми. Определяет отношения людей к объектам 1-ой (земля, воздух, вода, недра) и 2-ой природы (города, техника, инфраструктура, предметная среда и т.д.). Процесс извлечения и обмена ограниченными ресурсами происходит в условиях отсутствия «абсолютной полноты блага» [Пригожин, 2007].

¹ В современной экономической литературе одно из определений собственности: – это система отношений между людьми, характеризующая форму присвоения благ, в первую очередь – факторов производства.

³ Любое соглашение между агентом рынка и стороной, устанавливающей правила игры (институты) автоматически снижает возможность других агентов – участников рынка.

здравоохранения в рамках действующих границ и эволюции российского права.

Государственное регулирование имущественных отношений для вида деятельности с непосредственным социальным результатом осуществляется путем публично-правовой оптимизации арендных ставок (вплоть до символических «копеечных» аренд), ранжированных по режимам собственности и видам деятельности, налоговых освобождений, что особенно важно на уровне амбулаторного звена муниципального здравоохранения. Фондирование, демпфирование для субъектов медицинской деятельности могут составить основу инновационного механизма, направленного на ресурсосбережение. Государство здесь выступает в качестве полноправного субъекта рыночных отношений, имеющего собственные специфические интересы по оплате медицинских услуг, оказываемых в рамках госгарантий и, не мучаясь вопросом своего присутствия в экономике здравоохранения, - в корне меняя вид и характер своего участия [Клейнер, 2007].

Естественно, что обязательства государства в сфере охраны здоровья должны быть законодательно закреплены по приоритетности, госгарантиям, финансовым обязательствам в доле ВВП, освобождению от налогов, предоставлению специальных арендных ставок, упрочению материально-технической базы отрасли и поддержке негосударственных медицинских организаций, мерам социальной защиты медработников, правовых механизмов, ограничивающих возможности административной конкуренции за «территории и ресурсы», стимулирующих рыночную конкуренцию за потребителя.

Сегодня незавершенная попытка реформирования здравоохранения по неоллиберальной модели ограничилась неосновательным и несправедливым искусственным разделением отрасли по имущественному признаку – форме собственности, а не по виду деятельности, объемам реализуемой продукции, обременениям по видам деятельности, т.е. режиму собственности, как следовало бы. Ранее единая система

здравоохранения поделилась на «свое» (государственное и муниципальное) и «чужое» (частное). Вместо различия коммерческой и некоммерческой медицины появилось противопоставление частной и публичной (государственной и муниципальной) собственности в здравоохранении. При этом частная система никаких законных прав на использование специализированной базы здравоохранения не получила, системой стать не могла, сегодня «дышит на ладан», постепенно деградируя и существуя в связи с невозможностью применить имущество медицинского назначения в другом виде деятельности. Выведенное из ранее арендованных площадей, оно превращается просто в хлам.

Возможности развития деятельностного подхода, в основе которого лежит центральное положение пациента и врача в пространстве горизонтальных, «сетевых» структур саморегулирования и корпоративного управления также оказываются ограниченными, блокированными институтом учреждений [Государственно-общественное управление..., 2004]. В свою очередь это блокирует и возрождение основополагающего принципа профессиональной автономии врача, и этически связанных с ним сострадания и компетенции, востребованных обществом наряду с его личной

ранения не превышает 16 %. Более 80 % ВВП формируют медицинские услуги, практическая деятельность которых нуждается в полноценной институциональной трансформации на основе правового закона, формального равенства, (юридически равной меры) справедливости (судебно-правовой, а не уравнилельно-социальной). Именно это должно быть предметом институциональной модернизации, а не показательным, как сегодня, распределением бюджетных средств по направлениям.

Заявленная приоритетом государственной социальной политики модернизация здравоохранения носит сугубо технологический характер, осуществляется в режиме «ручного управления» путем государственного финансирования органов управления и учреждений. В целом сегодня т.н. технологическая модернизация здравоохранения носит волюнтаристский характер. Инвестиции осуществляются в неререформированную отрасль, представленную лжегосударственной формой существования частно-бюрократического капитала в условиях приватизации товаропроизводящей и товаропроизводящей сети здравоохранения руководителями учреждений и их работниками. Как известно, все выделенные бюджетные средства будут освоены. В доказательство появление «новых

Заявленная приоритетом государственной социальной политики модернизация здравоохранения носит сугубо технологический характер, осуществляется в режиме «ручного управления» путем государственного финансирования органов управления и учреждений.

ответственностью.

Планы антикризисного инновационного развития отрасли действующая власть связывает с созданием новых образцов медицинской техники и организацией выпуска хорошо себя зарекомендовавших дженериков. Такая «инновационность» собственно к звену практического здравоохранения имеет мало отношения.

Общая доля оборудования и фармации в ВВП мирового здравооо-

люстр» и произведенный евроремонт в государственных учреждениях здравоохранения пока приводит лишь к очередному повышению цен. Очевидно, что причиной блокировки институциональных инноваций в современном российском здравоохранении является сама сеть государственных учреждений, сумевшая заблокировать развитие всех ранее заимствованных западных институтов: от системы медицинского страхования до института семейных

врачей, от арендопользования до попыток административной реформы, от врачебного самоуправления до саморегулирования, которые также не имеют шансов для реального существования. «Гибридизация» лишь увеличивает издержки, в итоге адресуя их потребителю услуг и отражаясь на постоянно растущих ценах. Не секрет, что при отсутствии конкуренции, зависимости от административных решений активность бизнес-бюрократических альянсов

настолько высок, что оправдывает повышение фискальных налоговых мер с целью получения дополнительных доходов бюджета, на запланированное десятилетие даже не ставится задача организационно-имущественного реформирования системы практического здравоохранения с первоочередным приоритетом институционализации врача общей практики как профессионально автономного субъекта гражданско-правовых отношений,

ра, обеспечивающая денежное возмещение внутри системы здравоохранения, независимо от географии включенных в нее учреждений, не состоялась. Лишение страхового содержания обусловлено отсутствием у застрахованного положения выгодоприобретателя, что противоречит принципу неотчуждаемых благ (здоровье), не обеспечивает рентабельности и экономичности исполнителей медицинских услуг. Страховые полисы без индивидуального денежного наполнения лишь подтверждают обязательства по обслуживанию контингента, проживающего на территории регистрации, дополняя институт прописки, также выдержавший все катаклизмы. В части гарантированных медицинских услуг это прямо противоречит действующему антимонопольному законодательству.

Освоенным инструментом технологической (инструментальной, консервативной) модернизации является приобретение импортного оборудования, часто втриморога, ремонтные и строительные работы при фактическом отсутствии институциональных инноваций.

и структур является основной причиной, опережающей инфляции и роста цен на товары и услуги медицинского назначения.

Освоенным инструментом технологической (инструментальной, консервативной) модернизации является приобретение импортного оборудования, часто втриморога, ремонтные и строительные работы при фактическом отсутствии институциональных инноваций. При этом известно, что без предшествующих институциональных реформ, при технологических модернизациях уровень коррупции многократно возрастает. В предшествующие несколько лет неоднократно заявлялось, в том числе, экономическим блоком Правительства, что вливание средств в институционально нереструктурированную, коммерциализированную структуру отечественного здравоохранения во многом носит антимодернизационный характер, закрепляя социально-экономическую структуру системы «власть-собственность» в здравоохранении в ее государственно-олигархическом варианте. Это противоречит декларируемому властью и ее официальными документами «образу будущего» в «обществе возможностей» социального государства.

Даже несмотря на то, что уровень приоритетности технологической модернизации здравоохранения

имеющего право на экономическую свободу в рамках, определенных законодательством и профессиональным этическим регулированием. В частности, это право включает возможность работать в собственном (в институциональном смысле) кабинете, арендованном на базе специализированного медицинского объекта, привлекая смежных специалистов и пользуясь необходимой лечебно-диагностической базой на договорной основе. Только при наличии такой возможности появляется смысл во врачебной лицензии, как бы она не называлась.

Если при оказании услуг Программы государственных гарантий государство выступает как платежная сторона на стороне выгодоприобретателя – пациента, можно говорить о движении в сторону социальной рыночной экономики на основе индивидуализированной гражданской собственности.

Сегодня без формационных изменений на уровне практического звена - экономики учреждений - принятая модель социального страхования вообще, и обязательного медицинского страхования (ОМС) в частности, изначально предложенная для сдерживания госрасходов (по примеру НЭПа), сегодня представлена лишь на уровне названия при фактическом возврате к бюджетной модели. ОМС как страховая структу-

Необходимо отказаться от мифологии всеислия монетарных методов управления в пользу институциональных подходов. Реформа финансирования сама по себе не приведет к реформе системы практического здравоохранения. Это подтверждается как теоретически, так и исходя из практики последних двух десятилетий.

Мировой опыт организации системы оказания медицинской помощи на современной основе показывает, что без привлечения самих медработников в качестве участников имущественных отношений существенные преобразования в отрасли невозможны.

Основой институциональной модернизации собственно медицинской деятельности является придание врачу статуса субъекта гражданско-правовых отношений. Обретаемые в этом случае медработниками обязательственные (договорные) права и обязанности, тем более с учетом экономической нецелесообразности приватизации объектов здравоохранения, не носят характера «обладания», а имеют целью создание институциональной основы участия профессионалов от медицины в хозяйственном обороте, тем самым меняя основополагающий формационный элемент модернизации – характер трудовых отношений. Именно с этого момента наступает новый трансформацион-

ный цикл [Бессонова, 2006].

На основании правового закона, а не исключений и привилегий, формального равенства (юридически равной меры), свободы и справедливости целесообразно преобразование сети учреждений здравоохранения, находящихся на смешанном финансировании, оказывающих медицинские услуги, в сеть организаций других ОПФ путем юридического упразднения (ликвидации) института учреждений.

Согласно «концепции Тихомирова», правовым механизмом создания массового частного производителя, учитывающим интересы основных «групп влияния» и снижающим конфликт существующих интересов, является «партикуляризация учреждений здравоохранения без их приватизации» через отделение юридической судьбы субъектов (юридических лиц) от объектов (недвижимости и особо ценного имущества), их разукрупнение на функциональной основе, оформление новых имущественных отношений на основе обязательственного, а не вещного права (оперативного управления). Если приватизация – это частность объекта (здания, имущества) – о чем речи не идет, т.к. госсобственность остается в титуле собственника – государства, партикуляризация – частность субъекта (врача, медсестры и т.д.). Термины могут меняться, но суть должна быть такой.

Логика экономической социодинамики предусматривает обособление потоков финансирования в пользу государства (органы управления) – в казначействе и в пользу общества (средств оплаты услуг) – в банке медико-социального развития, основой которого могут стать работники и структуры фондов ОМС, обеспечивающих введение и функционирование системы персонализированных счетов и индивидуальных платежных дебетовых карт для граждан-пациентов.

К слову сказать, в отличие от замены лампочек, расширение и совершенствование электронных средств коммуникации, интернетизация жизни относятся к реально идущей добровольной модернизации, принятой людьми на массовом уровне.

Сегодня электронные карты успешно используются в ряде регионов страны для оплаты социальных услуг и не имеют технических ограничений по внедрению. Законодательно закреплен переход россиян на индивидуальные электронные карты, обеспечивающие оплату госуслуг с 2015 г. и позволяющие начать техническую реализацию неизбывной мечты человечества – социальной защиты каждого в противовес дискредитировавшей себя социальной справедливости для всех.

В этом случае государство в качестве плательщика выступает на стороне выгодоприобретателя – физического лица с правом персонального фондодержания, что само по себе ставит гражданина в центр процесса реализации декларированных прав. Только такое позиционирование сторон договора соответствует современным принципам социальной рыночной экономики, основанным на интересах личности и развитии человеческого и социального капитала, в здравоохранении наиболее высоких, способствует повышению общей эффективности капиталовложений, не требует привлечения значительных дополнительных финансовых ресурсов.

В здравоохранении советского периода из отношений «врач-пациент» был устранен механизм товарообмена путем объедине-

нную общность органов управления и подведомственных учреждений в рамках единой системы.

Самый элементарный анализ показывает, что сохранение государственной системы здравоохранения в ее нынешнем виде противоречит принципам разделения властей, отделения общества от государства, государства от сферы производства и предоставления услуг, не говоря уже о принципах позиционирования субъектов товарооборота в рыночной экономике. Здравоохранение в целом сегодня находится за рамками полноценного правового регулирования в части центрального компонента саморазвития и его диалектики – основ легальной экономической деятельности. При этом законодательство предусматривает финансирование программ, оплату услуг (ст.41 п.2 Конституции РФ), а не содержание учреждений по нормативно-сметному принципу. Из-за использования особенностей русского языка читатели могут по-разному понимать, на что распространяются государственные гарантии – то ли на оказание медицинской помощи, то ли на ее оплату.

В социальной рыночной, тем более в постиндустриальной экономике государство само не оказывает пациенту медицинскую помощь, не производит и само себе не реализует услуги, как сегодня в государ-

В социальной рыночной, тем более в постиндустриальной экономике государство само не оказывает пациенту медицинскую помощь, не производит и само себе не реализует услуги, как сегодня в государственном здравоохранении, а собирает налоги и финансирует свои социальные обязательства.

ния органов управления (контор) и учреждений (ранее национализированных заведений) в единую общность, что и стало родовым признаком «модели Семашко», основанной на системе государственных учреждений, ныне существующих только в России и ряде стран СНГ (Белоруссия и Украина). Нынешняя бюджетно-страховая модель здравоохранения унаследовала от модели Семашко ее основной «родовой» и главный признак – организацион-

ственном здравоохранении, а собирает налоги и финансирует свои социальные обязательства.

Лишь после институциональной трансформации социальной сферы, остающейся нероформированным «анклавом» даже по меркам государственно-монополистического капитализма, и находящейся под его диктатом, появится возможность утверждать, что процессы модернизации в России носят не косметический харак-

тер, а имеют целью создание основ социальной рыночной экономики, ориентированной на человека.

Определенную надежду дает и то, что предлагаемые преобразования не вызывают принципиальных возражений, в целом соответствуя интересам всех участников правоотношений – пациентов, врачей, руководителей учреждений, органов управления, страховых компаний, что само по себе создает условия для реализации ароморфоза – качественного улучшения, открывающего новые «ниши» и возможности развития медицины и ее человеческого капитала.

Использованные источники.

1. Акопян А.С. «Независимое» здравоохранение унитарного производителя // Государственная служба. - 2003. - № 6. - С.50-63
2. Аринин А.Н. Права и свободы человека и эффективное развитие России // Общественные науки и современность. - 2002. - №1. - С.68-79
3. Бессонова О.Е. Общая теория институциональных трансформаций как новая картина мира // Общественные науки и современность. - 2006. - №2. - С. 130-143
4. Гайдар Е.Т. Власть и собствен-

ность: Смуты и институты. Государство и эволюция. - СПб.: Норма, 2009. - 376 с.

5. Государственно-общественное управление здравоохранением Российской Федерации. Москва, 2003. / Под общ. ред. проф. А.Г. Саркисяна и Е.Б. Злодеевой. СПб.: Изд-во Медицинская пресса, 2004. – 336 с.

6. Гринин Л.Е., Марков А.В., Коротаев А.В. Ароморфозы в живой природе и обществе: опыт сравнения биологической и социальной форм макроэволюции // Эволюция: космическая, биологическая, социальная. Отв. ред. Л.Е. Гринин, А.В.Марков, А.В.Коротаев. - М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. - 368 с.

7. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2008 «Россия перед лицом демографических вызовов» Москва, 2009.

8. Зимбардо Ф., Ляйппе М. Социальное влияние. - СПб: изд-во «Питер», 2000. - 448 с.

9. Зорькин В.Д. Конституция против криминала // «Российская газета». - 2010. - №5359 (280).

10. Иванов А.В. Дайджест «Учреждения здравоохранения: за и против». - М.: «ЮрИнфоЗдрав». - 2007. - 292 с.

11. Клейнер Г.Б. Системная парадигма и экономическая политика // Общественные науки и современность. - 2007. - №2, 3. - С. 141-150; 99-115

12. Ларин Ю. Частный капитал в СССР // Антология экономической классики. Т.2. - М., 1993. – 440 с.

13. Нерсисянц В.С. Манифест о цивилизме. (Национальная идея России во всемирно-историческом прогрессе равенства, свободы и справедливости) // М., Изд-во «Норма». - 2000. - 64 с.

14. Пригожин А.И. Дезорганизация: Причины, виды, преодоление / М.: Альпина Бизнес Букс, 2007. - 402 с. (Серия «Синергичная организация»)

15. Тихомиров А.В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. - М.: «ЮрИнфоЗдрав», 2007. - 234 с.

16. Явлинский Г.А. Российская экономическая система. Настоящее и будущее. - М.: Изд-во «Медиум», 2007. - 416 с.

17. Human Mortality Database, University Of California, Berkley and Max Planck Institute For Demographic Research 2007. URL: <http://www.mortality.org>

А знаете ли Вы, что...

... потребитель вправе отказаться от исполнения договора об оказании медицинских услуг в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

А знаете ли Вы, что...

... лечащий врач организует своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию больного или его законного представителя приглашает консультантов и организует консилиум. Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением экстренных случаев, угрожающих жизни больного.

А знаете ли Вы, что...

... Ухудшение состояния здоровья человека, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда здоровью.

Как известно, казна состоит из распределенной (т.е. того имущества публичной принадлежности, которое закреплено за основанными на нем юридическими лицами – предприятиями и учреждениями) и нераспределенной (т.е. имущества, доступного распоряжению публичным собственником, а также имущества, которое может находиться только в публичной собственности) части. По своим обязательствам государство отвечает имуществом, доступным распоряжению (ст.126 ГК РФ).

Средства государственной казны расходуются в части на содержание самого государства, в части – на нужды общества, социальную сферу.

Содержание государства охватывает денежное обеспечение нужд его аппарата – государственных органов и должностных лиц (бюрократии) и приобретение всего того, что нужно для функционирования этого аппарата, в порядке государственного заказа. Теоретически – в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов граждан, обеспечения обороны страны и безопасности государства. Одновременно государство проводит закупки товаров, работ, услуг для государственных нужд.

Социальную сферу представляют те, кто обеспечивает нужды общества, а не государства (бюджетники), хотя и содержится за счет средств государственной казны. В настоящее время содержание социальной сферы заключается в финансировании составляющих ее бюджетных учреждений.

При этом граница между содержанием бюрократии и работников бюджетных учреждений в финансировании социальной сфере не выражена: и те, и другие в статистическом учете охватываются сообща, притом что имеют полярные различия: первые осуществляют в органах государственной власти деятельность с результатом, не имеющим формы товара, а вторые в учреждениях социальной сферы – с результа-

СОЦИАЛЬНО – ПОЛИТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ И ПРАВОВЫЕ ПУТИ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ

Показано, что фокус социальной политики в сфере охраны здоровья – не государство, а общество

Ключевые слова: организация здравоохранения, реформа здравоохранения, медицинское законодательство

том в форме товара (услуг).

Финансирование социальной сферы разделяется на два разных потока. Первый поток – это нетоварные предоставления государством денежных пособий социально обездоленным, нуждающимся гражданам (пособия по болезни, беременности и родам, детские пособия, материнский капитал и т.д.). Второй поток – это участие государства в товарных предоставлениях гражданам теми, кто их производит. Если в первом случае государство наделяет адресатов такими пособиями в денежном выражении, то во втором – в существующем виде – услугами принадлежащих ему бюджетных учреждений социальной сферы,

а не денежными средствами для оплаты подобных услуг.

Расходы казны не дифференцированы, во-первых, между идущими на содержание государства и идущими на содержание социальной сферы; во-вторых, между обрастаемыми на оплату труда чиновников и работников бюджетных учреждений в социальной сфере; в-третьих, между нетоварными предоставлениями государством пособий нуждающимся и товарными бесплатными предоставлениями услуг гражданам.

Таким образом, государство обобществляет то, что требует дифференциации, сохраняя в изменившихся политических и экономиче-

ских реалиях прежнее устройство бюджетной и социальной сферы и его правовое оформление, создавая этим проблемное поле своей социальной политики, в том числе в здравоохранении.

Решение социально-политических проблем охраны здоровья требует, во-первых, политического реализма; во-вторых, организационного реализма; в-третьих, правового реализма в социальной сфере.

паят в казну государства, означает, что оно приобретает в отношении этих средств не более чем относительные правомочия агента общества, а не абсолютные правомочия собственника.

Отсюда бюджетный учет таких поступлений не означает, что при их обращении на целевые нужды на них распространяется действие бюджетного, а не гражданского законодательства. Бюджетный режим сбережения этих средств сохраняется

обязательств перед обществом – имущество не является смешиваемым с остальным имуществом государства, полученным от иных налоговых и неналоговых поступлений, т.е. с собственностью государства, которая не обременена социальным назначением. В счет имущества, в отношении которого государство свободно в распоряжении, оно осуществляет, например, государственный заказ в свою пользу.

Как показано выше, частно-правовая парадигма социального агентирования не свойственна российскому государству – оно традиционно придерживается публично-правовой парадигмы административно-бюрократического волонтаризма в социальной сфере, в рамках которой все решают должностные лица, и их решения становятся обязательными в бюджетной сфере и – опосредованно – в социальной сфере для общества в целом.

Парадигма социального агентирования при осуществлении государством социальной политики тесно увязана с парадигмой социальных бенефиций.

Социальный результат (в том числе, общественное здоровье) – следствие экономической деятельности. Социальный результат не является следствием деятельности органов управления здравоохранением или циркулирования финансовых средств в бюджетной системе государства. Такой результат создают субъекты экономической деятельности в социальной сфере в отношениях товарообмена.

Субъекты экономической деятельности в социальной сфере создают прямой социальный результат как следствие этой деятельности, а не опосредованно через уплату налогов, как субъекты экономической деятельности в других отраслях народного хозяйства.

Поскольку субъекты экономической деятельности в социальной сфере оказывают гражданам услуги, которые оплачиваются либо самими их получателями, либо иными плательщиками в их пользу, в том числе и государством, постольку государство в этом случае осуществляет не более чем частноправовые платежные функции на стороне

Решение социально-политических проблем охраны здоровья требует, во-первых, политического реализма; во-вторых, организационного реализма; в-третьих, правового реализма в социальной сфере.

1. ПРОБЛЕМАТИКА ПОЛИТИЧЕСКОГО РЕАЛИЗМА В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ.

В наиболее общем виде это – вопрос позиционирования государства в социальной сфере.

Не общество в социальной сфере – для государства, а, наоборот, государство – для общества. Государство удовлетворяет как общие потребности общества в соответствующей части, так и отдельные номинированные потребности социально нуждающейся части общества.

Социальная сфера – это не выделенная в обществе площадка государства. И это не организованная по правилам механизма государства площадка.

Социальная сфера – В обществе и ДЛЯ общества, это не более чем функциональный механизм общественного перераспределения через государство материальных благ, необходимых для социального равновесия.

Соответственно, государство выступает лишь как средство упорядоченного достижения такого равновесия. И в этой роли государство выполняет функции транзита соответствующих благ и их упорядоченного перераспределения от общества в целом в пользу адресатов в том же обществе.

Поэтому то, что обремененные целевым назначением налоги посту-

до тех пор, пока они не поступают в гражданский оборот, т.е. не обращаются на оплату услуг в социальной сфере. По существу, бюджетный режим распространяется только на такую функцию государства в отношении этих средств, как их упорядоченное перераспределение, поскольку и функция финансового трансфера может быть делегирована гражданско-правовым институтам (например, банкам).

Тем самым социальная сфера – не бюджетная сфера. Бюджетный этап – всего лишь публичная часть в механизме трансфера общественных средств целевого назначения. Государство же является не выгодоприобретателем, а агентом между принципалом (обществом в целом) и выгодоприобретателем (адресатами в том же обществе).

Соответственно, государство распорядится временно вверенными ему средствами общества не по своему усмотрению, а в соответствии с их целевым обременением в рамках агентских правомочий. Право же свободного усмотрения государства при выполнении агентских обязательств перед обществом распространяется только на агентское вознаграждение, в счет которого оно содержит, в частности, необходимый для этого бюрократический аппарат.

Очевидно также, что такое – временно вверенное для выполнения

заказчика услуг.

Соответственно, исполнители таких услуг имеют обязательства не более чем предусмотрено договором – равно перед получателем-гражданином и перед плательщиком-государством. Получатель услуг в этом случае имеет права требования в объеме таковых на стороне кредитора.

Здравоохранение – для общества. Государство призвано удовлетворять потребности общества в социальной сфере в охране здоровья. Это не означает, что государство обязано предоставлять медицинские услуги гражданам. Оно обязано организовать предоставление таких услуг теми, кто их оказывает, и за счет собранных на эти цели налогов оплачивать услуги. В этом смысле государство занимает сторону потребительской части общества перед стороной производителей медицинских услуг.

Вместо этого в настоящее время здравоохранение существует для государства. Государство вменяет здравоохранению ответственность за состояние социальной среды, несмотря на то, что оно лишь в малой части зависит от здравоохранения. Достижение социального результата государство обуславливает финансированием учреждений здравоохранения. Отраслевой бюджет обосновывается потребностями ведомства. Экономический механизм оплаты государством медицинских услуг из казны устроен так, что через сеть посредников (страховщиков) государство платит гражданам оказанием медицинских услуг принадлежащими ему учреждениями здравоохранения. Граждане являются получателями услуг в значении освоенных учреждениями здравоохранения бюджетных средств, а не в значении удовлетворения потребительских нужд. Государство занимает сторону основанных на его собственности производителей медицинских услуг перед стороной потребительской части общества. Плательщик и получатель бюджетных средств совпадают в имущественной принадлежности. Если в платежный механизм, сложившийся в бюджетной сфере, допущены частные финансовые агенты (страховщики), то потреби-

тели (т.е. граждане, общество) оказываются вне его пределов. Здравоохранение существует для бюджета отраслевого ведомства.

Парадигма социальных бенефиций не свойственна российскому государству – оно традиционно придерживается парадигмы ведомственного патернализма: бюрократическая иерархия по-советски возглавляет общество.

Парадигмы социального агентирования и социальных бенефиций при осуществлении государством социальной политики тесно увязаны также с парадигмой социального проектирования.

Как известно, социальное проектирование – это научно обоснованное конструирование системы параметров будущего социального объекта или качественно нового состояния существующего объекта. Объектом социального проектирования должны стать новые общественные отношения. Проектируемые общественные отношения не заимствуются извне, а моделируются для инсталляции в социальной среде. Исходный пункт социального проектирования состоит в том, что существующие общественные отношения не устраивают их участников (в крайнем проявлении – до социальных взрывов). От ситуации «все против всех» или «никому ничего не надо» социальное проектирование призвано проложить путь к соци-

(их ценность, в том числе и моральную), исходя из его субъективного к ним отношения. Интерес понимается как желание, расположение, склонность, симпатия, любовь (или, наоборот, отвращение, антипатия, ненависть), испытываемые людьми. Интерес порождает жизнеспособность общественных отношений.

Потребностям социального проектирования отвечает также теория социального государства. Понятие «социальное государство» появилось в научной терминологии в середине XIX века в трудах знаменитого немецкого экономиста Лоренца фон Штайна: «Социальное государство обязано поддерживать абсолютное равенство в правах для всех различных общественных классов, для отдельной частной самоопределяющейся личности посредством своей власти. Оно обязано способствовать экономическому и общественному прогрессу всех своих граждан, ибо развитие одного выступает условием развития другого, и именно в этом смысле говорится о социальном государстве»¹. Государство должно так конфигурировать общественные отношения, чтобы они отвечали целям развития общества.

Потребностям социального проектирования отвечает и теория «активного общества» (А. Этциони²), которая разделяет социальные системы на активные и пассивные (пассивные лишь реагируют на изменения

Парадигмы социального агентирования и социальных бенефиций при осуществлении государством социальной политики тесно увязаны также с парадигмой социального проектирования.

лизации типа «мы друг без друга не можем» или «каждый нужен всем и каждому».

Потребностям социального проектирования отвечает теория интересов. Это направление в современной аксиологии и этике, возникшее в 20-х гг. в рамках натурализма, близкое прагматизму. Его сторонники - Р. Перри, Д. Паркер (США), Ф. Теннант (Англия) и др. - определяют значение для человека предметов и явлений действительности

в среде, приспособившись к ним; активные могут целенаправленным образом воздействовать на среду, в то же время изменяя собственную структуру). Активные системы способны создавать кибернетическую схему еще не существующего будущего и организовывать свои изменения в направлении будущего

1 Калашников С.В. Функциональная теория социального государства. - М.: Экономика, 2002. -188 с.

2 Etzioni A. The Active Society: A Theory of Societal and Political Processes. New York: Free Press, 1968, ISBN 0029095905

ее состояния. Идеал А. Этциони – «активное общество», совмещающее в себе высокую степень контроля (как в тоталитарных обществах) с высоким уровнем согласия (как в демократических обществах). Государство должно так конфигурировать общественные отношения, чтобы они стимулировали участие к социальной активности.

Это заставляет искать эффективную конфигурацию жизнеспособных общественных отношений при

конфигурация этих отношений в результате социального проектирования; в-третьих, какой публичный акт должен оформлять результаты социального проектирования.

Российская Федерация - социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека (ч.1 ст.7 Конституции РФ).

Социальное государство³ - конституционное понятие, означающее,

людей, удовлетворение их потребностей в сфере охраны здоровья, а не собственно оказание таких услуг самим государством через принадлежащие ему институты. Равным образом, производство оплаты услуг, обеспечивающих определенный уровень жизни людей, удовлетворение их потребностей в сфере охраны здоровья, является функцией не государственных, а общественных институтов в рамках соответствия возможностям государства. И финансовый, и товарный оборот происходят в обществе, а не в государстве – в соответствии с возможностями и под контролем государства.

Тем самым государству надлежит, во-первых, быть вовне социальной сферы, находящейся – за исключением социального обеспечения – в гражданском обороте, подобно реальному сектору экономики, хотя бы и со свойственной ей спецификой; во-вторых, в пределах имеющихся финансовых возможностей разработать вариант социального проектирования так, чтобы происходила наиболее эффективная конвертация результата экономической деятельности поставщиков соответствующих услуг в социальный результат, т.е. в обеспечение определенного уровня жизни людей, удовлетворение их потребностей в сфере охраны здоровья; в-третьих, облечь предпринимаемые меры в форму плана-графика последовательного, поступательного перехода организации социальной сферы из исходного в модельно-целевое состояние, ее последующего эффективного функционирования и развития.

Это предопределяет такой разумный исход государства из социальной сферы, который ведет к приобретению ею жизнеспособности при существовании в обществе, соответствующей окружающим политическим, экономическим и правовым реалиям, в том числе не зависящей от изменений во внешней среде (кризисов, например).

Такой исход государства из социальной сферы основателен ровно до тех границ, за которые оно не должно выходить, чтобы не оставить социальную сферу без своего упорядочивающего влияния. Отсу-

Социальное государство – конституционное понятие, означающее, что государство берет на себя в объеме, соответствующем его возможностям, обеспечение определенного уровня жизни своих граждан, удовлетворение их материальных и духовных потребностей.

социальном проектировании.

В советское время социальное проектирование подменялось партийными директивами, которые, однако, давали представление о том, куда тоталитарное государство ведет общество. В 90-е годы появилось, по меньшей мере, три официальных и бесчисленное множество доктринальных концепций развития здравоохранения. К настоящему времени государство самоустранилось от социального проектирования, ограничившись не доведенной до легитимации Концепцией развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года. Вместо этого появилось множество законодательных инициатив отраслевого ведомства. Однако если закон устанавливает, КАК, то документа, устанавливающего, КУДА идет социальная сфера, в настоящее время нет.

Тем самым потребность общества в социальном проектировании государством изменений социальной сферы высока, в то время как государство такой необходимости не испытывает, ограничиваясь законодательным закреплением существующего положения дел.

Это требует определения, во-первых, каким изменениям должны подвергнуться общественные отношения в социальной сфере, чтобы оказаться жизнеспособными; во-вторых, какой должна быть

что государство берет на себя в объеме, соответствующем его возможностям, обеспечение определенного уровня жизни своих граждан, удовлетворение их материальных и духовных потребностей.

Социальная сфера - совокупность отраслей и организаций, непосредственным образом связанных и определяющих образ и уровень жизни людей, их благосостояние, потребление. К социальной сфере относят сферу услуг (образование, культуру, здравоохранение, физическую культуру, общественное питание, коммунальное обслуживание, пассажирский транспорт, связь). Социальное обеспечение также относится к социальной сфере. Однако в отличие от социальной сферы как сферы услуг социальное обеспечение представляет собой нетоварную материальную поддержку граждан государством, а не оказание услуг.

Отсюда здравоохранение как часть социальной сферы – это сфера услуг, обеспечивающая определенный уровень жизни людей, удовлетворение их потребностей в сфере охраны здоровья в объеме, соответствующем возможностям государства. Соответствующим возможностям государства является объем финансовых средств, используемых на оплату услуг, обеспечивающих определенный уровень жизни

³ [http://slovari.yandex.ru/~книги/Конституция РФ/социальное государство/](http://slovari.yandex.ru/~книги/Конституция_РФ/социальное_государство/)

да – вопрос о тех инструментах, которыми государство осуществляет влияние на социальную сферу. Их два: правовое регулирование и размещение целевых финансовых средств через существующие в обществе платежные механизмы среди поставщиков услуг под мониторингом контролем состояния регулируемой среды. Тем самым нахождение государства вовне социальной сферы сопровождается активным его финансовым влиянием на ее состояние в рамках адаптированного правового режима.

Разработанный вариант социального проектирования, воплощенный в соответствующем плане-графике реформирования до обретения пореформенного состояния, не станет конечным, окончательным, пока не будет принят обществом. Опыт монетизации льгот показал, что если нововведению не предшествует долгая и активная разъяснительная работа, пропаганда, оно обречено на неуспех, несмотря на то, что его плоды впоследствии могут вполне устроить общество.

Требуется Программа развития социальной сферы, подобно тому, как такая сформирована для здравоохранения в Республике Казахстан⁴ – как часть единой национальной Стратегии развития страны до 2030 г.⁵ И пусть казахстанская Программа страдает множеством недостатков, прежде всего, отсутствием системности изменений, в силу чего несостоятельна для реформы, но она существует. В России, при наличии многообразных законодательных – разнонаправленных, непоследовательных и бессистемных – акций, такой государственной Программы, отвечающей на вопрос, куда и как государство ведет социальную сферу, нет.

Программа развития социальной сферы нуждается, прежде всего, в системности. И это не набор мероприятий, корреспондирующий выявленным проблемам существующего устройства, как это свойственно

казахстанской Программе, а научно обоснованная конструкция системы параметров будущего социального объекта или качественно нового состояния существующего объекта – социальной сферы.

Отсюда необходимо понимание, во-первых, на каких отправных началах, точка жесткости основывается такая конструкция; во-вторых, как организован механизм, устройство системы в сопряженности составляющих ее элементов; в-третьих, каков функционал⁶ такой системы в вариативности ее функционирования и развития.

Для этого требуется междисциплинарное единство понятийного аппарата (тезауруса), общее понимание структуры и функций социальной сферы и т.д.

Таким образом, проблематика политического реализма и позиционирования государства в социальной сфере не ограничивается лишь нахождением его надлежащего положения в гражданском обороте. Государство определяет также нужный вариант социального проектирования, на основе которого выстраивает реформу социальной сферы и последующую социальную политику, оформляя ее законодательно.

2. ПРОБЛЕМАТИКА ОРГАНИЗАЦИОННОГО РЕАЛИЗМА В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ.

оборот – это гражданско-правовое выражение экономического оборота. Товары, работы, услуги и другие не ограниченные или не запрещенные в обороте объекты гражданских прав обращаются между их отчуждателями и приобретателями. Содержанием гражданского оборота является переход имущественных прав от отчуждателя к приобретателю на основе заключаемых сделок.

Нетоварные (с результатом, не имеющим формы товара) отношения складываются вне гражданского оборота и не являют собой товарообмен, т.е. передачу материальных благ и переход прав на них. Нетоварными являются личные, бытовые отношения граждан между собой. Нетоварными являются также отношения граждан с государством, в том числе, в части материальных предоставлений в порядке социального обеспечения.

В гражданском обороте, в условиях товарной организации общества, оказание услуг, продажа товаров, выполнение работ и т.д. осуществляется по единым и общим экономическим и юридическим правилам.

Это – те реалии, которые окружают социальную сферу. В условиях товарной организации общества нетоварная организация социальной сферы – в любых проявлениях – не соответствует этим реалиям.

В гражданском обороте, в условиях товарной организации общества, оказание услуг, продажа товаров, выполнение работ и т.д. осуществляется по единым и общим экономическим и юридическим правилам.

В наиболее общем виде это – вопрос соответствия организации социальной сферы реалиям организации общества.

Общество состоит из товаропроизводителей и потребителей. В товарных (товарно-денежных) отношениях между собой они создают гражданский оборот. Гражданский

Во-первых, передаче товара (оказанию услуги) не сопутствует переход прав на него от отчуждателя к приобретателю (сохраняется одна и та же собственность). Если и плательщик (фонды обязательного медицинского страхования), и исполнитель медицинских услуг (учреждения здравоохранения) совпадают в принадлежности единому собственнику, то товарообмен не происходит. И как бы ни менялись названия (автономные,

⁴ например, Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы. Утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года №1438.

⁵ Послание Президента страны народу Казахстана. Октябрь 1997 г. Н. Назарбаев Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев.

⁶ как математическое понятие возникло в вариационном исчислении для обозначения переменной величины, заданной на множестве функций, т.е. зависящей от выбора одной или нескольких функций.

бюджетные, казенные) и правомочия учреждений здравоохранения с сохранением публичной имущественной принадлежности, оказание ими услуг, оплачиваемых собственником, товарообменом не становится.

Во-вторых, потребитель выведен за пределы товарообмена (даже если бы он происходил). Оказание и оплата услуг происходит в бюджетной сфере, в то время как их получение потребителем – в гражданском обороте.

они не допускались до недавнего времени). Такие услуги также и оказываются (получаются потребителями), и оплачиваются в гражданском обороте.

В-третьих, в цепи финансирования фондами обязательного медицинского страхования государственных и муниципальных учреждений здравоохранения участие частных медицинских страховых организаций демонстрирует их гражданско-правовое посредничество между

приобретение аппаратуры, оборудования и пр., т.е. не доходами, по которым строятся расходы, а одной из статей расходов.

Следовательно, проблема – в системном единстве отраслей социальной сферы на других, отличных от прежних, основаниях. И в этом смысле существуют полярные решения: можно копировать зарубежный опыт, а можно создавать самобытную инновацию. Как показывает отечественный опыт компиляций зарубежного опыта (обязательное медицинское страхование, врачи общей практики, фондодержание и пр.), они не приживаются без предварительной адаптации к российской действительности. Предложения по реформированию здравоохранения инноваций содержат немного⁸ – это, в основном, предложения не радикальных изменений.

Очевидно, что вместо неадаптированных компиляций зарубежного опыта и самобытных инноваций следует сначала позаимствовать основы, на которых формировался зарубежный опыт, затем создать на этих основах модель конструируемой действительности и только потом планировать возможные инновационные улучшения.

За рубежом, во-первых, обладатель медицинской профессии является либо хозяйствующим субъектом, либо работником по трудовому найму (там, где существует трудовое право) в частных организациях (по общему правилу, корпорациях⁹), в том числе создаваемых и субъектами публичного права.

Во-вторых, платательщик в пользу потребителя (в том числе и государство) выступает на его стороне в отношениях с поставщиками медицинских услуг, и носителем средств оплаты этих услуг является сам потребитель (в том числе и на бездокументарной основе) по факту обращения.

В-третьих, и оказание (получение), и оплата услуг в социальной сфере происходит в гражданском обороте, за пределами механизма

При существующей организации здравоохранения (и всей социальной сферы) в отрасли обращаются не услуги, а средства казны, не выходящие за пределы бюджетной сферы.

данском обороте (гражданско-правовые требования к бюджетной сфере создают и деликтные последствия ненадлежащего оказания медицинских услуг), притом что бюджетная сфера не предназначена для товарообмена, который подлежит исключительно гражданско-правовому оформлению.

В-третьих, обладатель медицинской профессии мотивируется участвовать не в легальном товарообмене (даже если бы он происходил), а в теневом, поскольку финансовое положение работника в реальном товарообмене (в частной медицине) урегулировано договорными условиями трудового найма, а в государственном и в муниципальном здравоохранении – нормативно ограничено в бюджетном порядке.

Тем самым государственное и муниципальное здравоохранение отграничено от частной медицины, однако такое отграничение не приводит к их обособлению.

Во-первых, учреждениям здравоохранения не запрещено оказывать «платные» услуги, т.е. за плату не за счет средств казны. Такие услуги и оказываются (получаются потребителями), и оплачиваются в гражданском обороте.

Во-вторых, частные медицинские организации вправе участвовать в программах обязательного медицинского страхования (до которых

субъектами бюджетной сферы.

Отсюда отграничение государственного и муниципального здравоохранения от частной медицины является искусственным⁷.

При экономическом и правовом единстве объекта оборота (медицинских услуг) разделение единого экономического пространства в социальной сфере по признаку различий имущественной принадлежности субъектов (поставщиков медицинских услуг) нежизнеспособно. Об этом свидетельствует вся новейшая постсоветская история: социальная сфера на протяжении двух десятилетий пребывает в перманентном кризисе.

При существующей организации здравоохранения (и всей социальной сферы) в отрасли обращаются не услуги, а средства казны, не выходящие за пределы бюджетной сферы. Услуги не обретают ценности продукта производства и обмена. Они обречены оставаться невидимками для хозяйственного процесса. Финансовый (бюджетный) оборот существует, а товарообмена не происходит. По существу, денежная компенсация услуг в бюджетном процессе является не их оплатой, а таким же звеном в цепи последовательных расходов, как заработная плата медицинского персонала,

⁷ Отсюда же происходят и последствия этой искусственности, как, например, выделение государственных (публичных, бюджетных) услуг.

⁸ www.zdravo2020.ru

⁹ учреждения как вариант организационно-правовой формы существуют в германской группе государств и основаны на собственном имуществе. Учреждений здравоохранения как основанных на несобственном имуществе медицинских организаций нет нигде, кроме постсоветских государств.

государства, даже если распределение платежных средств происходит в казначейских границах.

Отрасли социальной сферы – это сегменты гражданского оборота, в которых изначально разведены, во-первых, публичные и частные институты; во-вторых, финансовые и производительные институты; в-третьих, рынки товаров, работ, услуг.

Достижение организационного реализма, следовательно, состоит в том, чтобы создать систему капитализации активов, которая позволила бы им стать частью единой сети капиталоборота¹⁰, т.е. систему оборота и воспроизводства ценностей в социальной сфере.

Нужны институты и процедуры, во-первых, способные очистить от всех искусственностей отношения оказания (получения) и оплаты услуг в их истинном значении обмена ценностями; во-вторых, делающие транзакционные издержки на осуществление легальных экономических отношений меньшими, чем теневых; в-третьих, обеспечивающие экономичность процесса капитализации.

Медицинская услуга – это не цена, которой казне стоит ее оказание, а ценность, доставляемая производителем получателю, взамен поступающему встречной ценностью – ее оплатой, в том числе и через опосредуемые государством социально-перераспределительные механизмы производства этой оплаты. Это – отношения товарообмена в предназначенном для него гражданском обороте.

Следовательно, организация здравоохранения может рассматриваться исключительно в контексте организации отраслевого гражданского оборота с едиными и общими правилами участия для всех институтов, позиционированных в нем как стороны отношений товарообмена.

Тем самым не гражданский оборот следует подчинять правилам существующей организации здравоохранения, а ее – правилам гражданского оборота. Для этого и необходима индустриальная трансформация¹¹,

т.е. товарообменная реорганизация отрасли, чтобы сформировать соответствующую реальностям аксиологию организации здравоохранения.

Если произойдет превращение здравоохранения в индустрию охраны здоровья, то, во-первых, в сфере охраны здоровья не станет учреждений здравоохранения и бюджетников как их работников; во-вторых, излишек прежних функций приведет к сокращению бюрократического аппарата до уровня реальных потребностей; в-третьих, практически весь объем финансирования здравоохранения из казны сможет пойти на оплату предоставлений гражданам.

Экономичность процесса капитализации обеспечивается уже тем, что отношения оказания (получения) и оплаты услуг формируются в гражданском обороте, вовне бюджетной сферы. Первичная экономия достигается на прекращении нормативно-распределительного содержания государством социальной сферы и на переводе ее на режим отношений эквивалентного обмена. Одновременно резко изменяется ландшафт транзакционных издержек: устраняются излишние административные барьеры, сужается коррупционное поле, падают

непроизводительные расходы. В последующем экономичность обеспечивается возможностями оптимизации технологий оказания услуг и платежного механизма.

Это ведет к созданию центростремительных механизмов вокруг истинных ценностей в социальной сфере – физического, психического и социального благополучия граждан и действий (деятельности) созидателей такого благополучия (поставщиков соответствующих услуг), т.е. к капитализации активов с использованием денежного капитала лишь как средства выражения ее развития.

Такая система капитализации активов в социальной сфере как часть единой сети капиталоборота не допускает фрагментарных решений (в территориальных, временных и структурных масштабах) комплекса стратегических задач в условиях подчинения нелинейным законам. Иными словами, переход от административно-бюджетной к индустриальной организации социальной сферы может быть лишь общим и единовременным для всей страны. Реформа социальной сферы в отдельно взятом регионе или только в части институтов или процедур невозможна, хотя не исключает возможности ее проведения по отдельным отраслям.

Таким образом, соответствие организации здравоохранения реальностям организации общества достигается созданием системы оборота и воспроизводства ценности в социальной сфере и обеспечивается переходом от административно-бюджетной к индустриальной организации отрасли.

3. ПРОБЛЕМАТИКА ПРАВОВОГО РЕАЛИЗМА В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ.

В наиболее общем виде это – вопрос соответствия актов специального законодательства в социальной сфере действительности организации общества и праву.

В конце XIX в. в правовой среде сформировалось недовольство идеями доктринализма, связанное в первую очередь с оторванностью теории права от реальных социальных условий. На волне этого недовольства возникло течение, получившее название «правовой реа-

Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 2. - С.2-8; Тихомиров А.В. Отправные начала идеологии реформирования здравоохранения //Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. - №4. – 37-42; Тихомиров А.В. Вопросы правового оформления реформы экономической организации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 1. – С.2-11; Тихомиров А.В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. – М.: ЮриИнфоЗдрав, 2007. – 234 с.; Солодкий В.А., Тихомиров А.В. Концепция индустриальной трансформации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 3. – С.2-11; Тихомиров А.В. Теоретическое обоснование программы концептуального моделирования реформы здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 6. – С.2-5; Тихомиров А.В. Порепорформенная модель индустриальной трансформации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 6. – С.6-14; Тихомиров А.В. Необходимость индустриальной трансформации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 1. – С.2-3; Тихомиров А.В. Перспектива здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 2. – С.8-13; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Направления развития здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 3. – С.4-9; Тихомиров А.В. Концепция социально-ориентированной модернизации здравоохранения: Дисс. ... докт. мед. наук. - М., 2008, 342 с.; Тихомиров А.В. Обзор перспектив здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. - № 2. - С.10-21; Тихомиров А.В. Концепция социально-ориентированной рыночной реформы здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. - № 1. - С.11-17.

¹⁰ в значении капитала в качестве ценности, а не собственно денег

¹¹ Тихомиров А.В. Отечественная организация здравоохранения: реформа идеологии //

лизм».

В контексте соответствия права реальным социальным условиям за рубежом приходило понимание того, что закон можно скорее открыть, чем предписать, и что никто и никогда не обладает в обществе такой властью, чтобы диктовать ему свою волю в качестве закона. Право - это процесс открытия правил, существующих независимо от законодательства, а не набор официально принятых актов¹². Пропасть между тем, чего требует закон, и тем, что нужно сделать, чтобы он стал действенным, будет сохраняться, пока изучение логики и принципов этого «народного права» не приведет к пониманию того, что нужно сделать для создания действенной и работающей правовой системы, и тогда ее законность и действенность будет обеспечиваться обществом в целом.

Как отражение нетождественности закона и права и распространности того и другого одинаково на власть и подвластных позднее возникло понятие правового закона. Неправовые законы - общеобязательные установления, которые не соответствуют принципам права. В отличие от правового государства государство законности - государство, в котором закон подчиняет своим требованиям обязанных его соблюдать лиц, а соответствие его самого принципам права не вери-

медицины) и гонорарной оплаты медицинской помощи, а с другой - засилья бюрократии и иждивенчества населения в условиях бесплатного социалистического здравоохранения.

В советский период и в новое время в отечественном здравоохранении сохранилась подведомственность отрасли. Отрасль продолжает функционировать не на основе права, а на основе усмотрений ведомственной бюрократии, облеченных в форму административных приказов.

В условиях новой реальности вынужденного сосуществования в здравоохранении отраслевого ведомства и частной медицины возникла двойственность правового режима при единстве характера деятельности и аудитории потребителей. Активизация отраслевого ведомства в части законодательных инициатив продемонстрировала продолжение игнорирования им частной медицины при стремлении распространить на нее режим ведомственной субординации.

Между тем правовые реалии формируются не отраслевым ведомством и не частной медициной, а обществом, которое выверяет, насколько справедливо организационное устройство отрасли и его законодательное оформление, насколько они соответствуют ожиданиям общества от здравоохра-

му люди хотят не декларируемой, а реально обеспеченной государством бесплатности здравоохранения.

Приписываемая И.В.Сталину фраза: «Хорошего врача народ прокормит, а плохие нам не нужны», на самом деле, отражает традиции, воспроизводящиеся в реальности: общество не против материального вознаграждения врачу - не в виде заранее оговоренной теневой платы, как в новое время, а в порядке благодарности, как это исторически сложилось. Если при видимости налаженного механизма и увеличения средств финансирования здравоохранения медицинские работники в качестве бюджетников получают недостойную зарплату, заставляющую их искать легальных и теневых приработков, в том числе, за счет пациентов, то это свидетельствует о несправедливости организации здравоохранения в стране. Именно понимание обществом такой несправедливости стимулирует теневую оплату медицинской помощи лично врачам, в результате чего - наряду с «платными» услугами - общество содержит здравоохранение двойным-тройным бюджетом. Пациенты платят лично врачам потому, что опасаются естественной встречной реакции медицинских работников на недостойную оплату труда в виде безразличия к их нуждам, безучастности, а не потому, что хотят платить. Если этого не делает государство, то бремя мотивации медицинских работников вынужденно ложится на общество. Люди платят лично врачам не потому, что хотят платить, а потому, что хотят, чтобы на них не отразилась несправедливость в этом государстве. Поэтому люди хотят платить лично врачам, но за счет средств государства.

Если налогами распоряжается государство, то общество может ему доверять тогда, когда бесплатное здравоохранение доступно для граждан. И речь идет не о комфорте и сервисе (хотя и это не лишне), а о самой возможности получить необходимую медицинскую помощь. Если же в стране бесплатного здравоохранения людям к нему попросту не подступиться, и вместо этого повсеместно производятся теневые

В условиях новой реальности вынужденного сосуществования в здравоохранении отраслевого ведомства и частной медицины возникла двойственность правового режима при единстве характера деятельности и аудитории потребителей.

фицируется.

Таким образом, право не должно отрываться от общественного уклада, жизни социума и ее реалий, закон должен соответствовать праву и как выражение права обязателен для власти и подвластных.

Общественный уклад в сфере охраны здоровья сложился, наследуя, с одной стороны, исторический опыт сосуществования дореволюционного подвижничества (земской

¹² Леони Б. Свобода и закон - М., ИРИСЭН, 2008 г. - 308 с.

нения.

Если общество содержит государство, и граждане в качестве налогоплательщиков платят налоги, в том числе целевые, они вправе взамен рассчитывать на действительную бесплатность для себя здравоохранения. Любого рода нехватка финансирования, дополнительные теневые поборы или «платные» услуги свидетельствуют о социальной неэффективности государства в сфере охраны здоровья. Поэто-

поборы и навязываются «платные» услуги, если гражданин не в состоянии получить оплаченную им и остальным обществом в виде налогов медицинскую помощь по потребностям своего здоровья за неработоспособностью механизмов медицинской эвакуации или потому, что закончились квоты, или по иной причине, то бесплатность здравоохранения исключается его недоступностью. Поэтому люди хотят не ограничиваемой никакими условиями доступности медицинской помощи.

Если отношения граждан – получателей и поставщиков медицинских услуг – ставятся в зависимость от усмотрения бюрократии, решающей, как, чем и когда лечить и лечить ли вообще, то здравоохранение перестает быть охраной здоровья, становясь порождающей коррупцию чиновничьей благотворительностью. Отраслевое ведомство получает возможности решать за общество, что ему нужно. Происходит подмена ожиданий общества в здравоохранении мнением об этом отраслевого ведомства. Общество не делегировало отраслевому ведомству полномочия что-либо решать в отношении здоровья всех и каждого его члена хотя бы потому, что здоровье – неотчуждаемое благо, право на которое непередаваемо как неразрывно связанное с личностью (ст.150 ГК). Поэтому люди хотят независимости своего лечения от волюнтаризма бюрократии.

Если при оказании медицинских услуг здоровье является объектом целенаправленного воздействия, то правообладатели-граждане хотят независимости своего лечения и от вредообразующих пороков оказания медицинской помощи. Если к ущербу от патологии, побуждающей обратиться за медицинской помощью, добавляется вред вследствие дефектов ее оказания, то пациент лишается того, что вправе ожидать от медицинской помощи, поступающей тем, что не ожидал утратить. Помощь оборачивается вредом большим, чем от имеющейся патологии в отсутствие помощи. Поэтому люди хотят медицины, безопасной для своего здоровья.

Тем самым, в целом, люди хотят:

1. не платить лично;
2. платить лично врачам;
3. доступной медицинской помощи;
4. независимости своего лечения от усмотрения бюрократии;
5. безопасной медицины.

В этом и заключаются ожидания общества от здравоохранения, определяющие правовые реалии.

Следовательно, формула правового реализма в сфере охраны здоровья такова: доступная безопасная медицинская помощь, адресно-мотивирующая врачей оплатой через посредство государственной казны без влияния бюрократии.

В целом, социально-политические проблемы охраны здоровья происходят из несоответствия здравоохранения в действующей модели существу:

- политического реализма: нахождение надлежущего положения государства в гражданском обороте, а также нужного варианта социального проектирования, на основе которого оно выстраивает реформу социальной сферы и последующую социальную политику, оформляя ее законодательно;

- организационного реализма: приведение организации здравоохранения в соответствие с реалиями организации общества через создание системы оборота и воспроизводства ценностей в социальной сфере с переходом от административно-бюджетной к индустриальной организации отрасли;

- правового реализма: раскрытие механизма доступной безопасной медицинской помощи, адресно-мотивирующей врачей оплатой через посредство государственной казны без влияния бюрократии.

Правовые пути разрешения социально-политических проблем охраны здоровья состоят в создании отправных начал для целей законодательного оформления политических, организационных и правовых реалий в этой сфере.

В наиболее общем виде это – разгосударствление здравоохранения с выведением его за пределы действия бюджетного законодательства, создание специального правового режима регулирования экономической деятельности с социальным результатом и переход к

использованию государством единственно частноправовых инструментов в пользу граждан как путь осуществления социальной политики в отрасли.

Для этого необходимо, на первом этапе:

- во-первых, законодательно определить различия публично-правовой роли государства в качестве социального регулятора и частноправовой – в качестве плательщика в пользу общества в здравоохранении;

- во-вторых, провести демаркационную линию между сферами действия бюджетного и гражданского законодательства в здравоохранении;

- в-третьих, установить формально определенные различия между экономической деятельностью в реальном секторе и в социальной сфере.

На втором этапе нужно диверсифицировать сегменты гражданского оборота в отрасли (финансовые и товарные рынки, рынки товаров, работ, услуг, рынки потребительского и предпринимательского назначения), законодательно оформив соответствующие юридически значимые различия.

И, наконец, на третьем этапе следует правовыми средствами создать системный алгоритм воспроизводства социальных процессов сохранения баланса интересов всех участников обязательственных отношений в сфере охраны здоровья.

Таким образом, социально-политические проблемы охраны здоровья происходят из несоответствия здравоохранения в действующей модели политическим, организационным и правовым реалиям. Правовые пути их разрешения состоят в тщательном разграничении правовых режимов в соответствии с характером регулируемых отношений для целей удержания баланса социальных интересов.

А.В. Панов, член НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», управляющий ООО «Центр медицинского права», юрист, г. Омск.
А.А. Карпенко, генеральный директор Московского филиала ООО «Центр медицинского права», юрист, врач, г. Москва

По материалам «Equity and excellence: Liberating the NHS» с сайта Department of Health¹. Перевод с английского: Панов А.В., Карпенко А.А.

От авторов перевода: В начале 2008 года Минздравсоцразвития России предоставило вниманию Концепцию развития здравоохранения до 2020 года² Правительство Великобритании в июле 2010 года изложило свое видение реформирования государственной системы здравоохранения, основанной, как и в Российской Федерации, на предоставлении бесплатной медицинской помощи своим гражданам. Сравнение концепции двух стран позволит более детально и взвешенно оценить предлагаемые Минздравсоцразвития России пути и цели, как долгосрочные ориентиры развития отечественного здравоохранения.

Реформирование государственной службы здравоохранения: во имя справедливости и высокого качества³

Представлен на рассмотрение парламента от Государственного секретаря по вопросам здравоохранения по указу Ее Величества

Содержание

Стратегически цели NHS⁴

1. Правительство Великобритании придерживается основополагающих ценностей и принципов NHS, как всеобъемлющей службы, доступной для всех в любом месте на основании клинических потребностей пациентов, а не их платежеспособности.

2. Мы увеличим расходы на здравоохранение в реальном выражении в течении каждого года работы нынешнего парламента.

1 <http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>

2 <http://www.zdravo2020.ru/>

3 Впервые обнародована 16 июля 2010 года (примечание авторов перевода)

4 NHS - National Health Service (национальная служба здравоохранения Великобритании), примечание авторов перевода

РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЕЛИКОБРИТАНИИ

Представлен британский подход к реформированию системы здравоохранения, основанной на бесплатном оказании медицинской помощи

Ключевые слова: реформа здравоохранения, зарубежный опыт, Великобритания

3. Наша цель состоит в реформировании NHS по результатам которой она может стать одной из лучших в мире.

Приоритеты интересов пациентов и общественности

4. Мы поместим пациентов в центр NHS через информационную революцию, более широкий выбор и контроль:

а. Совместное принятие решений станет нормой: никакого решения о пациенте без пациента.

б. Пациенты будут иметь доступ к информации, которую захотят получить, чтобы сделать выбор в отношении медицинского обслуживания, отвечающего их интересам. Они будут иметь более полный контроль над своей медицинской документацией.

с. Пациентам будет предоставлено право выбора любого исполни-

теля медицинской услуги, выбора врача общей практики и врача – узкого специалиста и соответствующего метода лечения. Мы намерены расширять возможности выбора в родильных домах через создание новых сетей по патронажу беременных и подготовки к родам.

д. Правительство предоставит возможность пациентам давать оценку качества медицинской помощи получаемой ими в больницах и входящих в них отделений, мы потребуем от больниц открытия информации о допущенных врачебных ошибках и предоставление этой информации пациентам.

е. Система здравоохранения сосредоточится на индивидуальном подходе, отражающем особенности возраста, пола, здоровья пациентов.

ф. Мы намерены укреплять коллективный голос пациентов и ответственности через создание меха-

низмов, как на местном, так и на национальном уровне, предусматривающих новые мощные объединения пациентов – потребителей, ориентированные на отслеживание показателей качества

g. Мы будем стремиться к тому, что каждый гражданин смог беспрепятственно реализовать свои права на получение медицинской помощи

Улучшение результатов в здравоохранении

5. Для достижения наших амбиций по выведению отечественного здравоохранения в число лучших мировых систем, NHS должна быть сосредоточена на результатах и стандартах качества, которые обеспечивают заданные правительственные приоритеты по сокращению смертности, заболеваемости, повышению уровня безопасности пациента, внедрения передового опыта и современных медицинских технологий:

h. NHS намерено брать на вооружение медицинские технологии, основанные на достоверных клинических результатах. Мы избавимся от медицинских технологий, не отвечающих требованиям достоверности.

i. Культура информационной открытости, ответственности будет гарантировать, что безопасность пациентов ставится превыше всего.

j. Разработанные стандарты качества станут основой платежных систем с жестким контролем за отклонением от стандартов и штрафными санкциями за это.

k. Мы предполагаем финансово поддерживать фармацевтические компании при разработке инновационных лекарственных средств в целях содействия инновационному развитию, обеспечению более широкого доступа пациентов к эффективным лекарственным средствам. В качестве первоочередной меры мы создаем фонд по разработке новых лекарств против рака, который начнет действовать с апреля 2011 года. Этот фонд по рекомендации врачей будет поддерживать пациентов, нуждающихся в лекарствах.

l. Деньги начнут следовать за пациентом через прозрачные пла-

тежные системы NHS, стимулирующие оказание высококачественной медицинской помощи, повышение производительности труда и поддерживающие право выбора пациентов.

m. Размеры оплаты будут поставлены в зависимость от достигнутых результатов, а не только деятельность (процессы) и обеспечить стимулы для более высокого качества.

Автономия, подотчетность и правозаконность

6. Правительственные реформы расширят права врачебного сообщества, предоставляя им больше автономии, но и одновременно больше ответственности за результаты своей деятельности, создадут системы подотчетности пациентам через реализацию их права выбора и ответственности перед обществом на местном уровне:

n. Новое законодательство о здравоохранении даст NHS большей свободы и поможет добиться более высокой политической значимости

o. Правительство предполагает делегировать властные полномочия и ответственность за оказание медицинской помощи на медицинских работников, ближайших к пациентам: GP⁵s и их коллег, объединенных в консорциумы.

p. Для укрепления правозаконности на местном уровне власти планируют содействовать объединению медицинского сообщества, принимать меры по их социальной защите и улучшению здоровья.

q. Мы создадим независимый от NHS коллективный орган – the NHS Commissioning Board, который будет вести учет достигнутых результатов оказания медицинской помощи, ее качества, эффективности использования материальных ресурсов. Ему также планируется вменить обязанности по обеспечению равенства и решения проблем неравенства в доступе к услугам здравоохранения.

r. Мы стремимся к созданию крупнейшего в мире социально ответственного предпринимательского сектора в здравоохранении за счет

5 GP (general practice) – врач общей практики, примечание авторов перевода.

расширения регулятивных рычагов, которые предоставляют сотрудникам NHS больше возможностей влиять на будущее своих организаций, в том числе и на их руководителей.

s. Планируется осуществлять мониторинг экономического состояния NHS в целях повышения экономической эффективности исполнителей медицинских услуг, развития среди них конкуренции, регулирования цены и гарантий непрерывности оказания услуг.

t. Мы намерены укреплять роль Комиссии по обеспечению качества как эффективного инструмента контроля за здравоохранением и социальным обеспечением.

u. Мы перераспределим бюджета здравоохранения в пользу профилактики заболеваний.

Сокращение бюрократического аппарата и повышение его эффективности

7. Для достижения беспрецедентного повышения эффективности NHS необходим режим жесткой экономии для реинвестирования сэкономленных средств в модернизацию здравоохранения в целях удовлетворения текущих и будущих расходов на демографические и технологические изменения:

v. К 2014 году планируется сэкономить 20 млрд. фунтов стерлингов, NHS произведет их перераспределение на обеспечение повышения качества и результатов.

w. Правительство сократит на 45% за четыре последующих года расходы на управление NHS и перенаправит полученные средства на непосредственную оказание медицинской помощи.

x. Мы проведем реорганизацию управленческого аппарата NHS и радикально уменьшим штат его департаментов, пересмотрев и упорядочив функции их работников

Заключение: это произойдет обязательно

8. Мы берем на себя обязательство поддерживать постоянство намеченных целей. Это долгосрочный план NHS не только на этот парла-

ментский срок, но и за его пределами. Мы создадим для NHS согласованную, стабильную прочную основу для улучшения обслуживания и повышения качества. Обсуждение реформирования здравоохранения должно быть сосредоточено не на структурах и процессах, а она обозначенных приоритетах и улучшения прогресса в области здравоохранения для всех без исключения.

9. Это сложный и далеко идущий комплекс реформ, который начнет управлять культурными изменениями в NHS. Мы составим планы для управления изменениями, включая стратегическую роль органов здравоохранения и первичного звена в переходном периоде. Осуществление реформирования будет происходить снизу вверх. Многие наши действия потребуют создания нового законодательства и утверждения его парламентом.

1. Реформирование NHS

Наши ценности

1.1 Наша привилегия - быть хранителями NHS, ее ценностей и принципов. Мы считаем, что NHS является неотъемлемой частью нашего общества, отражающая социальную солидарность, общий доступ к общественному здравоохранению и коллективную ответственность за использование его ресурсов в целях улучшения здоровья всех.

1.2 Мы привержены NHS, которая доступна для всех, бесплатна для использования в зависимости от потребностей граждан, а не их платежеспособности.

1.3 NHS служит целям справедливости нашего общества, целям удовлетворения потребностей нуждающихся в медицинской помощи.

Мы стремимся к осуществлению запрет на дискриминацию по признаку возраста в сфере услуг NHS и социальной помощи, который будет законодательно установлен с 2012 года.

1.4 Мы намерены настаивать на принятии основополагающего закона о NHS созданного на основе межпартийного взаимодействия, который закрепит принципы и ценности, а также права и обязанности

пациентов и персонала, кроме того он предоставит исполнителям услуг больше свободы в распоряжении полученными от NHS средствами, что приведет к повышению квалификации врачебного персонала, ориентированного на лучший уход за пациентами.

1.5 Текущие нормативные акты дают большую свободу усмотрения чиновникам в их применении. Мы будем проводить ревизию нормативных актов, устанавливая больше автономии организациям NHS с их большей свободой, ясными обязанностями и прозрачностью в их ответственности.

NHS Сегодня

1.6 NHS сегодня относится к числу мировых лидеров по уровню медицинского обслуживания. Многие страны стремятся узнать о нашей системе врачей общей практики и ее роли в медицинском обслуживании пациентов по месту жительства, обеспечения непрерывности ухода и координации усилий различных врачей.

В NHS имеется сильный акцент на принципах доказательной медицины, поддерживаемой признанными на международном уровне клиническими исследованиями, проводимые Национальным институтом по исследованиям в области здравоохранения и Национальный институт клинических исследований. Некоторые страны ориентируются на наши программы иммунизации населения. Наши достижения в исследовании рака являются признанными во всем мире.

1.7 Правда имеются и менее значимые результаты по сравнению с достижениями других стран. Например, это предотвратимый уровень смертности от некоторых респираторных заболеваний и отдельных видов злокачественных новообразований, последствий инсульта. Отчасти это связано с различиями в исходных факторах риска, однако международный опыт показывает, что мы имеем возможности продвигаться дальше по пути более эффективного управления хроническими состояниями. Например, NHS имеет более высокие показатели от

острых осложнений сахарного диабета и астмы, которых можно было бы избежать.

...

1.9 NHS также характеризуется относительно плохими оценками по реагированию на индивидуальные нужды пациентов. Очень часто допускается принцип пациент для медицины, а не медицина для пациента.

Наше видение NHS

1.10 мы хотели бы видеть NHS, как:

- действительно сосредоточенную на пациентах и уходе за ними;
- достигающую качества и результатов, являющихся одними из лучших в мире;
- отказывающуюся мириться с небезопасной и некачественной медицинской помощью;
- устраняющую дискриминацию и уменьшающую неравенство в доступе к получению медицинской помощи;
- ставящую врачей и медицинские организации в условия восприимчивости к инновациям с более сильными стимулами для внедрения передового опыта;
- являющуюся более прозрачной, с четкой ответственностью за качество и результаты;
- предоставляющую гражданам высказывать свое мнение об NHS
- менее разделенную и фрагментированную, преодолевающую как ведомственные границы, так и сосредоточенную на взаимодействии с местными властями больницами и врачебными практиками;
- являющуюся более эффективной и динамичной с радикально меньшей национальной, региональной и местной бюрократии
- находящуюся на более стабильной и устойчивой основе, свободной от частого и произвольного политического вмешательства.

...

1.12 Штаб-квартира NHS будет находиться не в Департаменте здравоохранения или новой административной структуре – the NHS Commissioning Board, а в офисах лечащих врачей и кабинетах кли-

ник. Правительство освободит NHS от чрезмерного бюрократического и политического контроля, чтобы сделать его проще для врачебного сообщества, мотивированного на инновации и на улучшение результатов. Мы создадим среду, в которой врачи и медицинские организации будут пользоваться большей свободой, иметь более четкие стимулы для процветания, но при этом и меры ответственности как за последствия отказа от обслуживания пациентов, так и перед налогоплательщиками, которые их финансируют.

1.13 Текущая структура системы здравоохранения разрабатывалась частями, включает в себя дублирование функций и очень громоздкая. Реформирование NHS и переход власти в руки пациентов и врачей означает, что мы сможем осуществить радикальное упрощение управления и удалить его ненужные уровни.

Мы будем основываться на ключевых аспектах уже существующих механизмов: например, числе консорциумов GP и, вероятно, на их основе ввода новых медицинских кластеров с позиции их экономической эффективности.

...

Финансовое положение

1.20 Мы осознаем, что предлагаемое реформирование состоится на фоне очень сложного финансового положения.

...

1.21 Мы увеличим расходы на NHS в реальном выражении за каждый год работы нынешнего парламента. Несмотря на это от местных организаций NHS мы ожидаем беспрецедентного повышения эффективности, т.к. должны быть покрыты не только расходы на демографические и технологические изменения, но и планируется достичь лучших показателей качества и улучшения результатов. Большие сокращения административных расходов станут важными, но все таки вносящие сравнительно скромный вклад. В ближайшие пять лет NHS будет иметь возможность повысить качество за счет внедрения передовой

практики и повышения производительности труда. Это сложная работа. Неизбежным является то, что в результате NHS будет использовать меньше сотрудников. Это жестокая правда, которую любое правительство будет вынуждено признать.

1.22 Все это означает, что мы обязаны обеспечить, чтобы финансовые средства использовались максимально эффективно. Частью этого процесса является повышение эффективности и ответственности всех звеньев NHS: от сотрудников департамента до GP за наиболее эффективное использование финансирования. Мы четко обозначаем, что не будет финансовой помощи для тех организаций, которые допустят перерасход государственных бюджетов.

Реализация нашего видения реформирования NHS

1.23 Наша стратегия направления на долгосрочную перспективу, а не только на период действия нынешнего парламента. Опыт работы в других секторах нашей социальной сферы и зарубежный опыт показывают, что проведение изменений требует времени и постоянной текущей адаптации к ним.

1.24 Многие будут приветствовать наше видение и ясность намерений, нашу настойчивость.

....

1.26 Модернизация сделает NHS более гибкой и прозрачной, лучше приспособленной для сдерживания последствий бюджетного дефицита в будущем.

...

1.27 В следующих главах будет изложено как мы проведем долгосрочные преобразования через:

- сосредоточение на интересах пациентов, как центральной фигуры здравоохранения и достижение публичности здравоохранения
- фокусировку на улучшение параметров качества здравоохранения и его результативности для состояния здоровья;
- автономию, подотчетность и правозаконность
- сокращение бюрократического аппарата и повышение его эффективности.

...

2. Сосредоточение на интересах пациентов и публичность

Совместное принятие решений: ничего для меня и без меня

2.1 Правительственные амбиции заключается в достижении системной здравоохранения результатов, которые являются одними из лучших в мире. Это может быть реализовано только путем вовлечения пациентов полностью в собственное лечение с решениями, принятыми ими в сотрудничестве с врачами и не только с ними.

2.2 Результаты оказания медицинской помощи являются индивидуальными для каждого из нас. Результаты отражают в т.ч. качество нашего взаимодействия с врачами, которые нас лечат. Но по сравнению с другими секторами потребительского рынка система здравоохранения находятся в зачаточном состоянии по использованию положительного опыта взаимодействия пациентов и врачей как сторон процесса в выборе и применении медицинских технологий.

2.3 Мы хотим, чтобы принцип «совместного принятия решений», стал нормой: никакого решения для меня и без меня. Международный опыт показывает, что участие пациентов в своем уходе и лечении улучшает их здоровье, повышает их удовлетворенность от полученных услуг. Они расширяют не только свои знания и понимание своего состояния здоровья, но и активно принимают участие в выбранной тактике лечения.

Это может также привести к значительному сокращению расходов, подтверждением чему является партнерство между пациентами и врачами при проведении клинических исследований. Результаты, как правило, там выше, где имеет место активное вовлечение пациентов в проводимые исследования.

2.4 The new NHS Commissioning Board будет непосредственно ответственным за вовлечение пациентов в лечение и государственный секретарь по вопросам здравоохранения будет держать на контро-

ле этот процесс и продвижение к намеченным целям. В то же время Департамент будет работать с пациентами и врачебным сообществом, чтобы инициировать предложения о вовлечении сторон в совместное принятие решений о медицинском обслуживании.

Информационная революция NHS

2.5 Информация в сочетании с надлежащей поддержкой является ключевым моментом для лучшего медицинского обслуживания, достижения лучших результатов и снижения затрат. Пациенты должны иметь гораздо больше информации и данных по всем аспектам здравоохранения, с тем, чтобы они могли участвовать в принятии решений и гораздо легче узнать об услугах, которые могут быть им доступны.

2.6 Правительство Великобритании намерено добиться информационной революции NHS, чтобы исправить существующий в настоящее время дисбаланс. Наша цель - дать людям доступ к всеобъемлющей, надежной и легкой для понимания информации из различных источников об условиях предоставления медицинских процедур, ведения здорового образа жизни, рекомендаций об уходе как за сам пациентом, так и за членами его семьи. Информационная революция также предполагает появление новых технологий получения медицинской помощи, таких как предоставление пациенту возможности общаться со своим лечащим врачом в режиме он-лайн. Мы намерены предоставлять широкий спектр онлайн-услуг, который будет означать, что услуги оказываются гораздо более эффективно, в удобное время и в месте, удобном для пациентов и их близких родственников.

2.7 Информация, полученная от самих пациентов, будет иметь решающее значение в этом процессе и будет включать более широкое использование эффективных инструментов, находящихся в распоряжении пациента, позволяющих отслеживать параметры его здоровья в режиме реального времени и наличии обратной связи.

В настоящее время подобные

данные, как составляющие системы национального клинического аудита, используются не достаточно широко. Мы будем расширять их сферу действия для сбора и анализа первичной информации.

Департамент планирует распространять сферу применения национального клинического аудита для более широкого круга медицинских процедур.

2.8 Мы также будем поощрять более широкое использование мнения пациентов, как обратной связи о предоставляемом медицинском обслуживании. Мы дадим пациентам возможность оценивать качество полученного медицинского обслуживания и будем требовать от больниц быть открытыми в предоставлении информации о своих ошибках и обяжем их сообщать пациентам о возникновении отклонений от планируемого хода лечения.

Мы также намерены требовать, чтобы медицинский персонал, осуществляющий уход пациентами в стационарах, стал объектом оценки со стороны пациентов и их родственников и сделал эту информацию общедоступной, чтобы другие пациенты со сходными заболеваниями могли сделать свой выбор места получения медицинской помощи, тем самым мотивируя медицинскую организацию повышать уровень удовлетворенности пациентов.

Департамент намерен стремиться к тому, чтобы этот подход был поэтапно разработан и внедрен в практику.

2.9 Информация упростит отчетность. В будущем будет намного проще отследить - где медицинское обслуживание оказывается на неприемлемом уровне и тем самым оказать давление на местные управляющие структуры.

Существует убедительные доказательства того, что лучшая информация

создает более четкую мотивацию для улучшения качества услуг. Наши намерения заключаются также в том, чтобы создать команду профессионалов - клиницистов, призванных давать оценку профессиональных действий своих коллег и результаты оценки представлять на обсуждение общественности

Департамент будет анализировать отчетность на местах по результатам деятельности и поощрять развитие конкуренции, как стимула для управляющих воздействий на достижение лучших результатов медицинского обслуживания.

Также планируется проводить аудит бухгалтерской отчетности на предмет ее точности и адекватности с последующей открытой публикацией для доступа к ней пациентов, членов их семей и общественности.

2.10 Более подробная информация будет публиковаться и о качестве управления сферой здравоохранения, насколько хорошо управленческий аппарат выполняет свои функции и контролирует использование на эти цели государственных денег, направляемых в здравоохранение.

Информация в поддержку реформ

Будущее здравоохранения должно быть ориентировано на предоставление достоверной информации об исполнителях медицинских услуг, позволяющей их сопоставлять между собой по определенным показателям:

Безопасности: внутрибольничном инфицировании, побочным реакциям лекарственных средств, предотвратимой смертности

Эффективности: уровень смертности (например смертность от сердечно - сосудистых заболеваний, выживаемость через один год и пять лет после пролеченного злокачественного новообразования), повторная госпитализация

Сервисного обслуживания: средние и максимальные сроки ожидания консультативного приема и назначенных медицинских вмешательств, а также иные оценки пациентов о медицинском обслуживании, основанные на обратной связи от пациентов, членов их семей и законных представителей.

2.11 Мы предоставим пациентам лучший контроль за их медицинской документацией начиная с возможности получения доступа к медицинской документации, находящейся у GP, а в последующем ко всем медицинским записям независимо от места обслуживания паци-

ента. Пациент будет определять право доступа к своим медицинским документам и видеть изменения, вносимые в них (кто, где, когда их сделал). При этом мы готовы предоставить соответствующие гарантии конфиденциальности по доступу к врачебной тайне.

2.12 Наша цель заключается в том, что граждане могли иметь возможность делиться данными из медицинской документации с третьими лицами, такими как группы поддержки пациентов, которые могут помочь им понять свои записи и оказать помощь в управлении их хроническими состояниями. Мы сделаем эти процедуры простыми для пациента, чтобы они могли скачивать свои записи и передать их в стандартном формате в любой организации по своему выбору.

2.13 Мы намерены представлять совокупность медицинских данных в стандартном, легко понятном формате, позволяющем пациентам самостоятельно проводить их анализ по промежуточными данным.

Планируется проводить исследования университетами в целях создания параметров агрегированных данных о состоянии здоровья, которые могут быть отправлены пациентами в медицинские организации для их оценки он-лайн на условиях анонимности. У нас есть хороший потенциал, чтобы предложить новые направления исследований в этой перспективной области сервисных услуг. Соответственно мы намерены дать гарантии защиты персональной информации. Мы поставим вопрос о введении системы добровольной аккредитации, что продемонстрировать общественности, что системы защиты информации отвечают стандартам качества.

2.14 Пациенты получают доступ к нужной им информации с помощью ряда инструментов, чтобы они могли предоставить в NHS информацию о третьих лицах, которым они предоставляю права доступа к своим персональным данным. Будет оказываться помощь гражданам, которые ограничены в доступе к консультациям по телефону или с помощью персонального компьютера.

2.15 Мы законодательно закрепим право сбора данных в области здра-

вохранения и социального обслуживания, установим ответственных за их сохранность. Сведения планируется хранить в специальном Информационном центре, обладающем соответствующими полномочиями и ответственностью за сбор данных и обеспечения надлежащего доступа к ним всех заинтересованных сторон.

2.16 Провайдеров обяжут действовать в рамках четких договорных обязательств с санкциями за ненадлежащую точность и своевременность предоставления данных. Вместе с Информационным центром они должны будут использовать согласованные технические параметры и стандарты, совместимости между различными подразделениями NHS. The NHS Commissioning Board должны быть разработаны единые стандарты по ведению медицинских записей их передачи и защиты, определены права и обязанности пользователей информации о персональных данных.

....

Расширение прав выбора и контроля

2.18 В будущем пациенты и их законные представители получат гораздо больше возможностей на реализацию своего права выбора медицинского обслуживания, в результате чего NHS сможет более оперативно реагировать на их потребности и пожелания.

Граждане должны иметь права выбора, т.к. по опыту нашего и зарубежного здравоохранения он однозначно улучшает качество медицинского обслуживания.

Мы также должны осознавать, что расширение права выбора пациента - это не улица с односторонним движением. В обмен на более обширную реализацию своих прав пациенты должны принять на себя ответственность за исполнение врачебных рекомендаций и ведение здорового образа жизни.

2.19 Предыдущее правительства положило начало реализации расширения права выбора пациента, но его внимание было привлечено только к проблеме выбора исполнителя медицинской услуги. Хотя

некоторый прогресс в этом направлении и был достигнут, но намеченные мероприятия не были выполнены в полном объеме и импульс для развития застопорился. Задача нынешнего правительства ускорить движение в обозначенном направлении.

2.20 Право выбора мы подразумеваем не в узком смысле, как возможность получить медицинское обслуживание в удобном месте и в удобное время, а как более фундаментальный контроль доступа к обстоятельствам лечения и ухода.

Расширение прав выбора предполагает следующие действия правительства:

- Увеличение количества субъектов оказания медицинских услуг и формирование между ними добросовестной конкуренции за голос пациента. Для формирования этих условий предлагается провести консультации с пациентами и врачебным сообществом о том, как добиться быстрого прогресса в этом направлении;

- законодательное установление положений, согласно которых все пациенты будут иметь право контроля за их медицинским обслуживанием и право выбора исполнителя медицинских услуг;

- внесение изменений в условия предоставления доступа медицинских организаций к участию в реализации программ NHS не позднее апреля 2011 года;

- обеспечение прав на реализацию материнства через оказание медицинской помощи в период беременности и родам посредством выбора беременной медицинской организации, осуществляющей ее патронаж. Беременность предполагает уникальную возможность женщинам получить медицинское обслуживание с «чистого листа», повышая шансы на благоприятный исход родов для матери и плода;

- создание условия по выбору метода лечения и Исполнителя медицинских услуг при оказании некоторых видов психиатрической помощи, начиная с апреля 2011 года и расширяя эти виды в дальнейшем;

- введение права выбора при проведении диагностических исследований и информирования об их

результатах начиная с 2011 года;

- сосредоточение внимания на долгосрочных целях граждан, в том числе персонализированной медицинской помощи гражданам пожилого возраста для выяснения их предпочтений по уходу за ними, в т.ч. и при нахождении в приютах;

- давать пациентам более подробную информацию о научных исследованиях, которые имеют отношение к их заболеваниям и возможность принять в них участие при наличии такого желания;

- предоставление каждому пациенту права выбора регистрации у любого GP без ограничений, связанных с местом жительства, пациенты должны знать, что они могут изменить своего GP быстро и без особых процедур и в равной степени продолжительное время оставаться на медицинском обслуживании у своего GP по месту жительства;

- разработка службы неотложной помощи по территории всей Англии 7 дней в неделю 24 часа в сутки, которая будет включать медицинскую помощь GP и иных врачей не только во время их основной работы. Мы создадим один номер телефона для неотложной помощи, в т.ч. с помощью технологий обеспечим возможность пациентам общаться со своим GP;

- внедрение процедуры выбора метода лечения через внедрение новых договорных отношений

2.21 В реализации предложений для расширения прав выбора и контроля Департамент будет проводить широкие консультации.

Нам нужно будет решить круг вопросов, в том числе: вопросы эффективного взаимодействия между врачебным сообществом и пациентами; реформы платежной системы обеспечивающей, чтоб деньги следовали за пациентом и предоставляли ему право выбора; информацию о наличии и доступности выбора методов лечения в том числе для больных со СПИДом, и пациентов с психическими заболеваниями; поддержку для пациентов различных языковых групп и пациентов – инвалидов; чтобы местные власти полностью поддерживали, а не ограничивали возможности права выбора пациентов, а также их максимального фактического

использования.

Мы проведем консультации о требованиях к исполнителям медицинских услуг, сборе и публикации информации о них в интересах пациентов.

2.22 Предыдущее правительство недавно начал пилотную программу личного бюджета на здравоохранение. Международный опыт показывает, что они имеют большой потенциал для улучшения результатов, преобразование культуры NHS, мотивируют пациентов активно участвовать в программах лечения и интегрировать их в систему медицинской и социальной помощи. Департамент будет способствовать дальнейшему развитию пилотных проектов и их продвижению вперед, изучать его возможности для введения права на расходование личного бюджет на медицинскую помощь в отдельных областях, таких как постоянный уход на дому.

Мы также признаем, что результаты введения программы личных бюджетов будут использоваться правительством при их оценке в 2012 году для информирования более широкой общественности и их более широкого применения в практике здравоохранения.

2.23 Мы ожидаем, что выбор метода лечения и исполнителя медицинских услуг станет реальностью для пациентов в подавляющее большинство услуг, финансируемых NHS, не позднее 2013/14.

В будущем the NHS Commissioning Board при NHS будет играть ключевую роль в реформировании. Он будет отвечать за разработку и согласование с Государственным секретарем гарантий права пациентов, обеспечивать ту мониторингования состоянии конкуренции среди исполнителей медицинских услуг.

Правительство намерено требовать от the NHS Commissioning Board разработки плана осуществления первоочередных задач, непосредственной работы с врачебным сообществом и голосом пациентов. Государственный секретарь будет также нести ответственность за наличие прогресса в этой важной социальной сфере.

Пациенты и общественность

2.24 Мы будем укреплять коллективный голос пациентов, с этой целью внесем ряд положений в законопроект о NHS о создании HealthWatch England, как независимых потребительских пациентских сообществ, принимающих участие в работе комиссии по контролю за качеством медицинской помощи.

На местах планируется создать местные отделения HealthWatch, призванные стать основой создания сильной местной инфраструктуры, повышения роли местных органов власти при разборе жалоб и заявлений через механизмы HealthWatch и созданные при них комиссии.

2.25 Мы намерены проанализировать уже действующие механизмы и при необходимости изменять соответствующее законодательство для обеспечения участие общественности в полной мере за эффективным контролем того, что оказываемые медицинские услуги отвечают потребностям пациентов.

2.26 Все источники обратной связи, из которых жалобы являются их важной составляющей должны быть в центре механизмов оценки качества предоставляемых медицинских услуг.

Опираясь на существующие процедуры рассмотрения жалоб, мы намерены укреплять механизмы для обмена информацией. Местные HealthWatch будут также иметь право делать заявления о том, что оказываемые медицинские услуги не соответствуют требованиям надлежащего качества.

Роль HealthWatch

На местном уровне:

- Местные организации HealthWatch будут обеспечивать, чтобы мнения пациентов и их законных представителей, как источник обратной связи были бы неотъемлемой частью функционирования всей местной системы здравоохранения и социального обеспечения;

- Местные органы власти должны будут предоставлять возможность местным отделениями HealthWatch или HealthWatch England информировать граждан о своей деятельности, чтобы население знало,



где оно может сведения о своих правах пациента, в т.ч и о подаче жалобы на медицинское обслуживание. В частности, они будут поддерживать пациентов, которые не имеют средств или возможностей, чтобы сделать выбор медицинского обслуживания, например, помогая выбрать GP

- Местные отделения HealthWatch будут финансироваться и подотчетны местным органам власти, в свою очередь на местные органы власти переложат ответственность за обеспечение того, чтобы местные организации HealthWatch работали эффективно и внедряли необходимые механизмы контроля

- Местные отделения HealthWatch

станут источником первичной информации для национальных HealthWatch и смогут публично выразить озабоченность о качестве предоставляемого медицинского обслуживания независимо от местных органов власти.

На национальном уровне:

- HealthWatch England будет обеспечивать руководство, консультирование и поддержку местных HealthWatch и будет способно лоббировать их интересы перед местными органами власти ;

- HealthWatch England будет оказывать консультационную помощь службам здравоохранения и социального обеспечения, а информа-

ционный центр HealthWatch England предоставлять пациентом данные, которые облегчили бы реализацию их права выбор на медицинское обслуживание;

- HealthWatch England будет также оказывать консультационную помощь the NHS Commissioning Board и Государственному секретарю

- На основе информации, полученной от местных HealthWatch и из других источников, HealthWatch England будет иметь полномочия предложить исследования качества оказываемых медицинских услуг.

Продолжение следует...

Бюджетная (финансовая) организация здравоохранения требует рассмотрения финансово-распределительной организации и проблем бюджетного законодательства в отрасли, а также существования бюджетной реформы в здравоохранении.

1. ФИНАНСОВО-РАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Финансово-распределительная организация здравоохранения охватывает проблемы бюджета и внебюджетных фондов, бюджетного процесса и государственных и муниципальных (бюджетных) услуг в отрасли.

1.1. БЮДЖЕТ И ВНЕБЮДЖЕТНЫЕ ФОНДЫ.

В советское время финансирование отечественного здравоохранения происходило исключительно в рамках государственного бюджета, поскольку и иного, кроме государственного здравоохранения, представленного государственными органами управления здравоохранением и учреждениями здравоохранения в соответствии с ведомственной Номенклатурой, не существовало.

В период после перестройки с появлением предпринимательства, с развитием товарообмена в стране, с утратой бюджетом приоритета перед экономикой, стало ясно, что сохранение прежнего алгоритма финансирования социальной сферы по остаточному принципу приводит к тому, что здравоохранение перестало получать и то небольшое, что получало прежде, а то, что получало, сокращалось злоупотреблениями бюрократии.

В 1991 году был принят Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28 июня 1991 года № 1499-1. Им были предусмотрены фонды здравоохранения (ст.11), распорядителями которых признавались «Советы Министров РСФСР и республик в составе РСФСР, органы государственного управления краев, областей, автономных округов и автономных областей, местная администрация», и фонды

БЮДЖЕТНАЯ (ФИНАНСОВАЯ) ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Показано, что бюджетная организация здравоохранения не способна создать в отрасли гражданский оборот

Ключевые слова: финансирование

здравоохранения, организация

здравоохранения, гражданский оборот

медицинского страхования (ст.12), которые «формируются в страховых медицинских организациях за счет средств, получаемых от страховых взносов».

Очень скоро стала понятна нежизнеспособность конструкции, при которой публичные средства сосредоточивались в частном владении, в связи с чем был создан Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – Фонд). Положение о Фонде утверждено постановлением Верховного Совета РФ от 24 февраля 1993 г. № 4543-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год» (создан Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, утверждены Положение о Федеральном фонде обязательного медицинского страхования, Положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, Положение о порядке уплаты страховых

взносов в Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования), а 29 июля 1998 г. вместо него принят устав Фонда¹.

Несмотря на то, что, во-первых, Фонд не являлся государственным органом, будучи признан «самостоятельным некоммерческим финансово-кредитным учреждением», он был наделен соответствующей сферой юрисдикции. Это означало, что он был уполномочен действовать в отношении третьих лиц (страхователей, медицинских и медицинских страховых организаций и пр.), подобно государственному органу, формально не относясь к механизму государства.

Во-вторых, Фонд был создан как субъект (учреждение), основанный не только на вверенном имуществе государственной принадлежно-

¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. N 857 «Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования»

сти, но и на дополнительном объекте публичной принадлежности (денежный фонд) в его ведении. Иными словами, он оказался вправе использовать средства денежного фонда и на свои нужды (или нужды, которые сможет обосновать, как необходимые и соответствующие целям своей деятельности) – на ведение дела. Федеральный фонд и территориальные фонды обязательного медицинского страхования по всей стране были соподчинены в единую систему административного распределения средств, как на потребности ведения дела, так и на финансирование учреждений здравоохранения. Фонды оказались заинтересованы побольше средств использовать на свои нужды, чем направлять на финансирование учреждений здравоохранения.

В-третьих, между государственными Фондами и государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения закон допустил посредническое существование частных медицинских страховых организаций, в собственность которых – в отсутствие иного – поступали публичные средства обязательного медицинского страхования. В условиях противоположности интересов учреждения здравоохранения были заинтересованы побольше получить, а медицинские страховые организации – поменьше заплатить, налагая на первых многообразные пени и сокращая платежи по разным основаниям.

В начальный период своего существования Фонд обладал огромным влиянием, в том числе на органы управления здравоохранением, поскольку именно он распределял средства казны. В ходе административной реформы Фонд стал подразделением Минздравсоцразвития и утратил былую финансовую самостоятельность.

Для организации здравоохранения введение обязательного медицинского страхования означало появление «двухканального финансирования»², поскольку учреждения здравоохранения стали финансироваться частью собственником по смете, частично – в поряд-

ке оплаты через механизм обязательного медицинского страхования оказываемых гражданам медицинских услуг.

Понятие услуги было введено Гражданским кодексом РФ как объект гражданских прав в 1994 году и раскрыто в 1996 году как совершение определенных действий или осуществление определенной деятельности на основании договора (п.1 ст.779 ГК РФ). Понятие медицинской услуги появилось ранее, со вступлением в действие Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» 1991 года, которым оно не раскрывалось, и получило лишь доктринальное раскрытие³. Однако в системе обязательного медицинского страхования предметом оплаты стали койко-день, обследование и посещение⁴, никак не сочетающиеся с ни с общим законодательным определением услуги, ни со специальным доктринальным пониманием медицинской услуги.

Понятие страхования в новое время подверглось соответствующим изменениям. С 1992 г. четыре раза радикально менялось законодательство в этой сфере. Закон Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «О страховании» установил, что страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхова-

возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

В 1996 г. вступила в силу часть вторая Гражданского кодекса Российской Федерации (глава 48 «Договор страхования»). В 1997 г. была принята новая редакция Закона «О страховании», в которой он был переименован в Закон РФ «Об организации страхового дела в РФ» (далее ЗоСД). Наконец, в конце 2003 г. в ЗоСД были внесены существенные изменения.

Наиболее глубоким исследователем договора страхования Ю.Б.Фогельсоном было показано, что договор страхования может быть использован двойко – как средство защиты частных⁵ интересов и как механизм реализации публичных обязанностей, и что только в первом варианте его использования договор страхования имеет гражданско-правовую природу. Если страхование используют как механизм реализации публичной обязанности, то отличительным признаком такого использования договора страхования является существование публичной обязанности государства независимо от договора страхования. Соответственно, не условия исполнения этой обязанности зависят от условий договора, а наоборот, условия договора зависят от

Понятие страхования в новое время подверглось соответствующим изменениям.

ние. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления (п.1 ст.9); страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого

условий исполнения обязанности. К таким случаям использования договора страхования относится обязательное государственное страхование, но не только оно. В обязательном медицинском страховании

3 Тихомиров А.В. Медицинская услуга: правовые аспекты //Здравоохранение. – 1999. - № 8. - С.161-178.

4 Стародубов В.И., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Предмет оплаты в здравоохранении // Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 3. - С.13-17.

5 Термин «частный интерес» использован автором в его противопоставлении «публичному интересу», т.е. в том же смысле, в котором определение «частный» используется в противопоставлении: «частное право» - «публичное право». В этом смысле возможен частный интерес и у государственных образований, например, интерес государственного образования в сохранении здания, принадлежащего ему на праве собственности.

2 Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Позиционирование органов размещения средств финансирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.5-9.

договор также используется лишь как механизм. В этих случаях речь идет не о страховании как таковом, а о форме реализации обязанности государства⁶.

С этим мнением нельзя в полной мере согласиться. Государство, действительно, может предусмотреть различные формы реализации своей обязанности, в том числе и страхование. И, действительно, договор в этом случае используется в качестве механизма реализации такой обязанности государства. Однако, в одном случае (социального обеспечения) страхование используется как вспомоществование нуждающимся гражданам (как реализация государством своей обязанности), а в другом (медицинское страхование) – государство участвует в совершенно иных отношениях оплаты предоставлений гражданам. Если в первом случае речь идет о социальном страховании как о механизме нетоварных предоставлений государством самим гражданам (пособия – по безработице, по временной нетрудоспособности и т.д.), то во втором – о страховании как о гражданско-правовом механизме оплаты государством товарных предоставлений гражданам третьими лицами (хозяйствующими субъектами), складывающемся в гражданском обороте. Это – тот самый «частный интерес у государственных образований» с тем отличием,

в том, чтобы материальные вложения в механизм страхования влекли последствия, ради которых они производятся, в виде социального результата.

В существующем виде обязательное медицинское страхование функции реализации ни публичного, ни частного интереса государства в сфере охраны здоровья граждан не выполняет – именно по той причине, что уподобляется социальному страхованию.

Это обусловлено тремя основными причинами отсутствия страхового содержания в медицинском страховании, товарообмена в ведомственном обороте средств казны и экономичности в распределительном механизме.

1.1.1. Отсутствие страхового содержания в медицинском страховании⁷.

Объект обязательного медицинского страхования законом не установлен, а объектом добровольного медицинского страхования признан «страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая» (ст.3 Закона Российской Федерации от 28 июня 1991 года N 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»). Объектом страхования является не риск наступления страхового случая, а риск последующих затрат на оказание меди-

риск наступления страхового случая служит основанием страхового покрытия, а не некий вторичный риск, следующий за наступлением страхового случая. Если же затраты обуславливают именно вторичный риск, то исключительно он и должен определять страховой случай. Существующая формулировка закона противопоставляет риск заболевания, отравления или травмы (страховой случай) происходящему из него риску затрат на оказание медицинской помощи (страховому риску) притом, что какой риск покрывается страховкой, не ясно.

Страхование основано на случайности и вероятности события, относительно которого не известно, наступит оно или не наступит, и страхователь производит малую оплату страховщику за держание риска того, что при ненаступлении страхового случая страхователь поступится этой суммой, а при его наступлении поступится страховщик, но значительно большей суммой, которая чрезмерна для застрахованного, если бы ее пришлось выплачивать ему. Если страхователь оплачивает страховщику держание риска в той сумме, в которой страховщик обязан выплатить при наступлении страхового случая и (или) которая вполне по силам застрахованному без страхования, то оно представляет собой не более чем финансовое посредничество при товарообмене. Именно таким и является медицинское страхование (равно обязательное и добровольное) в отечественном варианте: страховщик не поступается ничем, не держа никаких рисков, а страхователь выплачивает ему стоимость медицинских услуг, которая – за вычетом интереса страховщика – поступает их исполнителю.

Без ясности, какие и чьи правомерные интересы страхуются от каких рисков, которые держит страховщик и которые передает ему страхователь в пользу застрахованного, страхование невозможно.

В отечественном варианте медицинское страхование изначально лишено структуры отношений страхования.

Страхователями при обязательном медицинском страховании признаются: для неработающего населе-

В существующем виде обязательное медицинское страхование функции реализации ни публичного, ни частного интереса государства в сфере охраны здоровья граждан не выполняет – именно по той причине, что уподобляется социальному страхованию.

что – не в свою пользу («сохранение здания, принадлежащего ему на праве собственности»), а в пользу общества.

Финансирование здравоохранения для государства в своем публичном качестве – не более чем инструмент осуществления социальной политики в отрасли. Частный интерес государства в сфере охраны здоровья граждан состоит

в том, чтобы материальные вложения в механизм страхования влекли последствия, ради которых они производятся, в виде социального результата. В соответствии с такой формулировкой страховой случай и страховой риск – разные вещи, когда страховой случай обуславливает страховой риск, не являясь таковым. Между тем именно

7 Тихомиров А.В. Диверсификация способов государственного финансирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.17-22; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Институты финансирования в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 2. – С.14-22; Иванов А.В., Тихомиров А.В. Страхование и медицинская деятельность //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. - № 5. - С.32-40.

6 Фогельсон Ю.Б. Договор страхования в российском гражданском праве: Автореф. дисс. ... докт. юрид. наук. – М., 2005.

ния - Советы Министров республик в составе Российской Федерации, органы государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация; для работающего населения - предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, и лица свободных профессий; при добровольном медицинском страховании страхователями выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или (и) предприятия, представляющие интересы граждан (ст.2 Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», далее ЗоМС). Выступая страхователями при обязательном медицинском страховании, перечисленные субъекты производят обязательные налоговые платежи в государственную казну (фонды ОМС), из которой эти платежи поступают в страховые медицинские организации, а впоследствии – в медицинские организации, т.е. учреждения здравоохранения (в некоторых регионах – непосредственно из фондов и их филиалов). Тем самым за субъектами, обязанными производить налоговые платежи по закону, признается договорный статус страхователей, притом что перед кем в качестве страховщиков и в качестве застрахованных этот статус действителен, неизвестно. По существу, страхователями признаются налогоплательщики.

Статус страховщика определен следующим образом: страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием (ст.2 ЗоМС).

С одной стороны, законом фондам ОМС не придается статус страховщика, и финансирование ими в некоторых регионах медицинских организаций непосредственно или через филиалы является незаконным, формируя практику обращения прокуратуры в суд по этому поводу. С другой стороны, фонды ОМС по существу выполняют функ-

ции страхователя от имени государства, будучи созданы «для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования» (ст.12 ЗоМС).

Тем самым структура отношений страхования, соответствующая законодательству о медицинском страховании складывается иначе, чем предусмотрено действующей правовой доктриной.

Кроме того, в отечественном варианте медицинское страхование

этом случае основной задачей страхования становится депонирование денежных средств, а отсюда - препятствование их движению.

За рубежом давно понято, что для страховых организаций привлекательность соблюдения законных интересов пациентов тем меньше, чем больше довлеющая сила сбегать так или иначе от них полученное⁸.

Смещение интересов от плательщика и исполнителя медицинских

Страховой механизм оплаты медицинских услуг позволяет финансировать деятельность медицинских организаций.

изначально лишено также баланса экономических и неэкономических интересов.

Страховой механизм оплаты медицинских услуг позволяет финансировать деятельность медицинских организаций. Вместе с тем медицинское страхование предназначено для минимизации риска неподъемных для гражданина затрат на случай заболевания и возникновения потребности в медицинской помощи. Вопрос в том, какие приоритеты законодательно устанавливаются в государстве, в том числе перед системой медицинского страхования: удовлетворения потребностей гражданина по состоянию его здоровья или исключение вероятности неоплаты медицинской помощи по финансовой несостоятельности пациента? В первом случае центральной фигурой страхового механизма является гражданин, во втором - медицинская организация. Повсеместно принято исходить из законных интересов гражданина. Так сложилась страховая медицина. В противном случае медицинское страхование существует ради самого себя. Ибо ни благо пациента, ни запросы медицинской организации, предоставляющей пациенту соответствующие услуги, не будут учитываться, если финансовые интересы страховой организации заключаются в том, чтобы по максимуму взять и по минимуму отдать. В

услуг к страховщику означает, что эти интересы удовлетворяются средствами государственной казны.

Таким образом, за отсутствием страхового содержания в медицинском страховании оно представляет собой в отечественном варианте не более чем способ прямой оплаты медицинских услуг, при котором финансовые институты доминируют над институтами практического здравоохранения.

1.1.2. Отсутствие товарообмена в ведомственном обороте средств казны.

Медицинская помощь везде стоит денег и нигде бесплатной не бывает. Даже советское здравоохранение имело стоимостную оценку (доля в ВВП). Богатое за счет бедности граждан государство могло позволить себе содержать всю социальную сферу. Богатство государства создавалось за ее пределами и происходило из товарных (с известными оговорками) отношений в производственной сфере. Товарные отношения внутри страны формировались между производителями (в промышленности) и между продавцами и покупателями (в торговле, общепите и бытовом обслуживании). Здравоохранение же, как и вся социальная сфера, считалось непроизводственной сферой народного хозяйства. Товарные

⁸ Тихомиров А.В. Медицинское право. Практическое пособие. - М.: Статут, 1998 - 418 с. - С.18-19.

Бюджетная организация социальной сферы

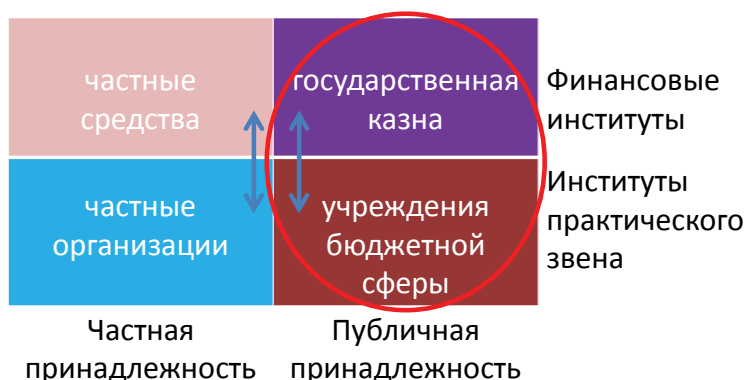


Рисунок 1. Схема закрытого рамками бюджетной сферы оборота средств государственной казны

отношения в ней (хозрасчет) допускались как исключение. Тем самым бюджет государства складывался из доходов, извлекаемых из товарных отношений вне социальной сферы, и расходов, производимых, в том числе, в социальной сфере. А поскольку государство монополично позиционировалось в экономике, непротивоправное участие в ней частных товаропроизводителей было ничтожно малым и вообще отсутствовало в социальной сфере.

Поэтому советское здравоохранение складывалось на идеологии потребления. Соответствующее обоснование потребностей могло привести к приобретению нового оборудования, строительству новых зданий, расширению штатов и т.д. И рост доли в ВВП отражал не повышение эффективности здравоохранения, а силу обоснований необходимости увеличения вложений в него. Связь вложений и их эффекта в социальной среде не была очевидной. Это не означает, что советское здравоохранение было абсолютно неэффективным – система организации здравоохранения была наиболее соответствующей социально-экономическому устройству государства, и вместо очевидных несоответствий вложений в здравоохранение и реальной отдачи от них ориентировалась на потенциально предотвращенные потери здоровья.

В целом, здравоохранение пришло к тому, что готово освоить любые вложения. Но дальше боль-

ше государство оказывалось не в состоянии соответствовать возрастающим потребностям здравоохранения.

В значительной мере это обусловлено тем, что государство не определилось с существованием гражданского оборота в социальной сфере. Прежняя – социалистическая – организация здравоохранения была сохранена в окружении капиталистической действительности. Формированию гражданского оборота в отрасли государство предпочло создание закрытого ведомственного квази-оборота квази-услуг, оказываемых квазитоваропроизводителями (учреждениями здравоохранения) и финансируемых квази-плательщиком (внебюджетными государственными фондами обязательного медицинского страхования) (рис. 1).

В этом обособленном рамками ведомства обороте возникает иллюзия доходов учреждений здравоохранения. Однако в условиях тотального нормирования их деятельности такие доходы имели только номинальное значение *de jure*, не будучи таковыми на деле, *de facto*.

Действительно, доходы, получаемые государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, пополняют собственность государства и муниципальных образований, в том числе и от «платных» услуг сверх налоговых поступлений. Но поступление доходов государственных и муниципальных учреж-

дений в принадлежность публичного собственника не означало их поступления в казну: имущество публичного собственника, на котором они основаны, является распределенным (п.1 ст.126 ГК РФ).

Проблема обращения имущественных поступлений в казну возникла с появлением законодательного понятия услуги. Ее создало положение п.2 ст.298 ГК РФ: если в соответствии с учредительными документами учреждению предоставлено право осуществлять приносящую доходы деятельность (в том числе, от оказания услуг), то доходы, полученные от такой деятельности, и приобретенное за счет этих доходов имущество поступают в самостоятельное распоряжение учреждения и учитываются на отдельном балансе. С появлением Казначейства такая самостоятельность стала ограничиваться законом о федеральном бюджете. Поначалу ими предусматривалось завершение перевода счетов по учету собственных средств бюджетных учреждений в органы федерального казначейства с сохранением за учреждениями свободы распоряжения ими⁹. Впоследствии было установлено, что средства, полученные федеральными учреждениями от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, учитываются на счетах, открытых им в органах федерального казначейства, и расходуются федеральными учреждениями в соответствии со сметами доходов и расходов, утвержденными в порядке, определяемом главными распорядителями средств федерального бюджета, в пределах остатков средств на их лицевых счетах¹⁰, а также – что заключение и оплата федеральными учреждениями договоров, исполнение которых осуществляется за счет средств от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, производится в пределах утвержденных смет доходов и расходов в пределах остатков

⁹ ст.114 Федерального закона от 27 декабря 2000 года № 150-ФЗ «О федеральном бюджете на 2001 г.»

¹⁰ ст.132 Федерального закона от 30 декабря 2001 года № 194-ФЗ «О федеральном бюджете на 2002 г.»; ст.126 Федерального закона от 24 декабря 2002 года № 176-ФЗ «О федеральном бюджете на 2003 г.»; ст.139 Федерального закона от 23 декабря 2003 года № 186-ФЗ «О федеральном бюджете на 2004 г.».



Рисунок 2. Схема круговорота средств государственной казны в здравоохранении

средств на их лицевых счетах, если иное не предусмотрено законом о федеральном бюджете. Одновременно определено, что заключение и оплата федеральными учреждениями договоров, исполнение которых осуществляется за счет средств от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, производятся в пределах утвержденных смет доходов и расходов, и что органы государственной власти субъектов Российской Федерации вправе принять решение об осуществлении операций со средствами от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, полученными учреждениями, находящимися в их ведении, на счетах, открытых им или органам, осуществляющим кассовое обслуживание исполнения бюджетов субъектов Российской Федерации, в учреждениях Центрального банка Российской Федерации или кредитных организациях с учетом положений бюджетного законодательства Российской Федерации. Более того, предусмотрено, что средства, полученные от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, не могут направляться федеральными учреждениями на создание других некоммерческих организаций, а главным распорядителям средств федерального бюджета поручено обеспечить закрытие счетов, открытых федеральным учреж-

дениям, находящимся в их ведении, в учреждениях Центрального банка Российской Федерации и кредитных организациях для учета операций со средствами, полученными от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, а органам федерального казначейства в случае неисполнения этих положений – приостанавливать операции по лицевым счетам получателей средств, открытым федеральным учреждениям в органах федерального казначейства, и (или) счетам, открытым в учреждениях Центрального банка Российской Федерации и кредитных организациях. Оформился круговорот средств казны в здравоохранении (рис.2).

Тем самым бюджетный режим сбережения имущества вступил в противоречие с гражданско-правовым режимом владения, пользования и распоряжения им.

Бюджет традиционно признается предназначенным на цели потребления (распределения). Доходы же учреждений здравоохранения являются выражением воспроизводства имущества¹¹.

А существование государственных внебюджетных фондов лишь опосредует возвращение распределенных средств обратно в казну через государственные и муници-

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

пальные учреждения здравоохранения в порядке оплаты оказываемыми гражданам медицинских услуг. Эти средства не обращаются на цели воспроизводства, используются не в хозяйственном обороте.

Не столько бюджет и внебюджетные фонды нуждаются в обороте, сколько средства воспроизводства во владении государства и муниципальных образований. Именно это позволяет развести публичное управление и экономический оборот, публичные органы и организации, осуществляющие хозяйственную деятельность.

Таким образом, отсутствие товарообмена в ведомственном обороте средств казны объясняется множеством причин, среди которых основной, конечно, является непригодность бюджетного законодательства для оформления отношений товарообмена. Организация отношений товарообмена в бюджетной сфере неосуществима в силу применения к ним бюджетных правил нормированного потребления имущества, в то время как они возможны исключительно в гражданско-правовых условиях свободы воспроизводства имущества.

1.1.3. Отсутствие экономичности в распределительном механизме.

Отсутствие экономичности в распределительном механизме вытекает из существующего состояния административных расходов, предмета оплаты и предотвращения убытков по возмещению (компенсации) ущерба.

1.1.3.1. Административные расходы.

Проблема административных расходов, утяжеляющих цену медицинских услуг, стоит во всем мире, и также – в наиболее развитых странах¹². Однако в административные расходы включается исключительно частноправовая составляющая – необходимость содержания в штате плательщика за медицинские услуги административного персонала, перепроверяющего правильность расчетов по оплате медицинских услуг.

12 Панов А.В. Американское здравоохранение в сравнении с системами здравоохранения ведущих индустриальных стран // Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 7. – С.43-52.

В отечественном варианте, когда на оплату услуг из государственной казны расходуются сотни миллионов, а на финансирование здравоохранения в целом по стране – сотни миллиардов рублей, очевидно, что административные расходы составляют не частноправовой, а публично-правовой составляющей, происходящей из содержания бюрократического аппарата многочисленных органов управления здравоохранением.

довольствующихся плодами своей деятельности.

1.1.3.3. Предотвращение рисков убытков по возмещению (компенсации) ущерба.

Когда хозяйствующий субъект строит свою деятельность в пределах разницы между доходами и расходами, как частные медицинские организации, он заинтересован в предупреждении рисков убытков, поскольку таковые увеличивают его расходы.

Когда хозяйствующий субъект строит свою деятельность в пределах разницы между доходами и расходами, как частные медицинские организации, он заинтересован в предупреждении рисков убытков, поскольку таковые увеличивают его расходы.

1.1.3.2. Предмет оплаты.

Проблема предмета оплаты стоит постольку, поскольку в отечественном варианте в настоящее время то, что определено как предмет оплаты в здравоохранении (койко-день, посещение, обследование), медицинской услугой не является.

Во-первых, предмет оплаты не ограничивается медицинской услугой. Например, койко-день включает в себя услуги размещения, общественного питания, банно-прачечные и др. услуги, не являющиеся медицинскими.

Во-вторых, предмет оплаты не является константой, поскольку наряду со стабильной ценой собственно медицинской услуги включает варьирующие цены на продукты питания, перевозку, коммунальные и пр. переменные немедицинские расходы.

В-третьих, поставка средств производства медицинских услуг в государственные и муниципальные учреждения здравоохранения осуществляется не в счет доходов от медицинских услуг, как в частных медицинских организациях, а по смете публичного собственника, в том числе и в порядке приоритетных национальных проектов и т.д. Тем самым вместо расчета исключительно на самоокупаемость учреждения здравоохранения ставятся в иждивенческое положение просителей, ожидающих даров, а не

Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, основанные не на собственном имуществе и находящиеся в условиях нормированного распределения поступлений из казны, лишены и возможности, и мотивации планировать ресурсы на случай возможной гражданской ответственности.

Пренебрежение рисками убытков по возмещению (компенсации) ущерба происходит не столько в силу безразличия учреждений здравоохранения к вероятности гражданской ответственности, сколько в силу их системной несамостоятельности учитывать такие риски в нормированном нисходящем бюджетном финансировании.

Таким образом, отсутствие экономичности в распределительном механизме имеет системную обусловленность. Бюджетная сфера не предназначена ни для товарообмена, ни для выбора экономических альтернатив, ни для рисков гражданской ответственности

В целом, существующая публичная финансово-распределительная организация здравоохранения демонстрирует свою несостоятельность в сфере гражданского оборота. Притом что охрана здоровья осуществляется в обществе, и субъекты практической медицинской деятельности, и институты ее финансирования субъект публичного права в качестве собственника содержит

в публичной (бюджетной) сфере, вопреки тому, что и характер этой деятельности, и характер обусловленных ею рисков имеет частноправовую природу.

1.2. БЮДЖЕТНЫЙ ПРОЦЕСС.

Бюджетный кодекс РФ 1998 года¹³, который многократно подвергался изменениям¹⁴, установил общие принципы бюджетного законодательства РФ, организации и функционирования бюджетной системы РФ, правовое положение субъектов бюджетных правоотношений, определил основы бюджетного процесса и межбюджетных отношений в РФ, порядок исполнения судебных актов по обращению взыскания на средства бюджетов бюджетной системы РФ, основания и виды ответственности за нарушение бюджетного законодательства РФ (преамбула БК РФ).

К бюджетным правоотношениям отнесены (п.1 ст.1 БК РФ):

отношения, возникающие между субъектами бюджетных правоотношений в процессе формирования

¹³ Федеральный закон от 17 июля 1998 года № 145-ФЗ /Собрание законодательства РФ», 3 августа 1998, N 31

¹⁴ 1999 год: № 227-ФЗ от 31.12.1999; 2000 год: № 116-ФЗ от 05.08.2000, № 150-ФЗ от 27.12.2000; 2001 год: № 126-ФЗ от 08.08.2001, № 194-ФЗ от 30.12.2001; 2002 год: № 57-ФЗ от 29.05.2002, № 86-ФЗ от 10.07.2002, № 104-ФЗ от 24.07.2002, № 110-ФЗ от 24.07.2002, № 176-ФЗ от 24.12.2002; 2003 год: № 117-ФЗ от 07.07.2003, № 123-ФЗ от 07.07.2003, № 147-ФЗ от 11.11.2003, № 148-ФЗ от 11.11.2003, № 158-ФЗ от 08.12.2003, № 184-ФЗ от 23.12.2003, № 186-ФЗ от 23.12.2003; 2004 год: Постановление Конституционного Суда РФ № 12-П от 17.06.2004, Федеральный закон № 111-ФЗ от 20.08.2004, № 120-ФЗ от 20.08.2004, № 174-ФЗ от 20.08.2004, № 173-ФЗ от 23.12.2004, № 182-ФЗ от 28.12.2004, № 195-ФЗ от 29.12.2004; 2005 год: № 49-ФЗ от 09.05.2005, № 78-ФЗ от 01.07.2005, № 127-ФЗ от 12.10.2005, № 159-ФЗ от 19.12.2005, № 176-ФЗ от 22.12.2005, № 189-ФЗ от 26.12.2005, № 197-ФЗ от 27.12.2005, № 198-ФЗ от 27.12.2005; 2006 год: № 6-ФЗ от 03.01.2006, № 19-ФЗ от 02.02.2006, № 160-ФЗ от 16.10.2006, № 175-ФЗ от 03.11.2006, № 201-ФЗ от 04.12.2006, № 237-ФЗ от 19.12.2006, № 238-ФЗ от 19.12.2006, № 265-ФЗ от 30.12.2006; 2007 год: № 53-ФЗ от 20.04.2007, № 63-ФЗ от 26.04.2007 (ред. 24.11.2008), № 212-ФЗ от 24.07.2007, № 247-ФЗ от 02.11.2007, № 257-ФЗ от 08.11.2007, № 333-ФЗ от 06.12.2007, № 159-ФЗ от 09.07.1999 (ред. 09.07.2002); 2008 год: № 118-ФЗ от 14.07.2008, № 141-ФЗ от 22.07.2008, № 161-ФЗ от 24.07.2008, № 205-ФЗ от 24.11.2008, № 225-ФЗ от 01.12.2008, № 281-ФЗ от 25.12.2008, № 310-ФЗ от 30.12.2008; 2009 год: № 17-ФЗ от 09.02.2009, № 58-ФЗ от 09.04.2009, Постановление Конституционного Суда РФ № 10-П от 22.06.2009, Федеральный закон № 145-ФЗ от 17.07.2009, № 181-ФЗ от 18.07.2009, № 192-ФЗ от 19.07.2009, № 213-ФЗ от 24.07.2009, № 218-ФЗ от 22.09.2009, № 261-ФЗ от 23.11.2009, № 283-ФЗ от 28.11.2009, № 314-ФЗ от 17.12.2009, № 374-ФЗ от 27.12.2009; 2010 год: N 69-ФЗ от 30 апреля 2010, N 86-ФЗ от 19 мая 2010, N 216-ФЗ от 27 июля 2010, N 229-ФЗ от 27 июля 2010.

доходов и осуществления расходов бюджетов бюджетной системы РФ, осуществления государственных и муниципальных заимствований, регулирования государственного и муниципального долга;

отношения, возникающие между субъектами бюджетных правоотношений в процессе составления и рассмотрения проектов бюджетов бюджетной системы РФ, утверждения и исполнения бюджетов бюджетной системы РФ, контроля за их исполнением, осуществления бюджетного учета, составления, рассмотрения и утверждения бюджетной отчетности.

Бюджетный процесс - регламентируемая законодательством Российской Федерации деятельность органов государственной власти, органов местного самоуправления и иных участников бюджетного процесса по составлению и рассмотрению проектов бюджетов, утверждению и исполнению бюджетов, контролю за их исполнением, осуществлению бюджетного учета, составлению, внешней проверке, рассмотрению и утверждению бюджетной отчетности (ст.6 БК РФ).

Но далее вместо понятия субъектов бюджетных правоотношений используется понятие участников бюджетного процесса.

В качестве участников бюджетного процесса перечисляются три категории субъектов:

1. По публичному положению – должностные лица и органы власти и местного самоуправления;

2. По функциональной роли в бюджетном процессе – главные распорядители (распорядители) бюджетных средств; главные администраторы (администраторы) доходов бюджета; главные администраторы (администраторы) источников финансирования дефицита бюджета;

3. По роли конечного звена бюджетного процесса (поступления бюджетных средств) – получатели бюджетных средств (п.1 ст.152 БК РФ).

И если между публичными органами или должностными лицами, в том числе, в их функциональной роли в бюджетном процессе, складываются составляющие этот процесс бюджетные отношения, то с

получателями бюджетных средств отношения не являются едиными по своей правовой природе и однозначно бюджетными.

Получатель бюджетных средств - бюджетное учреждение или иная организация, имеющие право на получение бюджетных средств в соответствии с бюджетной росписью на соответствующий год (ст.162 БК РФ).

Но, во-первых, бюджетное учреждение, оказывающее услуги гражданам, осуществляет деятельность с результатом, имеющим товарную форму, оплачиваемую государством в качестве договорного (гражданско-правового) предоставления.

Во-вторых, бюджетное учреждение, оказывающее «платные» услуги гражданам, состоит с ними исключительно в гражданско-правовых отношениях, даже будучи в отношении субъектом бюджетных правоотношений и участником бюджетного процесса.

В-третьих, «иная организация, имеющая право на получение бюджетных средств в соответствии с бюджетной росписью на соответствующий год», может быть не публичной, а частной принадлежности. В этом случае отношения с такой организацией не могут быть бюджетными, на нее не распространяется никакой иной (в том числе бюджетный) режим, кроме как

уже не в своем публичном качестве, а потому – не в меру бюджетных предписаний.

Проблему создает именно то обстоятельство, что, во-первых, в отечественном законодательстве граница между бюджетной сферой и гражданским оборотом не определена; во-вторых, несмотря на гражданско-правовое определение равенства субъекта публичного права в гражданском обороте с остальными его участниками, сохраняется приоритет публичной принадлежности средств, размещаемых в гражданском обороте; в-третьих, мера участия субъекта публичного права в гражданском обороте подвергается бюджетной, публично-правовой (а не частно-правовой) оценке.

Это происходит, во-первых, потому, что не разделены правовые режимы имущества публичной принадлежности. Правовой режим имущества потребления является отличным от правового режима имущества воспроизводства. Неприменимы к имуществу потребления правила о воспроизводстве имущества (услуги, доходы, договор), и наоборот, неприменимы к имуществу воспроизводства правила о самостоятельности распоряжения им¹⁵.

Во-вторых, не разделены правовые режимы имущества, обращаемого на нужды освоения самим

Получатель бюджетных средств – бюджетное учреждение или иная организация, имеющие право на получение бюджетных средств в соответствии с бюджетной росписью на соответствующий год.

договорной, гражданско-правовой.

Бюджетным является процесс распределения средств казны в звеньях публичного механизма государственной власти или местного самоуправления. Но он может продолжаться только до своих границ, за которыми начинается гражданский оборот.

Средствами казны государство участвует и в гражданском обороте, но – уже по правилам гражданского оборота (п.1 ст.124 ГК РФ), и

субъектом публичного права и на нужды приобретений в гражданском обороте. По одним (бюджетным) правилам происходит потребление средств казны механизмом государственной власти или местного самоуправления, по другим (частноправовым) – эти средства размещаются среди товаропроизводителей (для приобретения това-

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

ров, работ, услуг).

В-третьих, не разделены правовые режимы имущества, обращаемого на нужды приобретений субъектом публичного права в свою пользу и в пользу общества: если в первом случае субъект публичного права выступает покупателем (заказчиком) товаров, работ, услуг, то во втором – плательщиком по договору в пользу выгодоприобретателей.

Таким образом, бюджетный процесс в настоящее время происходит без необходимой дифференциации потоков обращения средств казны на нужды различающегося характера и неодинаковой правовой природы, не обеспечивая потребностей правоотношений, связанных с отчуждением имущества.

1.3. ГОСУДАРСТВЕННЫЕ И МУНИЦИПАЛЬНЫЕ (БЮДЖЕТНЫЕ) УСЛУГИ.

Парадигмой последнего времени в России стали государственные услуги. Этот термин, введенный в ходе административной реформы¹⁶, устоялся в политическом лексиконе. Появились поддерживающие его научные исследования. В этой связи возникла необходимость выяснить, имеет ли он право на существование¹⁷.

Как известно, с юридической точки зрения услуги – это объект гражданских прав, относящийся к материальным благам (ст.128 ГК РФ), хотя бы и не имеющий овеществленного, материального воплощения. Это также объект гражданских правоотношений, возникающий в силу договора (гл.39 ГК РФ), т.е. в отсутствие договора нет услуги, ее создает договор, она становится таким объектом из договора. Услуги являются объектом гражданского оборота, могут быть ограничены в нем или изъяты из оборота (ст.129 ГК РФ).

С экономической точки зрения услуги – это товар, хотя бы и особого свойства. Как любой товар,

16 Указ Президента Российской Федерации от 9 марта 2004 г. N 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти», позднее - Федеральный закон Российской Федерации от 27 июля 2010 г. N 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»

17 Родин О.В., Тихомиров А.В. Государственные услуги: проблемы правового смысла и терминологии //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 5. – С.

услуги обладают себестоимостью производства и продажной ценой, с учетом добавленной стоимости формирующейся в соответствии с конъюнктурой экономического оборота, товарообмена. Предметом товарообмена услугу делает экономическая полезность, т.е. услуга обладает меновой стоимостью.

По поводу услуг исполнители вступают в договорные отношения с заказчиком, сторона которого представлена получателем (потребителем) или также и плательщиком в его пользу (ст.430 ГК РФ) в зависимости от того, совпадают они или не совпадают в одном лице. Это наиболее демонстративно в здравоохранении и образовании, когда государство – в соответствующих механизмах – выступает плательщиком в пользу граждан за оказываемые им медицинские и образовательные услуги.

Нельзя согласиться с точкой зрения Санниковой Л.В.¹⁸, согласно которой возмездность не является существенным признаком услуги как объекта гражданских прав, что позволяет распространить гражданско-правовое регулирование, например, на безвозмездные отношения по оказанию медицинских и образовательных услуг. Так, в соответствии с п.1 ст.41 Конституции РФ медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений, но не безвозмездно, поскольку она оплачивается из государственной казны.

Таким образом, услуги – объект гражданского оборота и оказываются в возмездных отношениях встречных, взаимных предоставлений, в обмен на плату, т.е. денежный или иной имущественный эквивалент ценности. Важно то, что услуга всегда, во-первых, возникает в силу договора; во-вторых, обладает себестоимостью, относимой на доходы или убытки исполнителя; в-третьих, требует оплаты.

Как и в случае с любым другим товаром, в отношении товарообмена, объектом которого являются

18 Санникова Л.В. Обязательства об оказании услуг в российском гражданском праве: Автореферат дис. ... докт. юрид. наук – М., 2007.

услуги, происходит переход прав на встречные предоставления сторон договора: на услугу – к заказчику, на ее оплату – к исполнителю. Иными словами, объекты товарообмена меняют правовую принадлежность.

Именно потому оказание услуг является предметом предпринимательской деятельности, т.е. экономической активности в хозяйственном, гражданском обороте, что результат этой деятельности имеет форму товара.

Нельзя согласиться с мнением Санниковой Л.В. и Тихомирова Ю.А.¹⁹, что отношения по оказанию публичных (государственных, социальных) услуг остаются за рамками гражданско-правового регулирования. На примере здравоохранения показано, что это свидетельствует лишь о порочной (нетоварной) организации отношений, товарная (гражданско-правовая) природа которых с этим не меняется²⁰.

На этом фоне введение института публичных (государственных, социальных) услуг, т.е. оказываемых государственными органами или органами местного самоуправления в рамках их компетенции, на безвозмездной основе или по регулируемым ценам, тем более учитывая то, что учреждения бюджетной сферы, по существу, рассматриваются как исполнительные продолжения соответствующих органов, вызывает ряд вопросов.

Первый – о правовой характеристике платы члена общества за государственные услуги. Тем самым государство вступает в отношения товарообмена с членами общества.

Второй – о правовой характеристике самих государственных услуг. Во-первых, ярлыки – «государственные» или «платные» - никак не меняют товарного существа услуг. Во-вторых, товарным понятием государственной услуги подменяется нетоварное предоставление (например, получение гражданином РФ направления в медицинское

19 Тихомиров Ю.А. Публичные услуги: спрос общества и реализующие его институты. - В кн.: Модернизация экономики и выращивание институтов [Текст]: в 2 кн. /Отв. ред. Е.Г.Ясин; Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2005. – 2 кн. - С.118-119.

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

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

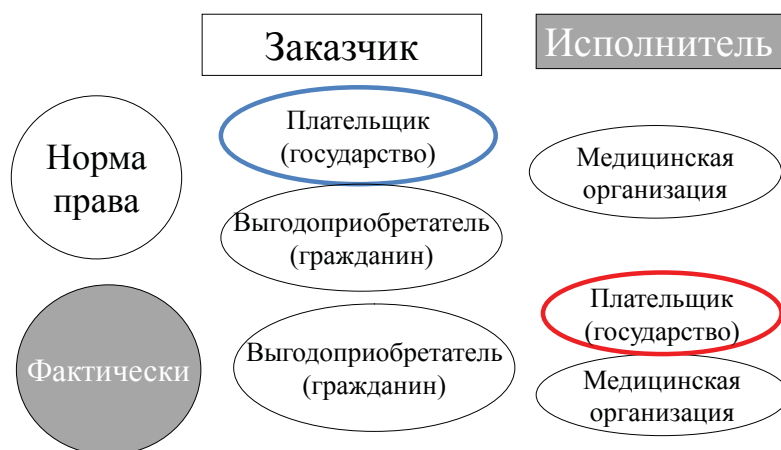


Рисунок 3. Схема позиционирования государства в отношениях по договору в пользу третьего лица

учреждение для оказания высоко-технологичной медицинской помощи) члену общества наряду с тем, которое имеет заведомо товарную природу и не может исходить от государства (собственно медицинские услуги), тем самым девальвируя первое и порождая коррупциогенный фактор. В-третьих, в смешении между государственными и муниципальными органами (результат деятельности которых не может иметь товарной формы) и учреждениями бюджетной сферы (результат деятельности которых не может не иметь формы товара) государственные услуги не могут не иметь правовых различий – ведь, например, выдача информации об объекте недвижимости и оказание медицинской помощи объективно обладают неодинаковым значением.

Наконец, третий – о субъекте оказания государственных услуг. Применительно к государственным услугам противоречие между публично-правовой характеристикой субъекта и частноправовой характеристикой объекта слишком велико.

Таким образом, понятие услуг неприменимо к тем нетоварным предоставлениям гражданам, которое осуществляет сам субъект публичного права в своем публичном качестве. В тех случаях, когда предоставления гражданам имеют

товарную природу, субъект публичного права может выступать лишь в гражданско-правовом значении плательщика в их пользу.

2. ПРОБЛЕМЫ БЮДЖЕТНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.

В новое время учреждения-организации разделились на две обособленные группы. Первую группу составили учреждения-конторы, деятельность которых замыкалась отношениями с учреждениями-органами. Вторая группа состояла из учреждений-заведений, которые осуществляли деятельность в отношениях с гражданами. Если учреждения-конторы не могли существовать иначе, чем за счет потребления имущества учредителя, находясь на полном его содержании, то учреждения-заведения стали пополнять это имущество за счет реализации производимой продукции (услуг), т.е. в порядке воспроизводства.

Учреждения-заведения оказались едиными по характеру деятельности с частными организациями – сходным образом производят те же услуги за плату, хотя бы и не по одинаковым ценам и по-разному распределяемую, тем же потребителям, несут одинаковую гражданскую ответственность за причинение вреда и по договорным обязательствам, пусть и с различиями по принадлежности имущества.

Между тем, осуществляя чуждую по характеру для публичной сферы деятельность, учреждения-заведения остались все в том же административном подчинении учреждениям-органам. К ним остались прежние требования, как к учреждениям-конторам – быть исполнительным продолжением учреждений-органов. Перед ними так же продолжают ставиться социально-политические задачи, стоящие перед учреждениями-органами. Подчиняясь в одной системе координат, свою деятельность они осуществляют (и несут вытекающую из нее ответственность) в другой.

Несмотря на то, что различны, во-первых, отношения принадлежности имущества, в которых учреждения состоят с учредителем, и отношения товарообмена, в которые учреждения вступают с третьими лицами; во-вторых, результаты потребления и воспроизводства имущества, к деятельности учреждений-заведений по воспроизводству имущества продолжает применяться мера его потребления, свойственного учреждениям-конторам и учреждениям-органам.

Возник конфликт – между социально-политическими приоритетами, декларируемыми учреждениями-органами, и действительными имущественными интересами учреждений-организаций, между алгоритмом потребления имущества учреждениями-конторами и алгоритмом воспроизводства имущества учреждениями-заведениями²¹, между публичной имущественной принадлежностью учреждений-заведений и частноправовым характером их деятельности.

В отличие от практического звена, бюджетная организация финансирования здравоохранения не претерпела изменений с советских времен.

Появление внебюджетных фондов, распределение финансов по принадлежности Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальным образованиям, рассеивание средств государственной казны по отдельным

²¹ Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Учреждение: pro et contra // Главный врач: хозяйство и право. – 2003. – №1. – С.24-41.

Оборотная организация социальной сферы

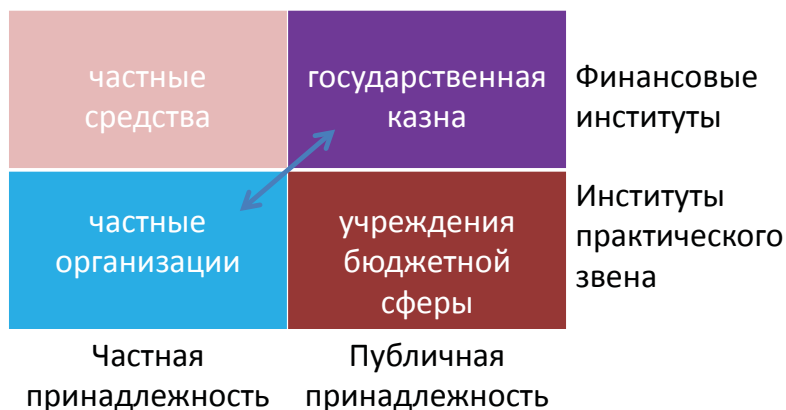


Рисунок 4. Схема оборотной организации социальной сферы

ний средств казны. Но не денежный вклад государства в здравоохранение результирует в состояние общественного здоровья, а деятельность практического звена, измеряемая в услугах в натуральном и денежном выражении – безусловно, не в линейной зависимости. Поэтому именно совокупность оказанных услуг в натуральном и денежном выражении характеризует величину соответствующего оборота в сфере охраны здоровья граждан.

Подобный оборот состоит в смене собственности производимой продукции и ее оплаты. В настоящее время лишь частные медицинские организации создают такой оборот – в государственном и муниципальном здравоохранении ни продукция

денежных средств, обращаемых на оплату оказываемых ими гражданам услуг (рис. 3). И обусловлено это тем, что и в том, и в другом случае собственность не выходит за круг бюджетного процесса. Тем самым государство в отношении оплаты медицинских услуг позиционируется в соответствии с бюджетно-правовыми правилами центростремительного сбережения имущества, а не гражданско-правовыми правилами его договорного отчуждения. Интересы граждан в качестве выгодоприобретателей не имеют значения для бюджетного процесса распределения средств казны в их пользу, лишенного характера товарообмена.

Таким образом, доля здравоохранения в ВВП складывается не из

финансирования здравоохранения за счет публичных средств, включая содержание органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения, а также оплату оказываемых последними услуг. Доля здравоохранения в ВВП составляет стоимость медицинских услуг, совокупно оказанных товаропроизводителями, оплаченная равно за счет публичных и частных средств. Государство позиционируется на стороне своей собственности, на которой основаны учреждения здравоохранения, а не на стороне своих денежных средств, обращаемых на оплату оказываемых ими гражданам услуг, постольку, поскольку эти средства не выходят за круг бюджетного процесса. Смены собственности объектов товарообмена не происходит, в связи с чем отсутствует товарообмен.

Тем самым, в новое время бюджетное устройство социальной сферы для нее непригодно. Социальная сфера перестала быть частью бюджетной сферы. В социальной сфере существует потребность в оформлении отношений товарообмена при невозможности этого достигнуть средствами бюджетного законодательства. Гражданское же законодательство непригодно для оформления публичных отношений в бюджетной сфере. Противоречия между бюджетной и социальной сферой стали очевидны: во-первых, казна – для финансирования социальной сферы, но бюджетная сфера – не для товарообмена; во-вторых, бюджетное распределение в пределах бюджетной сферы не является оплатой товарных предоставлений, в том числе услуг, а в социальной сфере происходит именно оплата услуг; в-третьих, бюджетное распределение осуществляется в публичном механизме (власти или местного самоуправления), а оплата услуг – в гражданском обороте.

Очевидно, что лишь несовпадение имущественной принадлежности того, кто услуги гражданам оказывает, и того, кто за них платит, позволяет сложиться отношениям товарообмена.

Очевидно и то, что отношения товарообмена не могут сложиться в бюджетной сфере, но лишь в граж-

Реформа бюджетной сферы

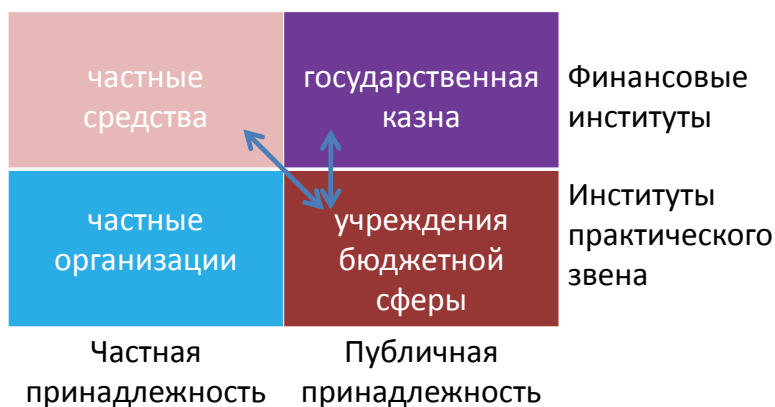


Рисунок 5. Схема организации смешанного публичного и частного финансирования учреждений публичной принадлежности разных категорий в результате бюджетной реформы

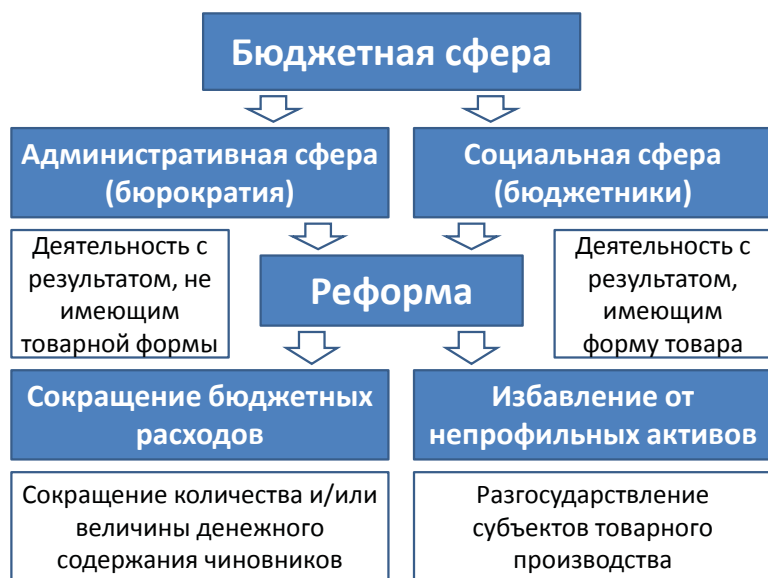


Рисунок 6. Структура финансирования бюджетной сферы

данском обороте за ее пределами.

Очевидно также, что и платежи, имея гражданско-правовую природу, хотя бы и публичного происхождения (за счет средств казны), могут производиться только в гражданском обороте, даже если распределение на эти цели происходит в публичной сфере (в бюджетном процессе).

Перспективной может быть только существующая повсеместно в других странах с теми или иными вариациями оборотная организация отраслей социальной сферы, включая здравоохранение (рис. 4), при которой государство размещает публичные средства среди частных товаропроизводителей.

Тем самым, во-первых, решается проблема соотношения бюджетной и социальной сферы: социальная сфера перестает быть частью бюджетной сферы и становится сегментом гражданского оборота, в котором государство осуществляет социальную политику средствами казны.

Во-вторых, товаропроизводители (хозяйствующие субъекты) оказываются равноудаленными от государства и подчиняются единому режиму частноправового регулирования.

В-третьих, отпадает необходимость в содержании избыточного бюрократического аппарата в социальной сфере.

С этими целями нуждаются в обеспечении:

- встречные интересы сторон отношений товарообмена в социальной сфере по неодинаковости имущественной принадлежности;
- бюджетный процесс распределения средств казны и механизм производства за счет этих средств платежей в гражданском обороте;
- механизмы производства за счет средств казны платежей в пользу самого субъекта публичного права и в пользу общества, граждан.

3. БЮДЖЕТНАЯ РЕФОРМА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.

Начало бюджетной реформы было положено принятием Федерального закона Российской Федерации от 8 мая 2010 г. N 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».

В общем виде формой бюджетной реформы явилась дифференциация учреждений бюджетной сферы в социальной сфере в зависимости от степени экономической самостоятельности или, наоборот, от степени доступа к средствам казны.

Однако оборотной стороной экономической самостоятельности учреждений бюджетной сферы в отсутствие доступа к средствам казны являются «платные» услу-

ги, оказываемые за счет частных средств (рис. 5).

Это означает, что не вместо, а помимо уплаты налогов общество вынуждается оплачивать еще и оказываемые учреждениями публичной принадлежности услуги.

Как и прежде, приобретшие экономическую самостоятельность учреждения публичной принадлежности, тем не менее, не включаются в общее экономическое пространство в отрасли и не смешиваются в нем с частными медицинскими организациями, поскольку не находятся в одинаковых с ними условиях. Если частные медицинские организации строят расходы по доходам в зависимости от рентабельности, то автономным учреждениям здравоохранения не нужно приобретать ни объект размещения, ни остальные средства производства – все это уже предоставлено публичным собственником. При этом, оставаясь в публичной принадлежности, но получив экономическую самостоятельность, такие учреждения при оказании «платных» услуг свободны и в установлении на них цен, не зависящих от конъюнктуры гражданского оборота. Такие учреждения автономны не столько от собственника, сколько от гражданского оборота.

Этим достигается бюджетная оптимизация. Государство и сохраняет имущественную принадлежность учреждений социальной сферы, и заставляет их зарабатывать. Учреждения бюджетной сферы и не становятся частными, и обязываются материально обеспечивать себя своими силами. Бюджетная реформа удовлетворяет интересы государства в социальной сфере за счет экономии на содержании бюджетной сети, но – за счет общества и его интересов, от «платных» услуг налогоплательщикам. Результатом бюджетной реформы стала коммерциализация бюджетной сферы: бремя содержания социальной сферы государство переложило на общество, не отказываясь от тех доходов за счет средств граждан, которые от деятельности учреждений публичной принадлежности поступят в казну. Тем самым государство оказалось несостоятельным перед обществом, не только

не поступаясь при этом ничем, но и увеличивая требования к обществу.

Однако необходимость реформы – не в простом перенесении бремени содержания учреждений бюджетной сферы на общество и не в том, чтобы освободить государство от социальной сферы. Оптимизация бюджета состоит в упорядочении трат и освобождении не от необходимых, а от ненужных, излишних и избыточных расходов. Это – вопрос альтернатив.

Бюджетная сфера – это пространство финансирования и административной сферы, механизма государства (то есть государственных органов), и социальной сферы, представленной множеством учреждений, работающих на общество.

Административная сфера может быть оптимизирована за счет сокращения количества составляющей

государственные органы бюрократии и величины ее денежного содержания.

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 (рис. 6).

Иными словами, оптимизация бюджета достижима обоими альтернативными бюджетной реформе путями. Однако вместо этого государство решило избавиться от бюджетных расходов на социальную сферу при сохранении в неприкосновенности бюрократии и принадлежности имущества, на котором основаны учреждения бюджетной сферы. Расширяя квази-рынок, государство становится по существу монополистом в квази-экономике

социальной сферы. Тем самым сложившийся в отрасли гражданский оборот, созданный частными медицинскими организациями, становится в зависимости от нерыночных интервенций государства как в финансировании, так и в деятельности учреждений здравоохранения.

Таким образом, вопреки необходимости социальной реформы в интересах общества государство провело бюджетную реформу в своих интересах в ущерб интересам общества. В результате коммерциализации бюджетной сферы существующий гражданский оборот в социальной сфере подвергся значимым искажениям с непрогнозируемыми неблагоприятными для общества последствиями.

Подписка в любом почтовом отделении связи по каталогу “Роспечать”

ф. СП-1

ФГУП “ПОЧТА РОССИИ”
УФПС г.Москва

АБОНЕМЕНТ на журнал

47661

(индекс издания)

Главный врач: хозяйство и право

(наименование издания)

Количество
комплектов:

на 2011 год по месяцам:

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

Куда

(почтовый индекс)

(адрес)

Кому

(фамилия, инициалы)

ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА

на журнал

47661

(индекс издания)

Главный врач: хозяйство и право

(наименование издания)

Стои-
мость

подписки

руб. ___ коп.

переадресовки

руб. ___ коп.

Количество
комплектов:

на 2011 год по месяцам:

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

Куда

(почтовый индекс)

(адрес)

Кому

(фамилия, инициалы)

Страна лишилась медицинского сообщества в 20-е годы прошлого столетия с исчезновением частнопрактикующих врачей. В последующем врачи стали причисляться к медицинским работникам по факту трудового найма в организациях (учреждениях) отраслевого ведомства. Иных, кроме трудоустроенных при государстве, врачей не стало. Медицина перестала быть делом свободы профессии, став исключительно работой, трудом.

Великая Отечественная война привела к значимому усовершенствованию военной медицины, по образу и подобию которой было конфигурировано и все послевоенное здравоохранение. А поскольку врачи выпускались из медицинских вузов офицерами запаса, различия штатского здравоохранения и военной медицины сохранялись минимальными. Здравоохранение сложилось по образцу военной иерархии.

В стране с тоталитарным режимом, в котором государство охватывало все общество, медицина перестала быть профессией, став образцовой услугой замещения соответствующей должности. Рост в профессии утратил значение, уступив карьерному росту в должностях ведомственной иерархии. Долженствование соответствия медицинской деятельности интересам пациента (в мире происходил обратный процесс¹) постепенно сменилось долженствованием ее соответствия требованиям отраслевого ведомства. Правила медицины стали предписываться ведомственными приказами. Практическая медицина выстроилась по требованиям отрас-

1 В соответствии с Лиссабонской декларацией о правах пациента врач должен действовать в интересах пациента сообразно своей совести, с учетом юридических, этических и практических норм той страны, где он практикует. Пациент имеет право получать помощь врача, независимо от посторонних влияний в своих профессиональных медицинских и этических решениях (пункт b). Если в какой-либо стране положения законодательства или действия правительства препятствуют реализации нижеперечисленных прав, врачи должны стремиться всеми доступными способами восстановить их и обеспечить их соблюдение. Лиссабонская декларация о правах пациента. Принята 34-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Лиссабон, Португалия сентябрь/октябрь 1981.

ПРОБЛЕМЫ РОССИЙСКОГО МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА

Показано, что существующая организация здравоохранения препятствует становлению медицинского профессионального самоуправления

Ключевые слова: медицинское сообщество, профессиональное самоуправление, организация здравоохранения

левого ведомства.

В медицине исчез человек независимого образа мыслей, а в здравоохранении появился работник как исполнитель ведомственных предписаний. Медицина перестала быть искусством возможного, став ремеслом по трудовому найму. С течением времени врачи начали ассоциировать свою позицию не с медицинским сообществом, а с отраслевым ведомством – сместилась система координат.

Позиционирование же в профессии вообще перестало быть значимым. Стало не нужным знать и уметь больше, оказалось достаточным владеть необходимым минимумом при соблюдении обязательных формальностей. Более того, движение (не рост) в профессии стало оцениваться по преумножению формаль-

ностей – документов, степеней, званий, наград и пр. Форма получила приоритет перед содержанием.

Вместо тенденций консолидации по общности профессии сформировался устойчивый мейнстрим растворения профессии в должностных, научных и пр. различиях в единстве общественного конформизма и лояльности к публичным институтам. Независимость медицинской профессии от внешних влияний оказалась прочно утрачена.

Исторически российская медицина имела традиции сращения с властью. Так, прежде существовали придворные звания и должности лейб-медика² (еще ранее – архивариус): лейб-хирурги, лейб-акушеры, лейб-отираты, лейб-педиатры, лейб-окулисты и др. Каждый из них

2 <http://ru.wikipedia.org/wiki/Лейб-медик>

состоял врачом или консультантом у одной из особ царствующего дома. Гоф-медиками назывались врачи, служащие в придворном ведомстве и обязанные оказывать помощь придворным чинам и служителям. Прочий люд лечился не у сановных врачей – частнопрактикующих в городах и земских в сельской местности (в крупных городах создавались медицинские конторы, которые мог возглавлять штатт-физик, т.е. городской врач³, в земствах обходились без контор). Таким образом, некоторые врачи могли состоять на государственной военной или гражданской службе, остальные – оставаться фриленсерами.

Возникшая до революции общественная медицина обязана своим существованием становлению медицинского сообщества – через земскую медицину и врачебные общества.

В Москве 25 мая 1881 во время 50-летнего юбилея научной и общественной деятельности Н.И. Пирогова было учреждено Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова⁴, а в 1883 оформилось как Московско-Петербургское общество русских врачей. С 1885 по 1913 Пироговское общество создало 12 Пироговских съездов. В 1905 в Москве состоялся внеочередной съезд по борьбе с холерой, принявший также политическую резолюцию, призывавшую врачей «сорганизоваться для... борьбы... против бюрократического строя до полного его устранения и за созыв Учредительного собрания». В 1914-19 Пироговское общество провело 5 чрезвычайных Пироговских съездов и 7 Пироговских совещаний в Москве, которые носили острый политический характер. На 5-м Пироговском съезде (1893-94) учрежден постоянный исполнительный орган Общества – правление с местопребыванием в Москве. При нем работали комиссии: по школьной гигиене; врачебно-продовольственная; по общественной медицине, санитарии и борьбе с эпидемиями; санитар-

ной статистике; по изучению малярии, самоубийств, туберкулеза и др. Регулярно издавались доклады правления и комиссий, дневники и труды съездов и совещаний. Периодическим органом в 1895–1908 был «Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова» (впоследствии, с перерывами, журнал «Общественный врач»).

На заседании чрезвычайного Пироговского съезда 22 ноября 1917 большинство членов правления Пироговского общества приняли политическую резолюцию, осуждавшую октябрьский переворот. В связи с декретом СНК РСФСР от 15 февраля 1918 «Об упразднении Центрального врачебно-санитарного совета» чрезвычайное Пироговское совещание по вопросам врачебно-санитарного дела (13-15 марта 1918 в Москве) признало его актом, «крайне вредно отражающимся на работе общественной медицины», и приняло резко оппозиционную политическую резолюцию. 16-17 мая 1918 состоялся Пироговский съезд по вопросам профессионального объединения врачей. В апреле 1919 чрезвычайный Пироговский съезд в Москве обсудил проблемы врачебно-санитарного дела на местах и борьбы с эпидемиями. 9 мая 1922 на Пироговском совещании в Москве председатель Ученого медицинского совета Л.А. Тарасевич отметил, что деятельность Пироговского общества все более восстанавливается. Однако в связи с ликвидацией земских и городских самоуправлений общественная медицина и ее всероссийское представительство в виде Пироговского общества утратили свою социальную и организационную базы. Наркомздрав РСФСР лишил Пироговское общество и финансовой базы, включив все его финансы в свою смету. В результате в 1922 Пироговское общество и его журнал «Общественный врач» прекратили свое существование.

Таким образом, помимо прочего, заслугой Пироговского общества было формирование общественной медицины, консолидация медицинского сообщества и политическое противостояние сращению медицины с государством.

Новое становление российского медицинского профессионального сообщества может происходить через процессы, приводящие к профессиональному самоопределению индивидов и профессиональному самоуправлению общности.

1. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЕ.

Положение врача в качестве наемного работника учреждения здравоохранения лишает его равносвободы осуществления профессии и ответственности по своим делам (в то время, как за рубежом развиваются противоположные процессы⁵). В профессии он подчинен ведомственным нормативам, ответственность за последствия его деятельности несет работодатель – хозяйствующий субъект (ст. ст.402, 1068 ГК РФ) и в порядке регресса может обратиться к нему – в определенных временных границах – к работнику. В частных медицинских организациях обычно возмещение понесенных работодателем убытков становится условием сохранения работником трудового положения.

Между тем персональную ответственность врач несет за последствия своей профессиональной деятельности (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей – ч.2 ст.109 УК РФ; причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей – ч.2 ст.118 УК РФ; заражение другого лица ВИЧ - инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей – ч.4 ст.122 УК РФ). Однако обязанности, признаваемые про-

5 В соответствии с Декларацией о независимости и профессиональной свободе врача профессиональная свобода врача предполагает свободу от постороннего вмешательства в лечебный процесс. Всегда и везде следует охранять и защищать независимость профессиональных медицинских и этических решений врача. Будучи представителем нужд своих пациентов и стремясь защитить их от всего, что мешает оказанию или ограничивает помощь больным и пострадавшим, врач должен пользоваться правом профессиональной независимости. Декларация о независимости и профессиональной свободе врача. Принята 38-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Ранчо Мираж, Калифорния, США октябрь 1986

3 Яровинский М.Я., Здравоохранение Москвы. 1581–2000 гг., М., 1988 - http://slovari.yandex.ru/Городской_врач/Энциклопедия_«Москва»/здравоохранение/

4 Ю.А. Шилинис, И.Е. Карнеева. Пироговское общество - http://slovari.yandex.ru/врачебные_общества/Энциклопедия_«Москва»/Пироговское_общество/

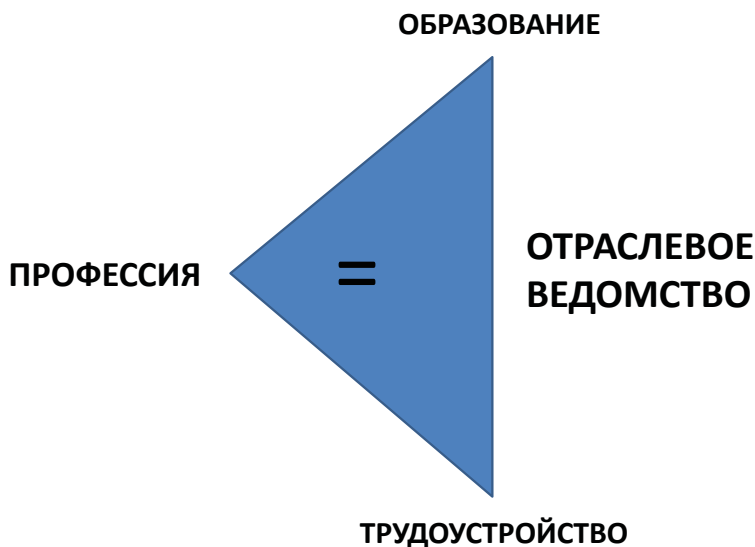


Рисунок 1. Медицинское образование и трудоустройство в учреждениях отраслевого ведомства как эквивалент профессиональной состоятельности

фессиональными, в действительности являются трудовыми (функциональные обязанности) и выполняемыми отраслевым ведомством (приказами и инструкциями).

Профессиональная принадлежность социальной опоры врачу не дает, служа лишь условием трудоустройства по полученному образованию. Не профессия, не уровень профессионализма имеет значение в настоящее время, а наличие образовательного документа как основание для притязаний на рабочее место.

По существу, медицинское образование и трудоустройство в учреждениях отраслевого ведомства признается эквивалентным владению медицинской профессией (рис.1).

В результате профессиональное самосознание становится попросту ненужным, если при наличии образовательных документов достаточно соблюдать указания руководства по месту работы.

Следование константам (интересам нуждающихся в помощи и правилам профессии⁶) подменяется следованием переменным фак-

6 Врач должен быть полностью независимым в выборе способа лечения лица, находящегося в сфере его профессиональной ответственности. Важнейшая задача врача состоит в облегчении страданий себе подобных, и никакие побуждения личного, общественного или политического характера не должны превалировать над этой высокой целью. Токийская декларация. Принята 29-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Токио, Япония, октябрь 1975, п.4.

торам текущей целесообразности по усмотрению бюрократической ведомственной вертикали. Не удивительно, что соображения личной выгоды, создающие теневой оборот в учреждениях здравоохранения⁷, становятся для обладателей медицинской профессии ведущими в настоящее время.

Ужесточение требований формальности (сертификаты специалиста, квалификационные категории и пр.) никак не отражается на уровне профессионализма и ответственности обладателя медицинской профессии.

Свою состоятельность в профессии медик также доказывает не себе подобным, а государству (в лице отраслевого ведомства или суда).

С появлением частной медицины сложившаяся конфигурация подмены профессионализма образованием подверглась существенному ослаблению. Во-первых, обладатели медицинской профессии получили возможность трудоустройства вне учреждений здравоохранения отраслевого ведомства. Во-вторых, стало важно не то, сколько документов имеют обладатели медицинской профессии, а чем они могут привлечь и удержать потребителей

7 Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Социальные последствия сложившейся организации хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 1. - С.28-35.

в меру своего профессионализма. В-третьих, существующие в отраслевом ведомстве многочисленные и многообразные формальности утратили ценность для потребителей в гражданском обороте и потому – для частных медицинских организаций. По существу, в гражданском обороте приоритет – хотя бы и не абсолютный – получил профессионализм, допускающий естественный отбор. Тем самым статика устройства отраслевого ведомства в этой части получила альтернативу динамики на основе профессионализма.

Однако частная медицина, организованная по характеристикам экономической деятельности, не способна заменить организацию профессионального медицинского сообщества.

Чтобы возникла организация профессионального медицинского сообщества:

- образовательный статус должен быть отделен от профессионального;
- экономическое позиционирование не должно подменять профессиональную деятельность;
- ценностью профессионального статуса должно стать положение в ряду равных по принадлежности к единой профессии.

1.1. Образовательный статус должен быть отделен от профессионального.

Действительно, соответствие своей медицинской образованности существующим в стране стандартам образования выпускник вуза должен доказывать государству в лице государственных комиссий медицинского вуза, как и сейчас.

Но профессиональную пригодность, состоятельность в профессии, владение необходимыми для ее осуществления навыками и знаниями выпускнику медицинского вуза следует доказывать состоявшимся в профессии коллегам.

Для этого и существуют переходные ступени (интернатура, ординатура), прохождение которых выпускником вуза демонстрирует наставникам его практическое созревание в профессии. Если в нынешних российских условиях такая подготовка признается частью образовательного процесса, то в действительно-

сти эта своеобразная стажировка на рабочем месте является механизмом конвертации образовательных приобретений в практические навыки и умения воплощения знаниевого потенциала в деятельность по профессии. Отсюда вытекает необходимость существования общественного института профессионального наставничества.

Созревание в профессии знаменуется не получением очередного образовательного документа, а испытанием перед опытными, состоявшимися в профессии практиками, по его итогам согласными поручиться за профессиональную пригодность новicia. Положение в профессии в этом случае определяется уровнем профессионального мастерства, реальных навыков и умений, а не наличием образовательных документов. Отсюда вытекает необходимость существования общественного института профессиональных испытаний.

Первичность профессиональной, а не образовательной, трудовой и ведомственной идентичности становится условием приобретения профессионального статуса и отличия от положения выпускника профильного вуза, получателя диплома об образовании. Отличия же в трудовом положении обладателя профессионального статуса как работника учреждения здравоохранения (как и отнесенность его места работы к

профессии может быть трудоустроен по найму, как сейчас, или осуществлять частную практику на правах предпринимателя без образования юридического лица – это не называется на его профессиональном статусе, позиционировании в профессии. Место практической деятельности может определять лишь его специализацию.

Понятно, что профессионал-стоматолог не может быть трудоустроен в качестве гинеколога или травматолога именно в силу профессионального статуса, а не отсутствия образовательных документов. Если же профессионал-стоматолог решает переквалифицироваться или приобрести смежную специальность, он наравне с прочими соискателями выдерживает испытание на годность к новой профессии перед состоявшимися в этой профессии коллегами.

Подобно рукоположению в сан священника, это акт однократный: либо профессионал признается таковым, либо нуждается в дополнительной подготовке, в том числе, возможно, образовательной, но прежде всего – практической, необходимой для того, чтобы состояться в профессии и выдержать соответствующее испытание на профессионализм.

Это – и не квалификационная категория, в существующем виде еще больше разделяющая медицин-

Необходимость повышения квалификации по специальности – это не формальная обязанность, как сейчас, под угрозой санкций, а потребность самого профессионала и всего медицинского сообщества безотносительно отраслевого ведомства.

Именно экономическая свобода – будь то от деятельности по трудовому найму или от частной практики – должна, во-первых, позволять ему самосовершенствоваться в профессии; во-вторых, стимулировать его к этому будущими благами профессиональных достижений и, соответственно, перспективой роста личного благосостояния.

Отраслевое ведомство в границах своей юрисдикции в обществе вправе действовать в соответствии с законом. Профессиональная медицинская деятельность законом не регламентируется, в отличие от трудовой или экономической. Законодательным регламентом охватываются лишь запреты и ограничения (эвтанази, стерилизации и т.д.), но не медицинские технологии.

Таким образом, профессиональный статус ассоциирован лишь с деятельностью по профессии; положение в экономических отношениях определяет лишь материальную основу позиционирования в профессии, но не ее содержание, которое не зависит ни от трудового положения, ни от установленных отраслевого ведомства в границах его юрисдикции в обществе.

Чтобы проявлять способность к самоупорядочению, медицинское сообщество должно обладать признанными государством и одобряемыми обществом возможностями влияния на свое состояние, вводя и контролируя соблюдение своими членами систему требований и установлений.

отраслевому ведомству) или частной медицинской организации при этом не имеют значения – при наличии профессионального статуса выпускник профильного вуза может быть трудоустроен где угодно.

1.2. Экономическое позиционирование не должно подменять профессиональную деятельность.

Экономическое позиционирование должно быть отделено от профессионального. Обладатель про-

ское сообщество от имени отраслевого ведомства.

Это – и не сертификат специалиста, который по неведомым основаниям нужно обновлять раз в пять лет в образовательных заведениях.

Единойжды состоявшись, профессионал не перестает оставаться профессионалом и через пять, и через больше лет при условии нахождения в профессии и осуществления практической деятельности по специальности.

1.3. Ценностью профессионального статуса должно стать положение в ряду равных по принадлежности к единой профессии.

В той мере, в какой в отрыве от причастности к месту трудоустройства и ведомственной принадлежности образуется автономия профессии и самостоятельность профессионала, он становится равным себе подобным и обладает одинаково весомым с каждым из них профессиональным мнением.

Тем самым причастность к кругу себе подобных, к ряду равных отделяет обладателя медицинской профессии от остальных. Обладатель медицинской профессии тем самым гарантирован в основательной ассоциации себя с профессией,

признаваемой коллегами и потому – обществом в целом.

Возникает вопрос самоидентичности в общественной группе, групповой идентичности и границ позиционирования персоналии в системе координат групповой общности. Иными словами, это вопрос медицинского сообщества, членства в нем и соотношения персоналии с сообществом, а сообщества – с остальным обществом и государством.

С одной стороны, обладатель медицинской профессии должен быть признан медицинским сообществом. Однако для этого ему надлежит соответствовать существующим в сообществе требованиям и установлениям.

С другой стороны, принадлежность обладателя медицинской профессии к медицинскому сообществу, к отдельным его составляющим группам должна быть признана обществом и государством. Однако это не более чем ответ на способность медицинского сообщества к самоупорядочению.

Чтобы проявлять способность к самоупорядочению, медицинское сообщество должно обладать признанными государством и одобряемыми обществом возможностями влияния на свое состояние, вводя и контролируя соблюдение своими членами систему требований и установлений. Для этого медицинское сообщество должно быть представлено соответствующими органами.

А чтобы соответствовать существующим в сообществе требованиям и установлениям, состоящий в нем обладатель медицинской профессии должен быть гарантирован в их легитимности и в том, что никакие иные параллельные противоположные или отличающиеся требования к нему предъявляться не будут.

Отсюда вытекает необходимость, во-первых, законодательного оформления органов медицинского сообщества; во-вторых, законодательного определения функций (полномочий) этих органов, в том числе с изъятием их части у отраслевого ведомства; в-третьих, законо-

дательного установления масштаба и меры возможностей, обязанностей и ответственности этих органов перед государством и обществом.

В соответствии с Мадридской декларацией о профессиональной автономии и самоуправлении врачей⁸ из права на профессиональную автономию вытекает ответственность медицинских работников за обеспечение самоуправления. Наряду с любой системой медицинского управления, существующей в государстве, сами медики должны регулировать профессиональные отношения и деятельность отдельных врачей (п.3). И, действительно, за рубежом медицинское сообщество повсеместно существует традиционно наряду с отраслевым ведомством, а не в его составе⁹

В этом случае возникает вполне внятная структура общественных отношений в отрасли. Отраслевое ведомство представляет государство и остается проводником его социальной политики в здравоохранении посредством распределения средств казны на эти цели. Органы медицинского сообщества представляют его перед государством и обществом и ответственны за упорядоченность своей внутренней среды – составляющих сообщество членов – обладателей медицинской профессии. Последние объединены причастностью к медицинскому сообществу, которое в рамках законных функций своих органов предоставляет им соответствующие возможности, но и предъявляет к ним соответствующие требования.

Тем самым формируется ценность профессионального статуса в сообществе себе подобных обладателей единой профессии.

Таким образом, профессиональное самоопределение является условием существования медицины как профессии, поскольку в его отсутствие обладатели профессии

перестают быть самостоятельными в следовании интересам пациента, а руководствуются ориентирами трудовых отношений, ведомственных указаний и экономических выгод.

2. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМОУПРАВЛЕНИЕ.

Если саморегулирование – категория экономической деятельности и относится к хозяйствующим субъектам, то самоуправление – категория цехового упорядочения в профессии и относится к ее обладателям.

Задачами органов профессионального самоуправления медицинского сообщества являются поддержка профессиональной репутации своих членов, создание экономических условий для медицинских работников путем участия в подготовке законов в области охраны здоровья, решение вопросов подготовки профессиональных кадров, установление цеховых норм и правил и др.

Основными функциями органов профессионального самоуправления медицинского сообщества являются мониторинг и поддержание профессиональной компетентности и баланса профессиональных и экономических интересов членов медицинского сообщества, а также значения самого органа профессионального самоуправления.

2.1. Мониторинг и поддержание профессиональной компетентности членов медицинского сообщества.

В соответствии с Мадридской декларацией о профессиональной автономии и самоуправлении врачей эффективное самоуправление – залог профессиональной независимости в вопросах оказания медицинской помощи (п.4). Уровень медицинской помощи и компетентность оказывающего ее врача всегда должны быть в центре внимания любой структуры самоуправления. Врачи обладают достаточными знаниями для принятия решений, способных послужить на благо пациентам, обеспечивая надлежащее оказание медицинской помощи компетентными врачами. Система врачебного самоуправления должна быть открыта для внедрения достижений медицинской науки и наиболее безопасных и эффективных методов лечения (п.5).

⁸ Мадридская декларация о профессиональной автономии и самоуправлении врачей. Принята 39-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей. Мадрид, Испания, октябрь 1987

⁹ например, South-African Nursing Council, Medical and Dental Council, Pharmacy Board, Dental Technician Council и пр. – помимо рекомендательных советов (Health Matters Advisory Council, National Health Policy Council) наряду с отраслевым ведомством - The Department of Health, Welfare and Pensions /Strauss S.A. Legal Handbook for Nurses and Health Personnel. Fourth Edition. The King Edward VII Trust. Cape Town, 1981.

2.2. Мониторинг и поддержание баланса профессиональных и экономических интересов членов медицинского сообщества.

В соответствии с Декларацией о независимости и профессиональной свободе врача¹⁰, исполняя свой долг, врачи не должны ориентироваться исключительно на приоритетные ассигнования из скудных ресурсов, выделяемых на нужды здравоохранения правительственными или социальными служба-

ми. Такая ориентация чревата внутренним конфликтом обязательств врача перед пациентом и нарушает принцип профессиональной независимости врача, на которую пациент имеет право рассчитывать.

Вместе с тем медицинское сообщество должно отстаивать экономические интересы своих членов.

ми. Такая ориентация чревата внутренним конфликтом обязательств врача перед пациентом и нарушает принцип профессиональной независимости врача, на которую пациент имеет право рассчитывать.

Врачи должны знать реальную стоимость лечения и прилагать все усилия к разумному сдерживанию цен на медицинские услуги. Приоритетная обязанность врача - представительство интересов больных и пострадавших в борьбе против притязаний общества на снижение цен, ибо оно ставит под угрозу здоровье, а порой и жизнь человека.

Профессионализм в медицине должен сочетаться с пониманием ценности и стоимости лечения. Обладателю медицинской профессии необходимо владеть экономическим обоснованием всей технологической последовательности оказания медицинской помощи. Медико-экономическое обоснование стоимости имеет любое заболевание любого пациента. И это доступно как прогнозированию и расчетам, так и выяснению, кто оплатит лечение.

Однако профессионализм должен быть свободен от ассоциаций со стоимостью медицинских услуг. Это не означает, что обладатель медицинской профессии должен

сознательно стремиться к занижению стоимости своей деятельности - напротив, он должен знать ее реальную цену и придерживаться ее объективной оценки. Вознаграждение за свой профессионализм он должен получать всегда, независимо от обстоятельств и от того, кто является плательщиком. Однако обладатель медицинской профессии непричастен к ценообразованию в обороте медицинских услуг. Высокие цены в практической меди-

цине обусловлены дороговизной медицинского оборудования, аппаратуры, инструментария, расходных материалов, особенно лекарственных препаратов и пр. Высокие цены на медицинские услуги могут происходить от пороков организации платежных отношений, роста административных расходов в сфере финансирования практической медицины и т.д. Врачи могут способствовать снижению стоимости медицинских пособий, разрабатывая новые или совершенствуя существующие медицинские технологии

¹¹ Но врачи не должны быть ангажированы, чтобы, например, выписывать максимальные дорогие лекарства или, напротив, лечить дешевыми и неэффективными средствами.

Профессионализм должен быть независим и от социальной политики государства в здравоохранении. Обладатель медицинской профессии не в ответе за то, как государством проводится социальная политика и как организована социальная сфера в стране в целом и здравоохранение в частности. Обладатель медицинской профессии - не представитель здравоохранения, отраслевого ведомства, государства. Хорошо или плохо здравоохранение в стране организует государство, а не медицинское сообщество, и отдельные обладатели медицинской профессии в состоянии лишь делать свое дело, а не предпринимать инициативы вместо государства.

Вместе с тем медицинское сообщество должно отстаивать экономические интересы своих членов. В соответствии с Мадридской декларацией о профессиональной автономии и самоуправлении врачей структуры врачебного самоуправления обязаны разумно относиться к ценам на медицинские услуги. Высокий уровень медицинской помощи оправдан лишь тогда, когда она доступна всем. Только квалификация врача позволяет дать оценки, необходимые для решения вопросов цен. Поэтому национальные структуры врачебного самоуправления обязаны включить процедуры определения цен на медицинские услуги в сферу своей деятельности. Снижать стоимость медицинских услуг следует за счет совершенствования методов предоставления медицинской помощи, повышения доступности помощи, адекватного использования технологий. Снижение цен на медицинские услуги не должно приводить к ограничению объема медицинской помощи. Нельзя допускать и чрезмерного использования медицинских ресурсов с целью увеличения стоимости медицинской помощи: в этом случае она также станет недоступной для многих нуждающихся в ней (п.6).

2.3. Мониторинг и поддержание значения органа профессионально-го самоуправления.

Не государство и не уровень финансирования определяет и характеризует уровень охраны здоровья в стране, не отраслевое ведомство определя-

¹⁰ Декларация о независимости и профессиональной свободе врача. Принята 38-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Ранчо Мираж, Калифорния, США октябрь 1986.

¹¹ например, клиническая и экономическая оценка внедрения низкочастотной ударно-волновой литотрипсии для лечения камней мочевыводящих путей - Kramolowsky EV, Wang G, Butler RM, Wood NL. Клинические результаты при применении низких частот показали статистически достоверное улучшение на предмет избавления от конкремента при любой локализации и размерах за исключением камней размером меньше 25 мм2. Необходимость в повторном лечении снизилась с 35,4% до 18,2%. Время анестезии увеличилось с 26 до 50 минут за сеанс. По оценке страховой медицины было выявлено увеличение стоимости затрат на анестезиологическое пособие на \$ 28,294 при применении низких частот. Однако, устранение необходимости в повторном сеансе ДЛТ привело к экономии \$ 264,989. Таким образом, законная сумма составила \$ 271,13 за лечение одного пациента // J. Endourol (Эндоурология) 2010 Сентябрь; 24(9)

ет и характеризует уровень медицинской помощи, а медицинское сообщество. Соответственно, чем выше уровень компетентности обладателей медицинской специальности, тем выше уровень оказываемой ими медицинской помощи и охраны здоровья в целом, тем выше социальная стабильность в отрасли и оценка обществом социальной политики государства.

В соответствии с Декларацией о независимости и профессиональной свободе врача, обеспечивая независимость и профессиональную свободу медицинской врачебной практики, общество должно гарантировать своим членам наилучший из возможных уровень здравоохранения, что в свою очередь способствует становлению более сильного и прочного общества. Согласно Мадридской декларации о профессиональной автономии и самоуправлении врачей принятие национальными структурами врачебного самоуправления на себя соответствующих функций обеспечит каждому врачу право на осуществление независимого лечения любого пациента без постороннего вмешательства. Ответственное и высокопрофессиональное поведение каждого врача и обеспечиваемая национальными структурами врачебного самоуправления эффективная и действенная система самоуправления, должны гарантировать заболевшему квалифицированную помощь компетентных врачей (п.10).

Органы профессионального самоуправления медицинского сообщества призваны, во-первых, организовать само это сообщество, для чего создать систему допуска к профессии, нахождения в профессии и отрешения от профессии; выработать нормы поведения при осуществлении профессии, в отношениях с коллегами и пациентами, сформировать стандарты безопасности пациентов и систему мониторинга и анализа их соблюдения и т.д.

Во-вторых, органы профессионального самоуправления медицинского сообщества призваны осуществлять представительство профессионального сообщества вовне – в государстве и обществе, в любых публичных и частных институтах,

т.е. участвовать в деятельности всевозможных коллегиальных органов и структур, которая касается медицинского сообщества, медицинской деятельности и здоровья граждан, социальной политики государства в сфере охраны здоровья, и т.д.

В-третьих, органы профессионального самоуправления медицинского сообщества призваны информировать общество и государство о своей деятельности, осуществлять необходимую пропаганду своих возможностей и достижений, вести санитарное просвещение в интересах своих членов, и т.д.

Подобным образом медицинское профессиональное самоуправление организовано за рубежом вовне постсоветских стран. И органы медицинского профессионального самоуправления законодательно наделены традиционными полномочиями, отличными и отдельными от полномочий отраслевого ведомства. В наиболее общем виде отраслевое ведомство занимается здравоохранением, органы медицинского профессионального самоуправления – медициной. Вопросы правил медицины как науки и профессии, определения и соблюдения профессиональной пригодности обладателей медицинской профессии, организации медицинского профессионального самоуправления и т.д. за рубежом не решаются отраслевым ведомством: это прерогатива медицинской общественности – органов профессионального самоуправления.

В новой отечественной истории вопрос о создании органов медицинского профессионального самоуправления не стоял. Предпринимавшиеся попытки¹² не консолидировали и не могли консолидировать медицинское сообщество в силу отсутствия стимулов развития профессионального самоопределения у разрозненных ведомственным и трудовым подчинением обладателей медицинской профессии. При существующей организации здравоохранения и оформляющем ее законодательстве создание органов медицинского профессионально-

¹² Тихомиров А.В. Медицинские сообщества в России: назначение и функции //Главный врач: хозяйство и право, 2005. - № 1. - С.44-48; Тихомиров А.В. Тупики медицинского сообщества в России //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 1. - С.25-31.

го самоуправления невозможно. Место, которое за рубежом занимает в обществе медицинское сообщество, в России занято не обществом, а государством в лице отраслевого ведомства. Потребностям общества в существовании медицинского профессионального самоуправления не отвечает административно-бюджетный уклад отраслевого ведомства. Отраслевому ведомству в существующем виде не нужна иная организация медицинского сообщества, кроме как субординационно администрируемая. Медицинское профессиональное самоуправление как выражение автономии медицинского сообщества лишает отраслевое ведомство возможностей пренебрегать им и руководствоваться только предписаниями. В той мере, в какой медицинское профессиональное самоуправление может быть предусмотрено законом, оно становится неподвластным отраслевому ведомству. Внешняя подвластность отраслевому ведомству позволяет противопоставлять медицинское сообщество остальному обществу, оставляя само отраслевое ведомство вне поля такого противопоставления. В результате члены неконсолидированного и администрируемого медицинского сообщества в глазах общества ответственны за несовершенство организации здравоохранения и отсталость медицины в стране, а не за использование потенциала своего профессионализма, хотя именно в этом совпадают интересы общества и государства в сфере охраны здоровья.

Таким образом, медицинское профессиональное самоуправление в России возникнуть может только при смене действующей модели организации здравоохранения и оформляющего ее законодательства. Институционализация медицинского сообщества объективно отвечает интересам общества и государства, но не интересам отраслевого ведомства. Тем самым реформа здравоохранения станет состоятельной в этой части в том случае, если предусмотрит институционализацию медицинского сообщества с соответствующим перераспределением в его пользу функций отраслевого ведомства.

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

Во времена, когда едва ли не каждый считает себя юристом, в том числе среди обладателей диплома о юридическом образовании, важным становится понять, по силам составить обычное исковое заявление или нет. Если же необходимо сформулировать иск, наполненный спецификой такой области знаний, как медицина, это зачастую не под силу и юристам-профессионалам.

Исковое заявление – это инструмент инициации спора и работы сторон в судебном процессе. Он должен отражать суть фактических обстоятельств, позволяя суду дать им правовую квалификацию на основании применимой нормы права, определить предмет и распределить между сторонами бремя доказывания.

Ниже приводятся два варианта текста искового заявления, оформляющего одни и те же фактические обстоятельства. Между ними есть значимые различия.

 ОДИН ВАРИАНТ.

Исковое заявление

С 27 марта 2008г. я являюсь клиентом ООО «МЦ». Я обращалась в данный медицинский центр к врачу гинекологу. В первый мой визит врач поставил мне диагноз:

- дисфункциональное маточное кровотечение
- патология эндометрия?
- полип эндометрия.

Мне было рекомендовано госпитализироваться в стационар. В этот же день я легла в больницу, а 28 марта 2008г. мне была сделана операция.

После операции я стала регулярно посещать врача гинеколога в ООО «МЦ», так как боялась что может случиться рецидив. В медицинском центре мне прописали гормональные препараты, а именно «ригевидон», чтобы избежать повторного появления полипа. Но улучшения моего здоровья не наблюдалось. В

ПРИМЕР ИСКОВОГО ЗАЯВЛЕНИЯ В РАЗЛИЧИЯХ ПРАВОВОГО НАПОЛНЕНИЯ

Составление искового заявления по медицинским спорам требует правового раскрытия существа медицинского нарушения

Ключевые слова: исковое заявление, медицинский спор, правовая квалификация

августе 2008г. мне поменяли схему лечения и прописали новый препарат «жанин», но опять не было улучшений.

На протяжении полутора лет я регулярно посещала врача, четко выполняла их предписания, но мне становилось все хуже и хуже и 6 октября 2009г. я была госпитализирована в стационар «Клиническую больницу», где в срочном порядке были проведены две операции, мне поставили диагноз «рак обоих яичников, канцероматоз, внутрибрюшное кровотечение». В результате полученного заболевания я получила инвалидность 2 группы.

Я считаю, что вследствие некомпетентности врачей ООО «МЦ» моя болезнь не была выявлена на ранней стадии. Мне не было проведено должного обследования врачами

этого центр. Третья стадия рака не может появиться за три дня. А за полтора года врачи этого центр не смогли поставить правильный диагноз, если бы моя болезнь была выявлена на ранней стадии, то не было бы таких плачевных последствий. Я считаю, что вина полностью на ООО «МЦ».

ПРОШУ Суд разобраться в сложившейся ситуации согласно компетенции и взыскать с Ответчика ООО «МЦ» понесенный мной материальные издержки, связанные с необходимым лечением. А также взыскать с Ответчика компенсацию за причиненный ущерб здоровью и моральный вред в размере 1 500 000 рублей.

подпись

 ДРУГОЙ ВАРИАНТ.

ИСКОВОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ

Впервые к ОТВЕТЧИКУ я обратилась 27 марта 2008 г. по поводу кровяных выделений из половых путей в недавнем прошлом.

На протяжении полутора лет я получала медицинские услуги у ОТВЕТЧИКА: бесчисленное число раз – у терапевта по поводу вегетососудистой дистонии, регулярно – у гинеколога по поводу дисфункции яичников и полипа эндометрия, выполняла назначения, принимала, в том числе, гормональные препараты ригевидон и жанин.

Последнее ультразвуковое исследование мне было выполнено 21.09.2009, последний осмотр гинекологом 03.10.2009 (перед этим – 21.09.2009).

А через две недели, на 10-й день госпитализации в другой медицинской организации – 16.10.09 мне была выполнена операция полного удаления матки с придатками (пангистерэктомия) с резекцией большого сальника.

Диагноз: Папиллярный рак яичников 4 стадии. Канцероматоз.

Следя за своим здоровьем и доверив наблюдение за ним ОТВЕТЧИКУ, в результате его недобросовестности я стала инвалидом на всю оставшуюся – заведомо укоротившуюся и, возможно, совсем короткую из-за тяжести заболевания – жизнь.

1. Причиненный ОТВЕТЧИКОМ вред состоит в том, что я поступила: 1) прежним качеством жизни молодой женщины, делающей успешную деловую карьеру; 2) перспективой иметь детей, потеряв женский половой аппарат при наличии возможности его сохранить, будь мне своевременно диагностировано настоящее заболевание; 3) взамен приобретаю сомнительную перспективу выживания – заболевание онкологическое. Этим обусловлены мои физические и нравственные страдания. Моя жизнь раскололась на период ДО и период ПОСЛЕ получения медицинских услуг у ОТВЕТЧИКА. До обращения к ОТВЕТЧИКУ я была полноценным человеком, имеющим потенциал жизни, карьерного роста, повыше-

ния материального благополучия. После – страдания, связанные с лечением в связи с невыявленным ОТВЕТЧИКОМ онкозаболеванием и продолжающиеся на неопределенную перспективу (повторные курсы химиотерапии); страдания, связанные с осложнениями лечения (настоящего и будущего времени); страдания, связанные с осознанием состоявшихся утрат.

Те телесные повреждения, которые могли бы произойти от этого онкозаболевания и его лечения, будь оно диагностировано на ранних стадиях, несоразмерно малы по сравнению с теми телесными повреждениями от далеко зашедшего онкозаболевания и от вынужденного инвалидизирующего лечения, которые произошли в действительности.

Те страдания, которым я могла быть подвергнута заболеванием и лечением, будь оно обнаружено вовремя, не были бы связаны с потерей детородной функции, перспективы полноценной жизни и естественного для молодой женщины семейного будущего.

Наряду с умалением здоровья вследствие тяжести и характера заболевания и его лечения я получила психологическую травму, с которой мне предстоит жить все оставшееся мне время.

2. Вредообразующее посягательство ОТВЕТЧИКА состоит в бесполезных диагностических и лечебных действиях в отношении выявленных неактуальных функциональных нарушений менструальной функции, на самом деле явившихся манифестацией настоящего, более грозного и неизлечимого органического (онкологического) заболевания, упущенное прогрессирование которого привело меня к инвалидности, и в полном диагностическом и лечебном бездействии в отношении этого заболевания, за своевременной невыявленностью которого я потеряла здоровье.

Вредообразующее посягательство представляет собой недостаток медицинских услуг, которые я получила у ОТВЕТЧИКА.

При той степени заботливости и осмотрительности, какая требовалась от ОТВЕТЧИКА по характеру принятых им передо мной обяза-

тельств, он должен был принять и не принял все меры для их исполнения, в том числе и по требованиям полноты и своевременности диагностики и лечения.

Я обратилась к ОТВЕТЧИКУ не за тем, чтобы мне установили и лечили малозначительное функциональное расстройство, а за тем, чтобы под врачебным наблюдением, исправно выполняя медицинские назначения, оставаться здоровой. Вместо надлежащего наблюдения в условиях естественной настороженности в отношении других заболеваний или «масок» действительного заболевания, ОТВЕТЧИК оказался неосновательно привержен одному-единственному ошибочному диагнозу, в соответствии с которым назначал ненужную или, по крайней мере, нейтральную терапию, нисколько не заботясь о последствиях для меня упущенного заболевания.

Недостаток медицинских услуг, которые я полтора года получала у ОТВЕТЧИКА, выразился в пренебрежении неблагоприятными для меня последствиями диагностики, неадекватной тяжести и обширности моего заболевания.

3. Причинно-следственная обусловленность посягательства в виде недостатка полученных у ОТВЕТЧИКА медицинских услуг и утрат для моего здоровья, повлекших нравственные и физические страдания, т.е. моральный вред, вытекает из того, что онкологическое заболевание не возникает за несколько дней, притом что между последним осмотром меня и УЗИ у ОТВЕТЧИКА и госпитализацией в другую медицинскую организацию прошло 3 дня, а операцией – 13 дней.

4. Вред, причиненный здоровью вследствие недостатка услуги, подлежит возмещению ее исполнителем независимо от вины (ст.1095 ГК РФ).

В соответствии со ст.ст.13, 14, 15, 29, 31 Закона РФ «О защите прав потребителей», ст. 151, ст. 1095, ст.1099 ГК РФ,

ПРОШУ:

1. Взыскать с ОТВЕТЧИКА
 - возмещение ущерба (причиненных мне убытков): размер будет уточнен;
 - компенсацию причиненного мне

морального вреда в сумме 1500 000 (одного миллиона пятисот тысяч) рублей;

2. В обеспечение настоящего иска в соответствии со ст.ст.139-140 ГПК РФ наложить арест на имущество, принадлежащее ответчику и находящееся у него или других лиц, и запрет совершать расходные сделки с этим имуществом, в том числе, в порядке ликвидации (банкротства), на период до момента исполнения решения суда.

3. В соответствии со ст.17 Закона РФ «О защите прав потребителей» освободить меня от уплаты госпошлины.

4. Вызвать в качестве свидетелей:
- Врачей-гинекологов (Ф.И.О.), врача ультразвуковой диагностики (Ф.И.О.) – работников ОТВЕТЧИКА.

5. В плане подготовки дела к рассмотрению и в соответствии со ст. 150 ГПК РФ прошу истребовать оригиналы медицинских документов от

ОТВЕТЧИКА и Клинической больницы путем направления судебных запросов, а от ОТВЕТЧИКА – также платежные документы по фактам моего обращения для определения и обоснования размера моих убытков.

Приложения (копии документов):
- Факт моего обращения к ОТВЕТЧИКУ и получения мной у него медицинских услуг подтверждается записями в Медицинской карте амбулаторного больного.

- Факт производства мне операции в указанном объеме подтверждается выпиской из Клинической больницы.

« ____ » _____ 2010 г.
подпись

Комментарии, очевидно, излишни. Правовая беспомощность, замешанная на эмоциональной растерянности, в первом случае заведомо лишает иск возможности достигнуть цели – возмещения (компенсации) вреда, создавая затруднения для суда и судебно-медицинских экспертов и облегчая задачу противоположной стороны.

Напротив, во втором случае содержание иска приведено к конкретной норме права с обоснованием ее применимости и, соответственно, неприменимости иных, а также раскрыт фактический состав правонарушения с учетом его медицинской специфики, и при этом иск не утратил ни эмоциональной окраски, ни нравственной оценки.

Таким образом, различия в правовом наполнении искового заявления значимо меняют потенциальную судебную перспективу спора.

А знаете ли Вы, что...

... товарообмен как продуктообмен – это прямой, непосредственный обмен товара на товар. Понятно, что чем более развито разделение труда, тем сложнее осуществлять товарообмен, он требует все больше времени и затрат, короче, становится неэффективным. Противоречие между необходимостью и неэффективностью товарообмена могло разрешить только появление такого товара, который обладал бы универсальной и стабильной общественной ценностью и поэтому служил бы всеобщим средством платежа при покупке любого товара. Деньги и стали таким товаром-посредником. Они произвели величайшую революцию в жизни общества: товарообмен превратился в товарно-денежное отношение, возникло товарное обращение, т. е. обмен товарами, опосредованный деньгами; товарное отношение переросло в денежное обращение, которое достигло в дальнейшем формы самодвижения денег.

А знаете ли Вы, что...

... убыток – это в хозяйственной практике выраженные в денежной форме потери, уменьшение материальных и денежных ресурсов в результате превышения расходов над доходами; в бухгалтерском учёте ведётся счёт «Прибыли и убытки», на котором отражаются доходы и потери от реализации продукции, уплаченные штрафы, неустойки, пени и др.;

в гражданском праве выраженный в денежной форме ущерб, который причинён одному лицу противоправными действиями другого.

Основополагающие диссертации

По материалам **АВТОРЕФЕРАТА** диссертации на соискание ученой степени доктора юридических наук (специальность: 12.00.01 – теория и история права и государства; история учений о праве и государстве).

Автор: **Сафонов Владимир Николаевич**

Тема: **Становление и развитие социально-экономических прав граждан в США**

Место выполнения/защиты: **МОСКВА**

Год защиты: **2007**

Основные положения:

1. Отказ Верховного суда США признавать конституционность социально-экономического законодательства до 1937 г. основывался на приверженности большинства судей правовому формализму, на узком толковании положений V-ой и XIV-ой Поправок Конституции США о «надлежащей правовой процедуре» и «равной защите законов» с целью гарантий неприкосновенности права собственности. Судьи исходили и из того, что в соответствии с принципом дуалистического федерализма правовое регулирование в социальной сфере было отнесено к компетенции штатов.

2. Еще до начала «нового курса» Ф. Рузвельта (до 1933 г.) в связи с принятием первых законов социальной направленности отдельными штатами в судебной практике происходило формирование доктрин, ставших впоследствии основанием признания конституционности социально-экономических прав граждан. Среди них доктрина «общего благосостояния» (в рамках которой была закреплена ответственность правительства за реализацию социально-экономических прав);

доктрина «инспекционных полномочий», согласно которой Суд обосновывал возможность ограничения частного интереса (и частной собственности) в целях социального благосостояния, здоровья и общественной морали. Кроме того, была сформулирована доктрина «общественного интереса», в соответствии

с которой обосновывалась возможность ограничения свободы договора. В обосновании этой доктрины Верховный суд использовал метод толкования Конституции, получивший в американской науке определение «неинтерпретивизма», то есть создания конструкций, с очевидностью не вытекающих из текста.

3. Решающий сдвиг к признанию социально-экономических прав в США был сделан Верховным судом США в 1937-1942 гг. Суд прямо признал конституционность законов «нового курса» и конституционность полномочий федерального правительства в сфере регулирования социально-экономических отношений. Такое признание основывалось на расширительном толковании указанных доктрин.

4. Изменение позиции Верховного суда в вопросе о компетенции государства в этой сфере было оформлено и путем пересмотра доктрины «дуалистического федерализма», путем пересмотра баланса полномочий между федеральным центром и штатами. Усиление позиций центра за счет штатов фиксировалось в прецедентах Верховного суда 1941 и 1942 гг.

5. Тем не менее, решения Верховного суда США в конце 1930-х гг. еще не привели к признанию социально-экономических прав в качестве основных конституционных прав. Признание конституционности законодательства «нового курса», а не социально-экономических прав граждан в качестве основных конституционных прав, означало лишь весьма двусмысленное (и ограниченное с конституционной точки зрения) «признание прав по закону» - на получение пенсий, на создание профсоюзов, на единое рабочее представительство и коллективный договор, на забастовку и др.

6. Во второй половине XX века процесс конституционного признания социально-экономических прав получил новое направление.

Произошел переход от признания Верховным судом США конституционности социально-экономического

законодательства к признанию социально-экономических прав в качестве субъективных прав граждан в результате нового понимания и толкования положений о «надлежащей правовой процедуре» и «равной защите законов».

Верховный суд истолковал эти широкие по смыслу конституционные положения как требования принятия социальных законов и судебной защиты прав, закрепленных этими законами.

7. В 1970-х гг. Верховным судом США были признаны конституционными и т.н. «позитивные» («аффирмативные») меры государства: установление льгот в системе образования, квотирование рабочих мест, иные узаконенные предпочтения. Это означало некоторое отступление от формального равенства с целью достижения «равенства возможностей».

8. Переход к созданию «равенства возможностей» был инициирован правительствами Дж. Кеннеди и Л. Джонсона в обстановке массовых демократических движений и сопровождался обоснованием конституционного характера таких мер Верховным судом. Во-первых, доктрина «равной защиты законов» получила новое толкование – стала означать не только обязанность соблюдения формального равенства, но и обязанность государства обеспечить его путем «позитивных мер» (позитивным наполнением, например, предоставлением льгот). Во-вторых, доктрина «надлежащей правовой процедуры» стала трактоваться, как требование осуществить меры не только процессуального, но и материально-правового характера. Нарушение социально-экономических прав, например отмена, с целью экономии государственных средств, пособий для граждан, не имеющих иных источников дохода, приравнивалось судьями Верховного суда к нарушению основных прав личности - права на существование, права на получение основного дохода, и, по мнению некоторых судей, права

собственности.

9. При новой трактовке социально-экономические права граждан обеспечивались правом на конституционную судебную защиту и в то же время соответствовали обязанности государства осуществлять «позитивные меры». Особенностью процесса развития социально-экономических прав граждан в США было и остается

сочетание «негативной» и «позитивной» концепций прав человека, сочетание позитивного закрепления новых прав в законах с признанием их как субъективных прав личности и обеспечением судебной защитой на естественно-правовой (конституционной) основе.

10. Верховный суд США перешел к косвенному признанию социально-экономических прав, но отказался

от прямого признания и включения их в Конституцию. На рубеже XX – XXI вв. сохраняется консервативная позиция судебного корпуса о признании конституционности социально-экономических прав. Несмотря на противодействие значительной части судейского сообщества, такая позиция Верховного суда США сохраняется и в начале нового столетия.

Подписка в любом почтовом отделении
связи по каталогу “Роспечать”

ф. СП-1	<p style="text-align: center;">ФГУП “ПОЧТА РОССИИ” УФПС г.Москвы</p> <p>АБОНЕМЕНТ на журнал 47661 <small>(индекс издания)-</small></p> <p style="text-align: center;">Главный врач: хозяйство и право <small>(наименование издания)</small></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><small>Количество комплектов:</small></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">на 2011 год по месяцам:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>Куда _____ <small>(почтовый индекс) (адрес)</small></p> <p style="text-align: center;">Кому <small>(фамилия, инициалы)</small></p>	<small>Количество комплектов:</small>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																								
<small>Количество комплектов:</small>																																							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																												
ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА																																							
<p>на журнал 47661 <small>(индекс издания)</small></p> <p style="text-align: center;">Главный врач: хозяйство и право <small>(наименование издания)</small></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><small>ПВ</small></td> <td style="width: 30%;"><small>место</small></td> <td style="width: 30%;"><small>литер</small></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><small>Стоимость</small></td> <td style="width: 20%;"><small>подписки</small></td> <td style="width: 20%;"><small>руб. ___ коп.</small></td> <td style="width: 20%;"><small>Коп.</small></td> <td style="width: 20%;"><small>Количество комплектов:</small></td> </tr> <tr> <td></td> <td><small>переадресовки</small></td> <td><small>руб. ___ коп.</small></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">на 2011 год по месяцам:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>Куда _____ <small>(почтовый индекс) (адрес)</small></p> <p style="text-align: center;">Кому <small>(фамилия, инициалы)</small></p>		<small>ПВ</small>	<small>место</small>	<small>литер</small>		<small>Стоимость</small>	<small>подписки</small>	<small>руб. ___ коп.</small>	<small>Коп.</small>	<small>Количество комплектов:</small>		<small>переадресовки</small>	<small>руб. ___ коп.</small>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12												
<small>ПВ</small>	<small>место</small>	<small>литер</small>																																					
<small>Стоимость</small>	<small>подписки</small>	<small>руб. ___ коп.</small>	<small>Коп.</small>	<small>Количество комплектов:</small>																																			
	<small>переадресовки</small>	<small>руб. ___ коп.</small>																																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																												

Основополагающие диссертации

По материалам **АВТОРЕФЕРАТА** диссертации на соискание ученой степени доктора юридических наук (специальность: 12.00.01 – теория и история права и государства; история учений о праве и государстве).

Автор: **Калинин Алексей Юрьевич**

Тема: **Правообразование в России: понятийно-категориальный и структурно-функциональный состав (историко-теоретическое исследование)**

Место выполнения/защиты: **Санкт-Петербург**

Год защиты: **2010**

Основные положения:

1. В качестве одного из средств оптимизации правотворческой деятельности представляется целесообразным теоретическое моделирование процессов правообразования, которое направлено на решение двух основных задач: а) выявление ценностных, политических, экономических, социальных и других факторов, определяющих потребности и возможности конкретного государственно-организованного общества на данной стадии его исторического развития и требующих от законодателя учёта в своей правотворческой деятельности; б) выявление степени адекватности процессов правообразования реальным возможностям и потребностям общества, что позволяет, в свою очередь, выявить причины, снижающие эффективность правового регулирования со стороны уже действующего права, и выработать ряд практических рекомендаций по их устранению.

2. Принимая во внимание историческую изменчивость права, его зависимость от геополитических, этнических, языковых и других объективных и субъективных исторических особенностей развития конкретного общества, а также довольно конкретные, прагматические цели моделирования процессов правообразования, с гносеологической точки зрения, теоретические построения в данной сфере целесообразно относить к т.н. теориям микроуровня, т.е. теориям, содержание которых вытекает из исторических особенностей конкретной правовой

системы.

3. Под «правообразованием» следует понимать совокупность всех процессов, направленных на формирование права в данном обществе. Итогом правообразования является право, выраженное в форме какого-либо официально признаваемого в данном обществе источника: нормативно-правового акта, юридического прецедента, правового обычая, нормативного договора и др. К структурным элементам правообразования в рамках выработанной в данной работе методологии относятся т.н. внутренний источник права и дефекты правотворческой деятельности. Сочетание этих элементов определяет, в конечном счёте, содержание внешнего источника права, который, в свою очередь, является итогом процесса правообразования.

4. Внутренний источник права определяется как способность общества к нормативному воспроизведению своей ценностной системы. Методологический смысл данного понятия сводится к тому, что оно является своего рода идеальным отражением потребностей общества в той или иной норме права и должно, в этой связи, быть вектором, определяющим направление процесса правообразования. В структуру понятия «внутренний источник права» входят внутренние и внешние факторы правообразования. К первым относится ценностная система данного общества. Волевая работа общества (его отдельных социальных групп) по утверждению своей ценностной системы определяется как «искусственный ценностный отбор». Ко вторым – политические, экономические и социальные факторы правообразования. Влияние этих факторов на способность общества воспроизводить те или иные свои ценности в нормативном поведении определяется как «естественный ценностный отбор». Сочетание искусственного и естественного ценностного отбора составляет механизм работы внутреннего источника права как составной части правообразования.

5. Помимо внутреннего источника права в структуру правообразования входят т.н. «дефекты правотворческой деятельности». Их существование обу-

словлено тем, что механизм внутреннего источника права реализует себя в содержании внешних источников опосредовано – через волю законодателя, которая может вносить в процесс правообразования определённые искажения. В рамках выработанной методологии дефекты правообразования классифицируются следующим образом.

1. Ошибки со стороны законодателя в процессе правообразования. В зависимости от причины возникновения их можно классифицировать на следующие виды:

- ошибки содержания ценностей;
- ошибки оценки возможностей;
- ошибки юридической техники.

2. Злоупотребления законодателя своими властными полномочиями. В зависимости от причины возникновения их также можно классифицировать на следующие виды:

- лоббирование интересов отдельных социальных групп;
- злоупотребления идеологической функцией права.

6. Анализ ценностной системы конкретного общества (т.е. внутренних факторов правообразования) является исходным пунктом при характеристике особенностей внутреннего источника права для данного общества. Полученная в ходе этого анализа качественная (содержательная) характеристика ценностной системы является исходным материалом для изучения механизмов естественного и искусственного отбора ценностей. Совокупность ценностей как итоговый результат этого отбора и есть содержание понятия «внутренний источник права».

7. Исходя из особенностей исторического развития российского общества, при анализе ценностной системы методологически целесообразно исходить из историко-мировоззренческого критерия, позволяющего выделить мифологический, религиозный и рационалистический уровни ценностной системы.

8. Отличительной чертой мифологического уровня, составляющего своего рода архетип отечественного правового сознания, является то, что в отличие от западного общества, где со времён эллинской культуры произошло разделение на этику, эстетику и гносеоло-

гию, мировоззрение русского человека изначально не знает такого разделения. Экзистенциальный тип мировосприятия является изначально обусловленным типом мировосприятия для русского человека. Экзистенциализм есть явление, если и не противоположное, то по крайней мере, довольно сложно согласующееся с рациональным типом мировосприятия, в основе которого лежит анализ, т.е. разделение единого предмета изучения на части. В основе права как социального явления лежит логика. Последнюю требует такой важнейший признак права как формальная определённость. В этой связи право в современном его понимании есть рациональная логическая система, довольно сложно согласующаяся с экзистенциальной формой мировосприятия. Сущность этого плохого согласования, в конечном счёте, сводится к тому, что право всегда требует определённой формы, а та, в свою очередь, предполагает определённое постоянство, в то время как объективные условия жизни восточных славян не давали к этому возможности.

9. Религиозный уровень ценностной системы в рассматриваемых аспектах представлен тремя аксиологическими идеями: а) идеей государственной диктатуры, б) идеей нравственного и в) волевого противостояния этой диктатуре. Все три идеи, наложенные на эсхатологизм, отличаются довольно сильным бескомпромиссным своим характером, что само по себе создает определённые трудности в их правовом оформлении, т.к. сущность права во многом сводится к разумному балансу интересов. Всё это, в конечном счёте, работает на неадекватность искусственного ценностного отбора в процессах правообразования.

10. Рационалистический уровень мировоззрения не стал для современного российского общества определяющим в восприятии государственно-правовых явлений. Доминирующим остаётся религиозное восприятие, причём существенно искаженное мифологическим содержанием. Сакрализация государственной власти, а также идея нравственного и волевого противостояния государству по-прежнему составляют основу ценностного восприятия государственно-правовых явлений. Сказанное не исключает отсутствия у рационалистического уровня ценностного восприятия государственно-

правовых явлений отличительных черт. Прежде всего, это касается западного характера правовой доктрины современного Российского государства. Последовательность внедрения этого западного опыта сама по себе не вызывает существенных нареканий с точки зрения своего правового оформления. Базовые законодательные акты современной России ни по содержанию, ни по технике исполнения существенно не уступают современным западным аналогам, но его реализацию никак нельзя признать удовлетворительной. Причины этого видятся в несоответствии содержания современного российского законодательства ценностной системе современного общества, а также его возможностям. Иными словами, имеют место ошибки содержания ценностей и ошибки оценки возможностей. Иначе говоря, главная причина дефектов правообразования в России видится в резком расхождении таких элементов правосознания как правовая идеология и правовая психология.

11. Анализ политических и экономических факторов правообразования позволяет констатировать резкое преобладание искусственного ценностного отбора над естественным ценностным отбором. Это, в свою очередь, приводит к увеличению риска возникновения «ошибок содержания ценностей» и «ошибок оценки возможностей». Причиной всех этих явлений в конечном счёте является модернизационный тип исторического развития российского общества.

12. Социологический анализ социальных факторов правообразования позволяет констатировать две основные особенности.

Во-первых, сравнительную (по отношению к Западной Европе) обособленность экономической и политической элиты в современной России. Политическая элита (как актор) явно доминирует над экономической в аспектах воздействия на процессы правообразования. В то же время, экономическая элита, несмотря на свою малочисленность, является довольно мощной политической силой, что создаёт в сфере правообразования довольно противоречивую ситуацию. Подобная расстановка политических сил способствует таким дефектам правообразования как злоупотребление идеологической функцией права и лоббирование

интересов со стороны экономической элиты. Первое обусловлено осознанием силы экономической элиты со стороны политической и желанием с помощью права, закрепляя в нём популистские лозунги, укрепить свой авторитет в лице общества. Второе (лоббирование), строго говоря, есть объективное и неизбежное явление для любой парламентской демократии. Однако в России оно усиливается отстранённостью экономической элиты от государственной власти и, как следствие, стремлением с её стороны воздействовать на власть нелегальными методами.

Во-вторых, в отличие от Западной Европы средний слой общества в России не в состоянии выполнять предписываемые ему функции обеспечения разумного компромисса между стабильностью и новациями. Его малочисленность и отсутствие реальных политических институтов для выражения интересов приводит к тому, что доминирующей мотивацией является приспособление к существующим условиям. Средний слой общества в современной России не в большей мере (в его сравнении с другими слоями) заинтересован в демократизации отношений или в укреплении режима законности. Проведённые социологические исследования позволяют констатировать, что по сравнению с Западной Европой интересы среднего слоя общества в современной России отнюдь не являются определяющими в определении содержания процессов правообразования.

13. Сравнительная характеристика особенностей правосознания современного российского и западноевропейского общества, проведенная с помощью метода ассоциативных восприятий, позволяет констатировать, что если на западе уровень правового сознания последовательно падает от высших слоев общества к низшим, то в России нет такой закономерности. В лучшем случае можно говорить о том, что уровень правового сознания высшего слоя общества в России выше чем среднего (и то с точки зрения социологии здесь нет строгой корреляции). Что же касается среднего и низшего слоев общества, то здесь вообще не наблюдается существенных различий. Высший слой в России по ценностной характеристике правосознания вообще очень близок к среднему слою

Западной Европы, тогда как разница ценностного восприятия основных правовых понятий между российским высшим, средним и низшим слоями общества настолько велика, что превышает различия правового сознания между отдельными западноевропейскими странами. Отсутствие ценностного единства между высшим слоем, выступающим в качестве определяющей силы в процессах правообразования, с одной стороны, средним и низшим слоями, выступающими в качестве субъектов массового правосознания, – с другой, представляется в целом довольно опасным явлением, прямо противоречащим принципам демократической организации государственной и общественной жизни.

14. Сравнительная социологическая характеристика особенностей правовой культуры различных социальных слоёв современного российского общества позволяет констатировать, что типология правовой культуры в России существенно не изменилась по сравнению с советским периодом отечественной истории и сводится в порядке убывания социальной значимости к следующей последовательности типов: активно-позитивный; сильно колеблющийся; традиционно-позитивный; пограничный; неустойчивый; негативно-отклоняющийся. Социологические данные не позволяют сделать вывод о том, что в современной России право стало восприниматься как большая ценность. Скорее наоборот, советскому обществу восприятие права как самодостаточной ценности было присуще в несколько большей степени. Главные отличительные черты правовой культуры российского общества видятся в довольно ярком выражении сильно колеблющегося, конформистского типа правовой культуры, а также в наличии у негативно-отклоняющегося (нигилистического по своей природе) типа повышенной социальной активности. Конформистское отношение к праву существенной части российского общества, с одной стороны, и повышенная социальная активность правового нигилизма, с другой, крайне затрудняет адекватность процессов правообразования в современной России, сводя эти процессы к субъективной воле политической и (хотя и в меньшей степени) экономической элиты.

15. Одной из целей моделирования

процессов правообразования выступает социологическая оценка адекватности этих процессов. В качестве оценочного критерия адекватности правообразования используется понятие «эффективность правового регулирования».

Представляется, что современные социологические методы позволяют количественно оценить эффективность правового регулирования в восприятии её со стороны различных социальных групп. При использовании эффективности правового регулирования в качестве критерия оценки адекватности процессов правообразования учитывается, что эффективность правового регулирования зависит не только от «качества» нормативного материала, но и от процессов реализации права, а также от особенностей его восприятия со стороны общественного правосознания в целом.

Как показывают проведенные социологические исследования, отнюдь не плохое качество законодательства, а низкое качество правоприменительной деятельности считается на уровне обывательного и профессионального правового сознания главной причиной низкого уровня эффективности правового регулирования в условиях современной России.

16. Проведенные социологические исследования позволяют дифференцированно оценить степень отрицательного воздействия выделяемых дефектов правообразования на эффективность правового регулирования в условиях современного российского общества. По критерию убывания своего вредного воздействия дефекты правообразования располагаются следующим образом:

- ошибки оценки возможностей общества;
- злоупотребление идеологической функцией права;
- ошибки содержания ценностей;
- лоббирование интересов экономической и политической элиты;
- ошибки юридической техники.

17. Анализируя реальные практические возможности по устранению отмеченных выше дефектов правообразования, констатируется, что с учётом международного положения России, состояния экономики, особенностей массового правосознания и исторического прошлого Российского государства реальные возможности

преодоления таких дефектов правообразования, как ошибки содержания ценностей и ошибки оценки возможностей, в настоящее время отсутствуют. В истории народа возможны ошибки, которые фактически невозможно исправить впоследствии. В новейшей истории России этой ошибкой являлся полный слом советского государства и его институтов, во многом механическое установление других основ государственности и соответствующих им принципиально других правовых институтов. Обеспечить полную работоспособность этих институтов российское общество не в состоянии, но и неспособно отказаться от них.

Что же касается таких дефектов правообразования как злоупотребление идеологической функцией права и лоббирование интересов политической и экономической элиты, то устранение их исключительно правовыми методами также не представляется возможным. Решение этих проблем лежит не столько в юридической, сколько в политической плоскости и предполагает наличие в стране реальной конкуренции в борьбе за государственную власть. Следует также отметить, что причины отсутствия этой конкуренции видятся не столько в авторитаризме правящей политической элиты, сколько в исторически обусловленном державном типе массового политического сознания российского общества.

Возможности устранения (либо существенного уменьшения) ошибок законодательной техники являются вполне реальными с практической точки зрения. Решение этих проблем видится в проведении таких мероприятий, как установление приоритетов в планировании правотворческой деятельности; экспертиза нормативно-правовых актов; мониторинг нормативно-правовых актов; согласование федерального и регионального правотворчества; научное проектирование законодательства на основе комплексных системных исследований; анализ системы законодательства и отдельных нормативно-правовых актов, с целью выявления факторов, способствующих развитию негативных социальных явлений; проведение правовых экспериментов по отработке концепции закона.



Акопян Андрей Степанович, директор Центра репродукции человека МЗ РФ, Председатель этического комитета Российской Медицинской ассоциации, доктор медицинских наук



Карпенко Андрей Александрович, генеральный директор Московского филиала ООО «Центр медицинского права», юрист, врач, г. Москва
Координаты для связи: 115088, г. Москва, ул. 2-ая Машиностроения, д.17, стр.1 тел. (499) 755-79-87



Мамонтов Сергей Александрович, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ
Координаты для связи: тел.8-915-251-68-54
email: mamontov_serg@bk.ru



Панов Алексей Валентинович, член НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», директор ООО «Центр медицинского права», юрист
Координаты для связи: 127254, г. Москва, ул.Добролюбова, д.16, к.2, тел.(495) 618-00-81



Родин Олег Владимирович, член НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», адвокат (Московская областная коллегия адвокатов), к.м.н
Координаты для связи: 127254, г. Москва, ул.Добролюбова, д.16, к.2, тел.(495) 618-00-81



Тихомиров Алексей Владимирович, член НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», адвокат (Московская областная коллегия адвокатов), доктор медицинских наук, кандидат юридических наук
Координаты для связи: 127254, г. Москва, ул.Добролюбова, д.16, к.2, тел.(495) 618-00-81

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, предоставляемая им статья имеет приоритет в сроках публикации. Если статья имеет несколько соавторов, то право приоритета в сроках публикации возникает при условии подписки на журнал всех авторов, в противном случае статья публикуется в общей очередности.

1.5. Статьи публикуются при положительном решении редакции о публикации. В случае отказа автору направляется мотивированный отказ.

1.6. К рассмотрению принимаются статьи, направленные в редакцию:

- на электронном носителе (дискета, CD, DVD, флешдиск);

- посредством электронной почты на адрес издательства jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru.

Представление статьи на бумажном носителе не обязательно.

1.7. Статья представляется в виде одного файла. Формат файла MS Word или rtf. Желательно использование популярных шрифтов (Times New Roman, Arial и т.д.), размер шрифта на усмотрение автора. Межстрочный интервал – полуторный. Таблицы оформляются средствами MS Word непосредственно в статье. Рисунки, фотографии, любые иные графические материалы, используемые в статье, представляются каждый в отдельном файле (наименование файла соответствует ссылке на него в статье). Название графического материала приводится в ссылке на этот материал. Нумерация графических материалов производится арабскими цифрами. Графические материалы печатаются в черно-белом исполнении вне зависимости от формата их представления в цвете или нет.

1.8. Минимальные требования к содержанию файла:

1 страница – титульный лист, содержащий, наименование статьи (прописными (большими) символами), ФИО автора(ов), его (их) ученые степени, звания, контактная информация (телефон, адрес электронной почты)

2 страница и последующие – текст статьи

1.9. Авторы статей несут ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не всегда разделяет мнения авторов и не несет ответственности за недостоверность публикуемых данных.

Редакция журнала не несет никакой ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

Редакция вправе изъять уже опубликованную статью, если выяснится, что в процессе публикации статьи были нарушены чьи-либо права или общепринятые нормы научной этики.

О факте изъятия статьи редакция сообщает автору, который представил статью, рецензенту и организации, где работа выполнялась.

Статьи и предоставленные CD-диски, другие материалы не возвращаются.

1.10. Плата за публикацию рукописей не взимается. Авторские гонорары также не выплачиваются. Рекламные материалы (включая скрытую рекламу) публикуются только за установленную плату и лишь в случае соответствия редакционной политике.

1.11. Направляя статью для публикации, автор соглашается с ее публикацией в открытом доступе через год после опубликования в журнале на сайте Индекса научного цитирования, что является одним из требований включения журнала в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки России.

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.