

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ:

02/2011

ХОЗЯЙСТВО И ПРАВО

СОДЕРЖАНИЕ

ПОЧТИ ОФИЦИАЛЬНО

А.В.Тихомиров
АЛЬТЕРНАТИВА ПРОВОДИМОЙ БЮДЖЕТНОЙ РЕФОРМЫ 2

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

А.С.Акопян, А.В.Тихомиров
ОЦЕНКА КОНЦЕПЦИЙ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 7

ОБЗОР

А.С.Акопян
РОЛЬ «СЕМЕЙНЫХ ЦЕННОСТЕЙ» В ПЕРЕРОЖДЕНИИ
ИНСТИТУТОВ ГОСУДАРСТВА: БИОСОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ 11

А.В.Тихомиров
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СФЕРЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ
И ПРАВОВЫЕ ПУТИ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ 22

А.В.Панов, А.А.Карпенко
РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЕЛИКОБРИТАНИИ 29

А.В.Тихомиров
ЭКОНОМИКА ПРАВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ПРОБЛЕМЫ
ДЕЙСТВУЮЩЕГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА 37

В.В.Назарова, О.В.Леонтьев, И.Ж.Искаков
ОСОБЕННОСТИ РЫНКА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ В САНКТ ПЕТЕРБУРГЕ 42

ПРОЦЕСС

А.В.Тихомиров
ПРЕТЕНЗИЯ – ОТЗЫВ 50

В следующих номерах:

Ожидания общества от здравоохранения

Безопасность пациентов

Социальное предпринимательство

Социальная политика в партийных программах

Социальное проектирование в здравоохранении

Бюджетная реформа была начата без:

1. должной диверсификации реформируемой среды;
2. соразмерения приоритетов реформы;
3. выработки стратегии перехода и социального проектирования пореформенного устройства среды.

Бюджетная сфера государства осталась практически нетронутой на протяжении двух десятилетий нового времени товарной организации общества.

Цель реформы вполне понятна: сокращение и оптимизация бюджетных расходов на фоне роста их эффективности. Но необходима новая организация бюджетной сферы, отличная от социалистической модели.

Бюджетная сфера неоднородна. Демаркация обусловлена результатом деятельности тех, кто составляет бюджетную сферу.

Результат деятельности бюрократии не имеет товарной формы – общество не находится с государством в товарных отношениях.

Наряду с бюрократией бюджетная сфера включает сферу социальную. По тому же признаку ее разделяет социальное обеспечение, составляющее нетоварные предоставления со стороны государства обществу (пособия, пенсии и пр.), и все то, за что государство платит – образование, здравоохранение, наука, культура и т.д. В этой части в социальной сфере деятельность бюджетников имеет форму товара (услуги). Государство оплачивает товарные предоставления в пользу общества.

Уже это простое деление подсказывает направления реформирования бюджетной сферы (рис.1): сокращение количества и/или величины содержания бюрократии и разгосударствление субъектов товарного производства.

Практика показывает, что сокращение бюрократии в нашей стране в новое время постоянно оказывается неэффективным (рис.2).

¹ Направлено в Экспертную группу по обновлению «Стратегии-2020» «Реформа бюджетного сектора в экономике» Т.Л.Клячко и Б.Л.Руднику

АЛЬТЕРНАТИВА ПРОВОДИМОЙ БЮДЖЕТНОЙ РЕФОРМЫ¹

Показано, что бюджетная реформа не может привести к нужной обществу реформе социальной сферы

Ключевые слова: бюджетная реформа, социальная реформа, «государственные» услуги

Совершенно очевидно, что это – системная реакция, обусловленная иными факторами, чем существующими в самой бюрократической среде.

Что касается избавления от непрофильных активов, то так

вопрос не ставился на протяжении всего нового времени. Социальная сфера по традиции считалась непроизводительной, несмотря на появление термина услуги, ее оплаты, формирование частного сектора. Между тем именно эти обсто-



Рисунок 1. Направления реформирования бюджетной сферы



Рисунок 2. Обратная реакция количества чиновничества на сокращения

ательства позволяют совершенно иначе, чем прежде, рассматривать существующее устройство социальной сферы с позиций институциональной теории, тем более в контексте действия разных отраслей законодательства (рис.3).

Бюджетное законодательство не предназначено для оформления отношений товарообмена. Экономический оборот, в том числе в социальной сфере, регулируется гражданским законодательством. Отсюда вытекает ряд следствий.

Во-первых, термин «государственные услуги» не является правомерным, поскольку государство не состоит с обществом в товарных

отношениях. В рамках этого термина смешиваются понятия нетоварных предоставлений государством гражданам (документов, разрешений и пр.) и товарных предоставлений им (услуг) учреждениями социальной сферы, оплачиваемых государством.

Во-вторых, оборот услуг, в том числе оплачиваемых государством, возможен только вовне бюджетной сферы. Оказание и оплата равно «бесплатных», оплачиваемых государством, и «платных» услуг учреждениями социальной сферы может происходить только в гражданском обороте. Отношения «распорядителя бюджетных средств» и

«получателя бюджетных средств», регулируемые бюджетным законодательством, не являются отношениями товарообмена.

В-третьих, не может оказание и оплата услуг происходить в сфере действия бюджетного законодательства, а их получение гражданами (и правовая оценка последствием – причинения вреда, например) – в сфере действия гражданского законодательства.

В результате неразличения нуждающихся в этом категорий и обстоятельств происходит следующее.

Во-первых, круговорот средств государственной казны (рис.4).

Общество оказывается за пределами круга отношений распорядителей и получателей бюджетных средств. Учреждения социальной сферы безразличны к получателям услуг, поскольку те никак не влияют на поступления средств казны. Нет товарообмена, поскольку объекты не меняют принадлежность. Происходит не более чем освоение этих средств учреждениями социальной сферы, подотчетное вышестоящим органам управления. Воспроизводства не происходит – только потребление. Мерой потребления (а не оборота) исчисляется и доля отрасли (образования, здравоохранения и т.д.) в ВВП. Инвестиционная непривлекательность социальной сферы, как и неработоспособность искусственных конструкций (типа концессионных соглашений) очевидна.

Во-вторых, инверсия позиционирования государства (рис.5).

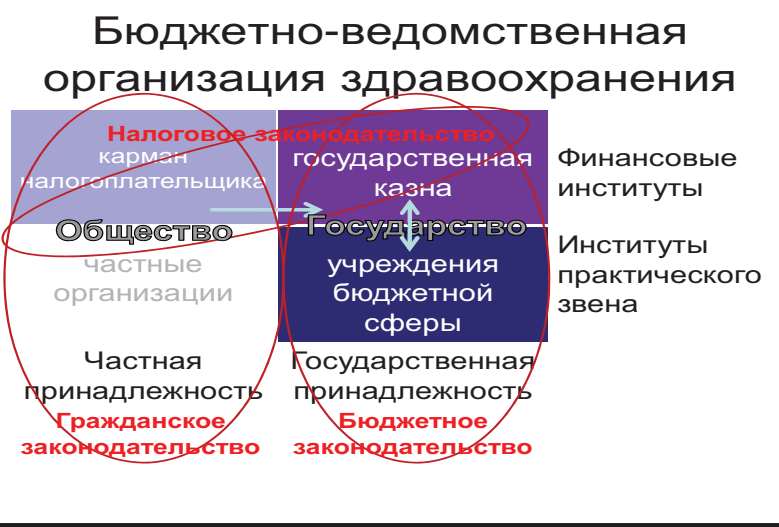


Рисунок 3. Существующее устройство социальной сферы в контексте действия разных отраслей законодательства

Государство позиционируется на стороне своей собственности (принадлежности имущества учреждений социальной сферы), а не на стороне граждан-выгодприобретателей при оплате предоставлений из казны в их пользу. Государство руководствуется не интересами общества в социальной сфере, а интересами своего имущества. Учреждения социальной сферы подотчетны вышестоящим органам управления не в части удовлетворения нужд и потребности нуждающихся, а в части освоения выделенных средств. В таких условиях социальной сфере не нужны инновации - они вредны для усто-

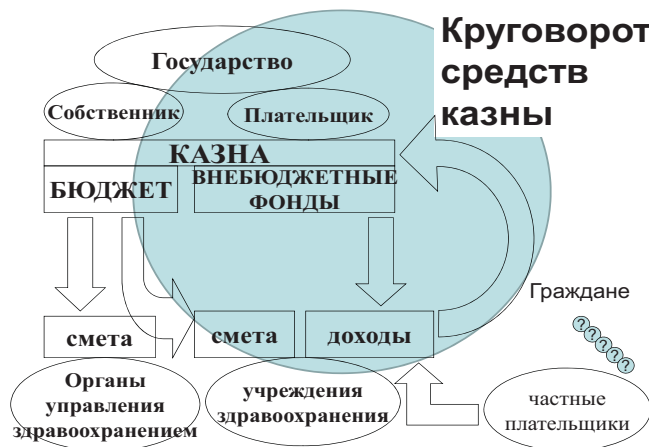


Рисунок 4. Круговорот средств государственной казны

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

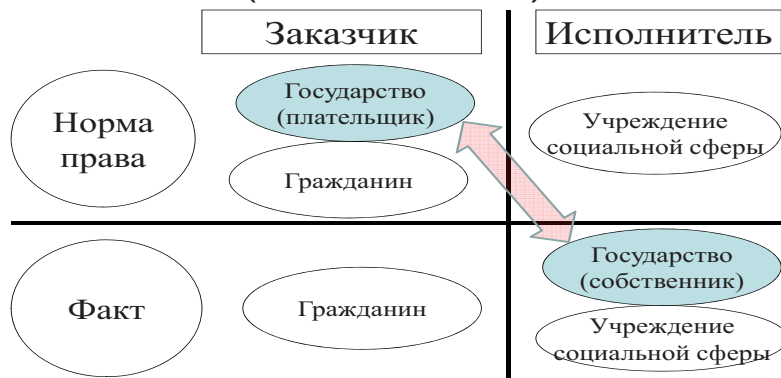


Рисунок 5. Инверсия позиционирования государства

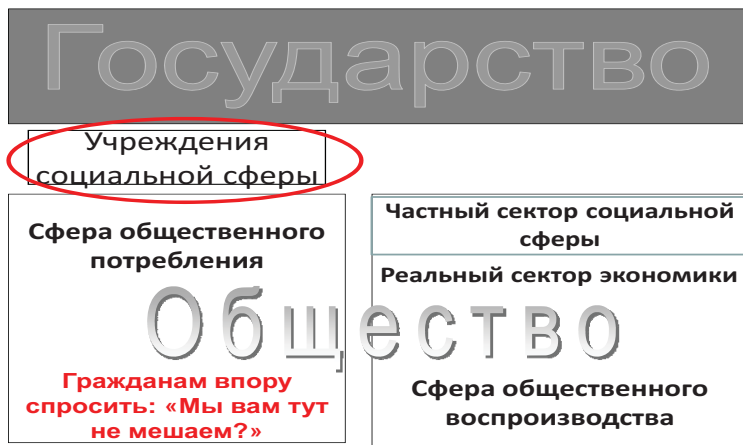


Рисунок 6. Инверсия позиционирования учреждений социальной сферы

явшегося уклада.

В-третьих, инверсия позиционирования учреждений социальной сферы (рис.6).

Учреждения социальной сферы не относятся к механизму государства (подобно органам власти), но и не являются хозяйствующими субъектами (подобно частным поставщикам услуг). Как получатели бюджетных средств они занимают то положение, которое предназначено для граждан как потребителей – получателей услуг. По существу, государство расплачивается не с учреждениями социальной сферы, а с гражданами – услугами учреждений социальной сферы. В таких условиях социальной сфере не нужна инфраструктура улучшения и развития - ей достаточно существующей энтропии.

Именно сложившееся положение дел легализуется бюджетной реформой (рис.7).

Результаты бюджетной реформы в существующем виде:

1. Из-за сохранения нетоварной организации социальной сферы при товарной организации общества социальная сфера остается социалистическим анклавом в капиталистическом окружении.

2. Социальная сфера искусственно содержится в государстве, а не культивируется государством в обществе.

3. Достижение социального результата государство обуславливает финансированием и деятельностью органов управления и учреждений социальной сферы.

4. Экономический механизм в социальной сфере устроен так, что государство платит гражданам оказанием услуг принадлежащими ему учреждениями социальной сферы.

5. Общество отстранено от судьбы расходов на его нужды.

6. Социальная сфера (сфера услуг) отождествляется со сферой бюджетной. Нет товарообмена – объекты (услуги и их оплата) не меняют принадлежность.

7. Бюрократия социальной сферы обществу с бюджетниками. При несоразмерных различиях в содержании бюрократия оставляется на казенном коште, а бюджетники противопоставляются обществу как вынужденные жить за его

Бюджетная реформа

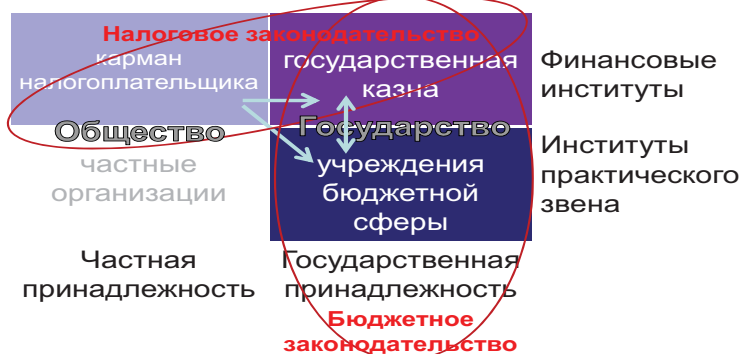


Рисунок 7. Бюджетная реформа

счет.

8. Социальная сфера - для государства и бюджета, а не для общества и удовлетворения его социальных нужд.

9. Увеличивается налоговое бремя.

10. Общество работает на государство помимо налогов.

11. Государство работает не на социальный результат, а на собственное обогащение за счет общества.

Последствия всего этого прогнозируемы – социальный дефолт.

Возникает вопрос, что в предпринятой бюджетной реформе того, что не делает ее реформой, и что отличает нашу социальную сферу

от зарубежных аналогов. Что есть у нас такое, чего нет за рубежом?

Это – сохранение бюджетно-учрежденческой организации социальной сферы, неведомой вовне постсоветских стран. Учреждения как организационно-правовая форма известна германской группе государств (Германия, Австрия, Швейцария) как, однако, организаций, основанных на собственном имуществе. Учреждений как основанных на несобственном имуществе организаций в мире не существует. За рубежом организации, в том числе создаваемые государством, по общему правилу имеют форму корпораций и основаны на собственном имуществе.

Их финансирование за счет средств государственной казны не означает их имущественную принадлежность государству. Вместо имущественной зависимости повсеместно достаточно ответственности по договорным обязательствам.

В ходе бюджетной реформы вместо разгосударствления учреждений социальной сферы сохранена их публичная имущественная принадлежность и проведены различия лишь в ограничениях деятельности и в присвоении ее плодов. Вместо оказания услуг и их оплаты – государственное задание и субсидии. Вместо вывода социальной сферы в гражданский оборот она оставлена в бюджетной сфере.

Главное, что проигнорировано бюджетной реформой – это то, что социальный результат – следствие экономической деятельности в социальной сфере. Социальный результат порождается деятельностью хозяйствующих субъектов, производящих продукт, потребляемый в социальной сфере. Хозяйствующие субъекты, производящие такой продукт в социальной сфере, своей экономической деятельностью оказывают прямое влияние на социальный результат (хозяйствующие субъекты, осуществляющие деятельность в реальном секторе экономики, оказывают опосредованное налогами влияние на социальный результат). Государство призвано оплачивать, а не осуществлять производство нужного социальной сфере продукта. Государство – не хозяйствующий субъект, чтобы самому производить такой продукт.

Отсюда проведение реформы нужно начать с отделения бюджетной сферы от сферы социальной. Социальная сфера подлежит такому разгосударствлению, которое отвечает потребностям создания в ней гражданского оборота, подобно реальному сектору экономики. Государство же оставляет за собой функции регулятора (через законодательство) и плательщика в пользу граждан (через существующие в гражданском обороте механизмы, например, банковские). Тем самым социальная политика проводится государством в социальной сфере с помощью публичного финансо-

Социальная реформа



Рисунок 8. Социальная реформа

вого менеджмента, а не мерами административной субординации. В той мере, в какой в реальном секторе экономики бюрократии в публичных институтах требуется значительно меньше, чем сейчас присутствует в социальной сфере, ее численность в случае реформы существенно сократится автоматически, высвободив значительные дополнительные средства для платежей государства в пользу общества.

Следовательно, нужна полноценная социальная реформа и простая реструктуризация бюджетной сферы.

Социальная реформа (рис.8) состоит в создании в социальной сфере равноудаленного от государства общественного института частных поставщиков услуг и специализированного финансового общественного института, продолжающего в гражданском обороте платежную функцию публичных

институтов бюджетной сферы.

Это предполагает ликвидацию института учреждений социальной сферы (их преобразование в частные организации - партикуляризацию) без приватизации государственного и муниципального имущества, на котором они основаны, в ходе индустриальной трансформации всей социальной сферы, что может быть кратко суммировано отдельно.

Подписка в любом почтовом отделении связи по каталогу "Роспечать"

ф. СП-1

ФГУП "ПОЧТА РОССИИ"
УФПС г.Москвы

АБОНЕМЕНТ на журнал
(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
						X	X	X	X	X	X

Куда
(почтовый индекс) (адрес)

Кому
(фамилия, инициалы)

ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА

на журнал
(индекс издания)

Главный врач: хозяйство и право
(наименование издания)

ПВ	место	литер

Стоимость подписки _____ руб. ____ коп. Количество комплектов:

Стоимость переадресовки _____ руб. ____ коп.

на 2011 год по месяцам:

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

Куда
(почтовый индекс) (адрес)

Кому
(фамилия, инициалы)

А.С.Акопян, директор Республиканского центра репродукции человека и планирования семьи МЗ РФ, председатель Национального этического комитета РМА, д.м.н.

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

Изменение государственного устройства России конца XX века по ряду причин политико-экономического характера практически не затронуло институциональной основы отраслей т.н. непроизводственной сферы. Последняя и по сей день рассматривается почти исключительно как расходная часть бюджетов, циркулирующих в ведомственном, а не в гражданском обороте. Специфика России состоит в том, что социальная сфера и здравоохранение как ее составная часть на протяжении последних 20 лет по-прежнему находится «в начале пути», несмотря на непрекращающиеся попытки теоретического обоснования необходимых реформ в виде многочисленных концепций, доктрин, стратегий и программ разной степени проработанности.

Согласно Общероссийскому классификатору экономической деятельности, продукции и услуг (ОКДП)¹, пришедшему на смену советскому ОКОНХ и разработанному в связи с требованиями развития рыночной экономики и необходимостью проведения международных экономических сопоставлений, другими отечественными отраслевыми классификаторами секторов и отраслей современной структуры занятости² «медицинские и другие услуги по охране здоровья», наряду с другими социальными услугами³, относятся к экономическим видам деятельности. Даже по отношению к наиболее передовым странам выказывается неудовлетворенность темпами перехода к новой информационной экономике, основанной на производстве знаний. Например, Э. и Х. Тоффлеры отмечают,

1 ОКДП разработан в рамках «государственной программы перехода РФ на принятую в международной практике систему учета и статистики в соответствии с требованиями развития рыночной экономики» и утвержден в 1993 г. с переходным периодом до 2002 года.

2 Шкаратан О.И., Иняевский С.А. Отраслевая структура как индикатор тенденций трансформаций // Общественные науки и современность. 2008. №3.

3 К социальным услугам современные классификации секторов и отраслей экономики, основанные на Международной стандартной отраслевой классификации всех видов экономической деятельности ООН (2007 г.) относят, кроме медицинских услуг, рекреационные услуги, образование, социальное обеспечение, религиозные услуги, неприбыльные организации, правительство, прочие социальные услуги (страховые, юридические и т.д.).

ОЦЕНКА КОНЦЕПЦИЙ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Предложена единая схема оценки концепций реформы здравоохранения

Ключевые слова: концепции социальных преобразований, реформа здравоохранения, схема оценки

что «...попытки изменить или заменить устаревшие способы управления, присущие индустриальной эпохе, повсеместно встречают упорное сопротивление со стороны традиционно ориентированных чиновников и их союзников. Вот почему многие наши основные институты являются нефункциональными. ...Иными словами, правительства сегодня находятся в конфликте с самим временем»⁴.

После паузы, возникшей с середины 90-х годов, модернизационная риторика властей активизировала обсуждение различных концепций реформирования сферы охраны здоровья. Возникла необходимость их оценки по единым правилам реалистичности и соответствия существующим в стране политическим, экономическим и правовым условиям. Этого требует и существенное расхождение между понятийным аппаратом социалистической организации здравоохранения по

модели Семашко и капиталистической организации общества.

К сожалению, сложившиеся установки отраслевого руководства здравоохранением, как прежнего, так и нынешнего, в своей основе не изменились и в новых условиях продолжают продвигать прежние идеи, слегка приукрашенные новыми возможностями, предоставляемыми гражданским законодательством. Так, депопуляция и демографический кризис, сверхсмертность, низкая рождаемость объясняются недостаточностью финансирования здравоохранения, а отсюда необходимостью усиления материально-технической базы учреждений здравоохранения, повышения доступности здравоохранения и качества медицинских услуг, изменения административных регламентов финансирования здравоохранения и т.д. В контексте такого понимания добавляются потребности нового времени (выбор врача, медицинского учреждения и страховой организации и т.д.). Именно в парадигме сохра-

4 Тоффлер Э., Тоффлер Х. Революционное богатство. Как оно будет создано и как оно изменит нашу жизнь. М.: АСТ Москва: Профиздат. 2008.

нения социалистической модели Семашко сформулированы бюджетная реформа, реформы здравоохранения и обязательного медицинского страхования.

Регулярная модель Семашко, устроенная по принципу воинской иерархии и объединения органов управления и учреждений, оказывающих медицинскую помощь в рамках единой имущественной и административной общности, соответствовала общественному строю, в котором возникла и развивалась, структуре и характеру заболеваемости, дефицитной матрицы, устройству распределительной модели социалистической экономики. В изменившихся условиях она стала мощнейшим фактором, блокирующим любые системные преобразования и попытки ее адаптации к новым институтам. В итоге возникло расхождение между процессами государственного строительства и общественного развития в сфере здравоохранения и организации оказания медицинской помощи. Государство оторвалось от общества, но, как и прежде, пытается доминировать в его жизнедеятельности в своем видении его нужд и ожиданий. Тем самым реформы, которые коммерциализированное государство по традиции проводит в свою пользу и считает их пригодными для общества, на деле не корреспондируют с реальными общественными процессами.

Выдвигаемые концепции реформирования здравоохранения исходят каждая из своего понимания преобразований в пределах той же модели Семашко, притом что смысл реформирования фокусируется не более чем на скудости финансирования отрасли государством либо на реструктуризации практического здравоохранения, либо их сочетании. Практически все концепции отмечают пороки и недостатки нынешнего положения дел, моделируют желаемое будущее, четко не формулируя ни цели реформ-модернизаций системы оказания медицинской помощи, с которой непосредственно контактируют граждане, ни, тем более, правового механизма и алгоритма ее достижения.

В связи с этим возникает необходимость выяснения отправных начал, критериев оценки и ориентиров пригодности концепций реформирования сферы охраны здоровья для практической реализации при убежденности

в том, что когда-нибудь она все-таки состоится.

Выяснение отправных начал этих концепций необходимо для того, чтобы понять, что включает, какой смысл содержит, на каких принципах и реперных точках построена любая из них.

Выяснение критериев оценки этих концепций необходимо также для того, чтобы каждая из них продемонстрировала свое правовое соответствие единой и равной мере нужд и ожиданий общества от охраны здоровья в контексте эволюции российского законодательства.

Выяснение ориентиров пригодности этих концепций для практического внедрения необходимо для понимания, что каждая из них несет на выходе, помимо предположений и деклараций.

Например, если концепция построена на основе воспроизводства клише модели Семашко, отвлеченного от удовлетворения нужд и ожиданий общества, и пронизана лишь логикой отрицания настоящего и лозунгами на будущее, очевидно, она не несет и не может нести конструктивной идеи переустройства отрасли на основе правового закона, юридически-равной меры и справедливости.

Если концепция основана на радикальных идеях приватизации и/или упразднения – хотя бы в части – бесплатного здравоохранения без мобилизации существующих в отрасли ресурсов оптимизации расходов, такая концепция тоже является половинчатой и не соответствует своему назначению, лишь воспроизводя характер неправовой, криминальной, привилегированной приватизации, ставшей уделом производственных отраслей и приведшей к стагнации развития страны и росту общественной напряженности, (далее не развивая эту тему).

Если концепция предполагает решение проблем отрасли сугубо медико-технологическими мерами, минуя экономику и право, она также едва ли имеет перспективу реализации из-за затухающего эффекта и отсутствия универсальных гегелевских источников саморазвития и самовоспроизводства. Изменения не приживутся, т.к. неизбежно будут возвращаться к исходной точке из-за сопротивления и противодействия новациям со стороны т.н. государственных учреждений

здравоохранения и их работников.

Любая концепция, претендующая на жизнеспособность, прежде всего, должна предполагать проведение социальной реформы в сфере охраны здоровья. Именно социальное, а не ведомственное или бюджетное переустройство в сфере охраны здоровья должно и может быть предметом реформы.

Реальная реформа может состоять лишь в приведении парадигмы устройства сферы охраны здоровья к парадигме существования общества: при товарной организации общества может быть только товарная организация сферы охраны здоровья. Все остальные новации здесь будут носить лишь имитационный характер, а оборот медицинских услуг будет по-прежнему находиться в теневом секторе экономики.

Социальный результат (общественное здоровье) есть следствие производительной деятельности, а не целевых квазидемографических показателей и традиционно политизированных деклараций. «Плохая» или «хорошая» демография является следствием не финансирования органов управления и учреждений здравоохранения, лежащего в основе модели Семашко, а мотивированной экономической деятельности по предоставлению услуг в сфере охраны здоровья, причем не прямо пропорциональным – не все зависит от охраны здоровья.

Демографический процесс – не процедура, подверженная прямому государственному регулированию, а итог поведения больших масс людей под влиянием условий жизни.

Государство управляет денежными средствами, распределяя их на нужды общества. Социальная политика осуществляется государством посредством публичного финансового менеджмента в отраслевом обороте медицинских услуг. Государство в качестве плательщика в пользу граждан может быть связано с товаропроизводителями только платежным механизмом, но не имущественной принадлежностью, как вчера и сегодня. Поставщики медицинских услуг, конкурирующие за потребителя, могут быть равноудалены от государства, действующего в интересах граждан, только при наличии механизма смены выгодоприобретателя, чего модель Семашко не предполагает, финансируя лишь «свои»

Сложившиеся установки	Отправные начала концепций	Критерии оценки концепций	Ориентиры пригодности концепций
Реформа здравоохранения, реформа ОМС, бюджетная реформа	Социальная реформа в сфере охраны здоровья	Соответствие нуждам общества, а не государства и бюрократии	Благо для общества
Демографический кризис	При товарной организации общества - товарная организация сферы охраны здоровья Демография является следствием не финансирования, а мотивированной экономической деятельности в сфере охраны здоровья, причем не прямо пропорциональным - не все зависит от охраны здоровья	Соответствие реалиям, а не лозунгам	Здравоохранение - в обществе, а не в государстве
Недостаточность финансирования	Публичный финансовый менеджмент в отраслевом обороте медицинских услуг	Ясность социальной политики государства в сфере охраны здоровья	Государство - для общества, а не для себя
Необходимость усиления материально-технической базы учреждений здравоохранения	Равноудаленность поставщиков медицинских услуг от государства, действующего в интересах граждан	Позиционирование интересов в отрасли	Учет мотивации всех и каждого участника общественных отношений
Повышение доступности здравоохранения	Государство через гражданские механизмы платит поставщикам медицинских услуг в пользу граждан	Экономическая организация отрасли	Единство диверсифицированного отраслевого оборота
Выбор врача, медицинского учреждения и страховой организации	Выбор врача, медицинского учреждения и страховой организации	Социальная ориентированность организации отрасли	Интеграция пациента
Изменение финансирования здравоохранения	Изменение финансирования влияет на институты финансирования, а не практического звена в здравоохранении, и наоборот	Наличие механизма реализации концепции (переходного и итогового)	Транзитологическая дорожная карта

Рисунок 1. Единая схема оценки концепций реформы здравоохранения

учреждения. Деньги в этом случае не покидают пределы казны, циркулируя лишь в ведомственном обороте. Заявляемые адекватное ценообразование, добросовестная конкуренция, формирование новых действенных институтов в этом случае оказываются невозможными.

Государство осуществляет оплату медицинских услуг не в бюджетной сфере, как в настоящее время, а через гражданские платежные механизмы – в гражданском обороте.

Утверждение, что гражданин должен голосовать «государственным рублем» за свой выбор поставщика медицинских услуг, остается общим местом в выступлениях руководителей всех уровней последних двух десятилетий. При реализации этой схемы выгодоприобретатель, в пользу которого платит государство, не может быть непрямым участником этих платежей.

Реформа может происходить только по соответствующим институтам: мера переустройства одного института непригодна для переустройства другого. Изменение финансирования влияет только на институты финансирования, а не практического звена в здравоо-

рании, и наоборот.

Отправным началам концепций реформирования сферы охраны здоровья должны корреспондировать и критерии их оценки.

Первым критерием, прежде всего, является соответствие нуждам общества, а не государства и бюрократии: насколько результат реформы ориентирован на удовлетворение нужд общества? Ведь если замысел реформы оказывается отвлеченным от таких целей, она окажется несостоятельной.

Вторым критерием является также соответствие реалиям, а не лозунгам: насколько результат реформы вписывается в социально-политические, экономические и правовые реалии? Ведь если отрасль останется в существующем состоянии несоответствия окружающей действительности, реформа теряет смысл, а система управления будет по-прежнему существовать в изолированном пространстве подзаконного ведомственного регулирования, неписанных правил и «канцелярской реальности» - т.е. будет существовать для самой себя.

Третьим критерием является ясность социальной политики государства в

сфере охраны здоровья: насколько результат реформы делает прозрачной последующую политику государства в социальной сфере? Ведь если политика государства останется такой же неизвестной для общества, как сейчас, то и в пореформенном состоянии отрасль будет лишена устойчивых ориентиров функционирования и развития.

Четвертым критерием является позиционирование интересов в отрасли: насколько результат реформы составляет участников общественных отношений в отрасли в соответствии с их действительными интересами? Ведь если эти интересы не учтены или неправильно позиционированы, отношения в отрасли в действительности будут складываться иначе, чем они смоделированы.

Пятым критерием является экономическая организация отрасли: насколько в результате реформы отрасль подвергается товарообменному преобразованию? Ведь если товарообмен в отрасли в действительности происходит не будет, эквивалентность встречных предоставлений не возникнет, то рассчитывать на эффективность отдачи от вложений государства в отрасль

невозможно.

Шестым критерием оценки концепций реформирования сферы охраны здоровья является также социальная ориентированность организации отрасли: поставлен ли гражданин в центр механизма оказания и оплаты предоставляемых ему медицинских услуг? Ведь если, как в настоящее время, получатель этих услуг оказывается вне гражданско-правовых отношений плательщика и исполнителя, то эти отношения по-прежнему складываются помимо его интересов, хотя право на охрану здоровья российское законодательство относит к числу неотъемлемых прав, не подлежащих делегированию кому бы то ни было.

Наконец, седьмым критерием является также наличие механизма реализации концепции (переходного и итогового): реализуема ли посредством предлагаемых мер концепция, произойдет ли с этим реформа и обусловит ли функционирование и эволюционное развитие отрасли в пореформенный период в соответствии с требованиями быстро меняющегося мира? Ведь если концепция нереалистична, реформа не состоится и не повлечет ожидаемых изменений в отрасли.

Отправным началом концепций реформирования сферы охраны здоровья и критериям их оценки должны корреспондировать ориентиры пригодности этих концепций.

Одним из таких ориентиров является благо для общества, которое несет реформа. Такое благо должно быть определимым, измеримым и доступным оценке. Исходя из того, что экономическая деятельность в социальной сфере своим прямым (хотя бы и не пропорциональным) следствием имеет социальный результат, показателем блага для общества является величина отраслевого оборота, а показателем его недостаточности – демографические изъяны, обобщенные в соответствующих медико-статистических показателях, но никак не наоборот. Понятно также, что и издержки реформы не должны превосходить результирующее пореформенное благо.

Другой ориентир – осуществление здравоохранения в обществе, а не в государстве. Не государство нуждается в медицинской помощи, а общество. И для оказания медицинских услуг, и для их оплаты, в том числе государством, существует гражданский оборот, а не

бюджетная сфера, что уже предусмотрено общим законодательством. Концепция реформы, ориентированной на осуществление здравоохранения экономическими методами в обществе, а не в государстве, достойна реализации.

Следующий ориентир – действия государства в сфере охраны здоровья в интересах общества, а не в интересах самого государства. Это демонстрирует и ракурс правового регулирования, и фискальная политика в отрасли, и размещение государством средств казны в сфере охраны здоровья: нужен правовой режим социального заказа. Правовой же режим государственного заказа свидетельствует об обратном. Насколько далеко государство готово идти в интересах общества в социальной политике показывает, насколько власти близки нужды и ожидания граждан. Концепция реформы, ориентированной на присутствие государства в сфере охраны здоровья ради интересов общества, достойна реализации.

Еще один ориентир – учет мотивации всех и каждого участника общественных отношений в сфере охраны здоровья. Если отдельные группы общества не усматривают своей мотивации участия в этих отношениях, вся модель демонстрирует несостоятельность. Мотивация – единственное, что стимулирует каждого заинтересованно участвовать в общественных отношениях. Концепция реформы, ориентированной на учет мотивации всех и каждого участника общественных отношений в сфере охраны здоровья, достойна реализации.

Ориентиром пригодности концепции реформирования здравоохранения является также единство диверсифицированного отраслевого оборота. Это означает, во-первых, что реформа должна упразднить существующую бинарность сферы охраны здоровья в противопоставлении подведомственного здравоохранения и частной медицины; во-вторых, отраслевой оборот должен быть должным образом диверсифицирован и сегментирован по различиям правового режима; в-третьих, отраслевому обороту должна быть законодательно придана та реальная, которая обособляет его от реального сектора экономики. Концепция реформы, ориентированной на единство диверсифицированного

отраслевого оборота, достойна реализации.

Еще один ориентир – интеграция пациента во все социальные процессы, касающиеся его здоровья. Общественное здоровье – это не обобщенная статистика здоровья населения для государства, это совокупные показатели индивидуального здоровья каждого гражданина в значении для общества. Общественное здоровье только в той мере зависит от мер охраны здоровья, в какой это доступно медицине. Помимо медицинских существует множество социальных факторов, влияющих на общественное здоровье. Соответственно, не государство, а общество должно определять значение этих факторов для себя и значение каждого голоса своих членов для государства, обязательное для реагирования. Соответственно, государству надлежит иметь необходимый фонд мобильного реагирования на неблагоприятные изменения социальной среды. Концепция реформы, ориентированной на интеграцию пациента во все социальные процессы, касающиеся его здоровья, достойна реализации.

Наконец, ориентиром пригодности концепции реформирования здравоохранения является разработанность транзитологической дорожной карты, т.е. своеобразного путеводителя в заданной системе координат реформы и пореформенного устройства сферы охраны здоровья, в соответствии с которым каждый отдельный элемент обнаруживает свое состояние в динамике преобразований (разумеется, речь идет не о медико-технологической, а об организационной стороне дела). Концепция реформы, ориентированной на создание информативной транзитологической⁵ дорожной карты, достойна реализации.

Таким образом, концепции реформы здравоохранения нуждаются в оценке, приведенной к объективным положениям, представленным выше. Пренебрежение этими положениями свидетельствует об отсутствии самой идеи реформирования в концепции, оцениваемой по критериям ее жизнеспособности. Единая схема оценки концепций реформы здравоохранения (рис.1) позволяет провести пошаговый анализ любой из них в панорамном видении ситуации в целом.

⁵ Транзитология – наука, изучающая трансформационные процессы

А.С.Акопян, директор Республиканского центра репродукции человека и планирования семьи МЗ РФ, председатель Национального этического комитета РМА, д.м.н.

Сегодня многоликая проблема модернизации осознается как основополагающая для развития российского человека, семьи, общества и государства. Особая роль отводится укреплению семьи и традиционных семейных ценностей, что по мнению властей должно способствовать снижению скорости депопуляции. Достижение «желаемого завтра» и «обретения будущего» требует знания и учета универсальных природных механизмов, лежащих в основе процесса репродукции (воспроизводства) как отдельного человека, так и популяции в целом.

Обусловленность коррупции универсальными родительскими стратегиями в процессе индивидуализации ограниченных благ, обоснование мер противодействия этому процессу, к сожалению, зачастую остается за пределами интересов экспертного сообщества.

В гуманитарных науках, включая современную этику, пока не получили достойного отражения ни роль социальной среды¹ в процессе становления институтов, ни влияние институтов на поведение человека. Императивы модернизации сложившихся институтов и практик определяют необходимость учета влияния универсальных базовых констант человеческого поведения на поступательную прогрессивную эволюцию социальной среды, которая отличает человека от остального природного мира и определяется сознательной человеческой деятельностью.

Учитывая возрастающий интерес к проблеме среднесрочного прогнозирования и разработке конкретных задач и мероприятий в рамках модернизационных программ, концепций и стратегий², хотелось бы привлечь внимание читателя к биосоциальным аспектам репродуктивного поведения человека с опорой на «естественные»,

¹ Под социальной средой (социокультурным фондом) понимаются орудия труда, трудовые навыки, технологии и технические устройства, научные знания и теории, формы организаций производства и производственных отношений. Т.е. институты – нормы и правила управления обществом и государством, сложившиеся на основе распределения собственности и власти.

² См., например, «Обретение будущего. Стратегия 2012» (Обретение...2011), Концепция демографической политики РФ на период до 2025, Концепция социально-экономического развития РФ и др.

РОЛЬ «СЕМЕЙНЫХ ЦЕННОСТЕЙ» В ПЕРЕРОЖДЕНИИ ИНСТИТУТОВ ГОСУДАРСТВА: БИОСОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

В статье отражена связь универсальных природных стратегий репродуктивного и родительского поведения нормативной человеческой личности с феноменом коррупции как способа реализации «семейных ценностей». Предлагается социобиологическое обоснование механизма роста человеческого капитала в его связи с феноменом глобального демографического перехода

Ключевые слова: человеческий капитал, коррупционное поведение, институциональная модернизация, репродуктивные стратегии, демографический переход

видовые особенности нормативной человеческой личности.

Скорость эволюции социокультурного фонда определяется способностью к сохранению и передаче информации, которая обеспечивает закрепление полезных нововведений³ по «ламарковскому» эволюционному механизму. Крупномасштабные изменения в сфере социокультурного фонда могут быть закреплены в течение жизни одного поколения, в отличие от эволюции на основе неопределенной наследственной дарвиновской изменчивости под действием полового отбора и могут быть эффективными даже для единственной эволюционирующей системы (Иорданский 2009: 171).

Половой отбор при этом остается одним из самых удивительных явлений в природе, инструментом «проб и ошибок» всех возможных репродуктивных стратегий и их вариаций, недостаточно изученным даже у животных, не говоря о человеке (Бутовская 2004). Под влиянием эволюции социокультурного фонда, усложнения социальной структуры, по мере развития человеческой цивилизации росло число и удельный вес людей, которые при обеспечении (достижении) условий достойной (пристойной) жизни и возможностей саморазвития (роста человеческого капитала) сознательно отказывались от биосоциально детерминированной погони за материальными благами в пользу иных видов сугубо человеческой деятельности.

С этих позиций обсуждена роль государства как института роста совокупной приспособленности человека через обеспечение равенства возможностей, и как способа обеспечения репродуктивных преимуществ в половом отборе – т.е. как системы, обеспечивающей материальные и политические интересы круга людей, приближенных к власти при дисбалансе регуляторных механизмов ее функционирования. Отмечена роль человеческого капитала (ЧК) как показателя качества социальной среды и его прямая связь с феноменом глобального демографического перехода.

Половые стратегии и «семейные ценности».

На протяжении полутора веков пол

оастается центральной проблемой эволюционной биологии. Общественное мнение в разное время и в разных странах далеко не всегда было готово принять теоретические положения, постулирующие решающую роль особой женского пола в половых взаимоотношениях, зачастую рассматривая женщину лишь как пассивный объект мужской страсти. В СССР был период, когда генетические исследования оказались под строжайшим запретом (Бутовская 2004).

Споры о применимости эволюционных концепций к поведению человека и его половым стратегиям идут, начиная с выхода в свет в 1871 г. книги Ч.Дарвина «Половой отбор и проблема происхождения человека». За это время трудами генетиков, эволюционистов, этологов, зоологов, математиков, антропологов были созданы генетическая теория полового отбора, теория эволюции полового поведения, сексуальных стратегий, полового диморфизма и дихромоморфизма, ряд других гипотез («убегающего отбора», сенсорной эксплуатации, «принципа гандикапа», сексуальной избирательности, конкуренции спермы и др.). Основной вклад в фундаментальные основы этого направления связывается с трудами Р. Фишера, Р.Трайверса, Д.Саймонса, А.Захави, В.Гамильтона, Т.Клаттон-Брока, М.Маджеруса, Г.Паркера, В.Эберхарда, Д.Бааса, Л.Милли, В.Геодакяна, Т.Ямамото, М.Бутовской и др. авторами. Сегодня синтетические теории эволюции совокупную (обобщенную) приспособленность в биологии так или иначе связывают и оценивают через механизмы обеспечения, выживания и репродукции своих близких родственников, несущих гены, сходные с их собственными.

Сексуальные отношения занимают одну из главных позиций на шкале человеческих приоритетов, особенно у лиц репродуктивного возраста. Половое поведение и внешние фенотипические различия между полами определяются, в частности, разными уровнями секреции андрогенов и эстрогенов. Наиболее сильнодействующим половым гормоном человека, в период влюбленности способным радикально влиять на психику и поведение, разрушать социальные «барьеры» и снижать уровень объективности восприятия желаемого партнера, является

тестостерон. Концентрация тестостерона у мужчин превышает таковую у женщин в 20 и более раз. Половое влечение, физическая любовь играет у мужчин доминирующую роль в мотивации вступления в брак, в большинстве случаев оставляя позади факторы материальной обеспеченности, социального статуса, образования, внешности, национальности, места проживания и т.д. (Харитонов 2006).

Результаты анонимных опросов о наследовании сексуальности от родителей демонстрируют, что повышенная сексуальность свойственна 30% популяции, 60% мужчин и женщин отличаются пониженным уровнем и только 10% предьявляют «нормальный» уровень. Несмотря на то, что выявленные соотношения отражают скорее способность к сексуальной активности, связанной с социальным статусом и характером профессии, нежели половую конституцию, вектор реальной сексуальной активности проходит именно в этих границах (Агарков 2009). Сами же границы нормы половой конституции (слабая, средняя, сильная) в разные исторические периоды могут существенно варьировать за счет успехов и возможностей медицины, места в групповой и общественной иерархии, влияния «женского фактора» (Частная... 1983; Аюкин, Корякин 2008; Rose 1975).

Власть и статус во всех человеческих обществах дают мужчине колоссальные преимущества в обладании репродуктивными партнерами. Особенности строения половой системы современных мужчин свидетельствуют, что человек эволюционировал как вид, практикующий полигинию (связь одного мужчины с несколькими женщинами). Эта асимметрия подчиняется принципу 20/80, в общественных науках известному как Парето-эффект. В биологии Парето-эффект проявляется тем, что у большинства приматов, включая и человеческий род, на 20% главенствующих самцов приходится 80% копуляций (Wilson 1989). Процесс социальной эволюции человека шел в направлении доминирования моногамии и ограничения числа половых партнеров через становление институтов частной собственности, семьи и брака, наследования, дававших очевидные преимущества для решения задачи идентификации, сохранения и социализации потомства.

³ Наследование приобретенных признаков по «ламарковскому» эволюционному механизму, который Ж.Ламарк (Ламарк 1955 [1809]: 333-342) ошибочно перенес в природу. Ламарковские механизмы эволюции гораздо эффективнее дарвиновских по скорости и экономичности.

В обществе женщина, кроме функции рождения, воспитания и обучения детей, передачи им культурных и нравственных ценностей, выполняет важнейшую оценочную функцию – фундамент социальной среды. Этот факт настолько привычен, что его приоритетность забывается и уходит на второй план. Женский выбор определяет систему ценностей, статусную групповую и общественную иерархию (Геодакян 2004; Бутовская 2005).

Как известно, в основе семьи как универсальной социальной структуры, обеспечивающей репродукцию (воспроизводство) популяции, лежит потребность мужчины и женщины друг в друге. Родовые сексуальные особенности человека не могут рассматриваться исключительно в биомедицинском и клиническом контекстах, поскольку обеспечивают постоянное сохранение человека как вида и социума на протяжении человеческой истории. Половое взаимодействие всегда социально, хотя бы потому, что касается как минимум двоих.

Супружеский союз – лишь один из аспектов, характеризующих семью. Брак рассматривается как исторически меняющаяся форма отношений между мужчиной и женщиной, как правило, в условиях совместного проживания, устанавливающая их общие и специальные права и обязанности, связанные с социополовой (гендерной) принадлежностью в процессе воспроизводства популяции. В отечественной и зарубежной литературе достаточно полно представлены факторы, влияющие на качество семейных отношений, причины напряженности, роль семьи в обществе в процессе смены социально-экономических формаций, внутригрупповые изменения, связанные с типом экономики, вопросы психологической совместимости в браке и возможности самореализации.

В основе определения показателя общего брачного потенциала, служащего целям прогнозирования будущих отношений и облегчения выбора партнеров, лежит определение физического, материального, сексуального, культурного и психологического компонентов, учитываемых в 5-факторной концепции прочности брака. Обнаружена отрицательная корреляция между уровнем развития интеллекта и степенью удовлетворенности браком (Болотова 2002). Разво-

ды как защитный механизм индивида является итогом супружеской неудовлетворенности (неудовлетворенности потребностей) по значимым факторам. К числу последних относятся сексуальная дисгармония; обиды, оскорбления, критика; отчуждение и ревность; финансовые разногласия; взаимопомощь; отдых и досуг. Наличие и воспитание детей относится к деятельностному аспекту семьи и является внутренним и внешним фактором устойчивости брака (Васильченко, Решетняк 1978; Сысенко 1981).

Городской тип проживания, наряду с миграционными процессами, обеспечивает рост генетического разнообразия и повышение конкурентоспособности популяции. Наемный труд возможен только в ситуации избытка рабочих рук, что характерно для города. Чем выше концентрация людей, тем больше рабочих рук и тем ниже их цена, что рождает потребность в дифференциации трудовых навыков и обеспечивает усложнение социальной организации (Романчук, Медведева 2009). Городской тип проживания с преобладанием наемного труда сегодня характерен для 90% жителей технологически развитых стран. Именно он обусловил отход от модели традиционно многодетной нуклеарной семьи как инструмента «расширенного воспроизводства» в пользу двухсубъектной, основанной на равнопартнерских отношениях, снизил роль семьи как производственной единицы (домохозяйства), как социальной ячейки и как формы доминирующей репродуктивной стратегии.

Известно, что браки, где партнеры также связаны взаимным интересом или зависимостью в производственной деятельности, независимо от ее характера, являются наиболее устойчивыми. При утрате производственной функции домохозяйств, старении популяции, росте продолжительности жизни, доступности сексуальных отношений, малодетности, характерных для городского типа проживания возросли требования к способности партнеров обеспечить и поддерживать привлекательность сексуальных отношений в условиях длительного физического взаимодействия, к стандартам и качеству сексуальной техники, бесконфликтности, мере общения (Акопян, Корякин 2007, 2008). В условиях города материальные и культурные фак-

торы устойчивости брака отходят на второй план, уступая место сексуальной и психологической совместимости и адекватности партнеров как основы и условия существования стабильной пары (Мумладзе 2007). В животном мире скученность (аналогично перенаселенности у людей) – причина не только растущей отчужденности, агрессивности и конфликтности, но и снижения плодовитости, роста числа аномалий и девиаций через нейроэндокринные (стрессовые) механизмы, что многократно подтверждено экспериментальными исследованиями. У людей на популяционном уровне дискомфорт и дефицит жизненного пространства проявляется необходимостью контрацепции, снижением полового влечения, ростом числа функциональных расстройств половой сферы, повышением доли бездетных пар. Стрессовые механизмы снижения плодовитости, предположительно являющиеся причиной роста числа бездетных и бесплодных браков за счет ухудшения сперматогенеза и овогенеза по механизму «stress pattern»⁴ требуют дополнительного изучения (Гундаров 2001). Люди в качестве социально-биологических существ сознательно ограничивают свое воспроизводство под влиянием и в условиях индустриального общества. Особая роль в снижении рождаемости отводится отрыву семьи от земли и домохозяйства как технологии жизнеобеспечения (Романчук, Медведева 2009). При этом популяционный уровень бесплодия на протяжении столетий практически не меняется, а по ряду данных даже снижается за счет совершенствования медицинских технологий (Андрология...2005: 7, 457).

Соотношение неформальных отношений - «жизненного мира» и «государства-системы» в модели поведения личности определяется воздействием институтов семьи, лежащих в основе саморазвития экономики и общества, и реализуется в конкретных условиях жизни, регулируемых институтами государства.

Согласно теории полового дихроморфизма В.Геодакяна, мужской пол является экспериментальным полом – «полом-разведчиком», на котором природа проверяет эволюционные

4 При терминальном уровне стресса, например, у лиц, приговоренных к смертной казни, захваченных в плен, помещенных в концентрационный лагерь, подвергающихся пыткам, развивается стойкая азооспермия (Schuerman 1948; Stieve 1952; Андрология 2005: 480-481).

новации и затем передает их основному, женскому полу. Повышенная мужская смертность в стабильных популяциях млекопитающих и человека – универсальный ответ на неблагоприятные условия среды. Это «меньшая цена», которая позволяет временно снять ресурсные ограничения и обновить генофонд без потери обретенного многообразия за счет сохранения женской части популяции, более ценной для воспроизводства (Геодакян 2004). Злоупотребление алкоголем, более характерное для мужчин, и ассоциированная с ним смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и насильственных (внешних) причин в человеческом обществе зачастую завуалированно выполняют роль инструмента снятия внутрисемейной и общественной агрессии и регулирования численности популяции (Акопян и др. 1998; Stuckler et al. 2009).

Для видов, представленных мужским и женским полом, включая человека, выделен ряд универсальных моделей репродуктивного поведения и их половых различий. У людей в модели репродуктивного поведения прямо или опосредованно укладываются как бытовая составляющая повседневной жизни, так и мотивы гражданских и уголовных дел.

К половым различиям в стратегиях взаимодействия и репродуктивного поведения, у приматов относят: 1) запрет на репродукцию, вмешательство в спаривание (убийство, изгнание конкурента); 2) ограничение репродукции (инфантицид⁵, пастьба⁶, гарем, контрацепция, аборт); 3) извлечение ресурсов, находящихся в пользовании партнера (обмен секса на ресурсы питания и другие ценные ресурсы), что, в отличие от первых двух стратегий, более характерно для особей женского пола. Половые различия в стратегиях спаривания определяются такими факторами как доступность партнера, степень сексуальной возбужденности и преданность партнеру. Перечисленные стратегии характерны в разных пропорциях для реальных мотиваций поведения обоих полов в повседневной жизни (Symons 1979; Mealey 2000).

На универсальных моделях природного поведения и социополовых раз-

личиях в стратегиях взаимодействия, спаривания, родительских стратегиях основаны и отношения собственности, а также сформированные на этой основе институты человеческого общества.

Институты человеческого общества основаны на групповых инстинктах и групповой иерархии, кооперации и координации с целью охраны своей территории (собственности) и обеспечения безопасности, проявляют себя по-разному в ограниченных и свободных пространствах. Существует принципиально два универсальных типа отношений, независимо от того, идет ли речь о ресурсах или доступе к репродуктивным самкам, обеспечивающим сохранение генов обладателя в потомстве. Это отношения доминирования–подчинения, (лидер-ведомый, благодетель-проситель), лежащих в основе построения внутри- и межгрупповой иерархии (лидер, высоко- и низкоранговые группы, изгои) и отношения обмена (договора, контракта) предполагающие наличие «нейтральных зон» взаимодействия на равноправной основе. На этих же принципах строятся экономические отношения в виде «вертикального» централизованного распределения (редистрибуции) и «горизонтальных» отношений обмена вне зависимости от того, идет ли речь о местах заключения, номенклатурной иерархии учреждений или детских коллективах. Модели репродуктивного поведения лежат в основе «жизненного мира»: семейных, неформальных, коррупционных и т.д. отношений. Неформальные отношения исторически первичны по отношению к формализованным и выполняемым всеми участниками нормам и правилам, составляющим основу любой организации (Пригожин 2007). По мнению Г.Сатарова большинством граждан России отношения услуги практически не осознаются в качестве таковых. Российскому массовому сознанию непривычно представлять государство, а следовательно, и каждого его представителя, как институт, существующий благодаря налогам граждан. В ряду отношений «дарение – обмен – услуга»⁷ человек подсознательно стремится к переводу менее комфортных отношений в

более комфортные, исходя из общих соображений, вытекающих из природы человеческой психики и социальности. Дарение – самый древний тип отношений, удельный вес которого снижается по мере увеличения численности групп. Цена дара может возрастать, доходя до самопожертвования. Отношения дарения, модифицируясь, способны охватывать большие группы. Тогда возникает клиентелизм или «блат». Коррупция основана на системе исторически более древних правил, унаследованных из природного мира, приоритетных по отношению к государству, другим участникам сети, часто и собственно семье. Коррупция является наиболее распространенным видом преступления из числа уголовно наказуемых. Однако человеческое сознание легко находит оправдание участию в нем именно по «природным» причинам. Анализ коррупции включает в себя три уровня анализа и антикоррупционных усилий: институциональный, социальный и социально-психологический (Сатаров 2002). При недостаточности законных институтов управления она компенсаторно выполняет функции системообразования и регулирования в системе «власть-собственность», являясь единственной альтернативой насилию. Коррупция, принятая на массовом (системном) уровне – свидетельство ее большей комфортности и личной полезности для индивида по сравнению с контактами с государством в рамках предусмотренных законом процедур, их невыполнимостью или отсутствием. Коррупция также универсальный способ деформации конкурентного механизма (недобросовестной конкуренции), основа формирования обходных каналов повышения личного и группового успеха, с определенного уровня способных блокировать общественное развитие. «Семейные ценности» (неформальные отношения, «жизненный мир» в терминологии Ю. Хабермаса) в условиях слабого гражданского общества играют определяющую роль в процессе разложения институтов государства. Коррупционные сети (по сути синоним социального капитала) структурированы на различных системах ролевых ожиданий – семейных, дружеских, этнических, клановых, религиозных и корпоративных. В конечном итоге именно они определяют разнообразие, уникальность и шансы каждой отдель-

5 Инфантицид – убийство детенышей своего вида.

6 Пастьба самок – охрана самки и полный контроль ее общения с другими самцами.

7 Услуга – третий тип отношений (наряду с дарением и обменом) укоренился по мере развития государства и осознания того факта, что государство – институт оказания определенных услуг его гражданам (Сатаров 2002).

ной человеческой судьбы. Нельзя пренебрегать тем, что потребность в частной собственности в первую очередь связана с таким безусловным биологическим инстинктом, как семейный, родительский, так как исторически право завещания неотделимо от права собственности (Троцкий 1991: 210; Гайдар 2009: 293), чего в животном мире не наблюдается из-за отсутствия развитой социальной среды, обеспечивающей функционирование институтов - Оргцивилизации.

Детерминанты демографического роста и выход из «режима с обострением».

Природный порядок у большинства млекопитающих, в том числе у приматов, определяется интенсивной конкуренцией, где доминирующим особям достаются преимущества в продолжении рода и в доступе к другим ценным ресурсам.

Природный механизм репродукции представлен двумя основными вариантами стратегий размножения: R-стратегия – «пусть мелкие, но много» (расширенное воспроизводство); K-стратегия – «лучше меньше, да лучше» (суженное воспроизводство), получившая развитие на основе внутреннего оплодотворения и вынашивания плода. Таким образом, основанием жизни в дикой природе является жизнь на равных условиях при «отсутствии абсолютной полноты блага» (Алексеев 1993: 363). В природе дрейф репродуктивных стратегий по уровню рождаемости в пределах K-г-континуума определяется состоянием биогеоценоза. Вид управляется биогеоценозом, черпая из него все ресурсы и вне его существовать не может (Шмальгаузен 1968: 213; Лежачев 2009: 253).

Позитивные эффекты конкуренции в сложных организациях, где «каждый производитель есть потребитель», реализуются через феномены сотрудничества (кооперации), комплементации (взаимодополнения) и альтруизма. В процессе эволюции меняются признаки организмов, но не законы природы. Для биологических и социальных систем нельзя совместить максимальную эффективность и максимальную адаптивность. В природе «организмы прожорливы» (*organismus are greedy*), а «сытые не склонны изменяться» (*satisfied creatures do not change*) (Walker 1980).

Репродукция человека признается одной из основных форм взаимопроникновения культур и формирования этносов. Популяционный уровень итоговой рождаемости у человека не опускается ниже 0,7-0,8 детей на женщину, независимо от места и времени ее проживания, уровня обеспеченности, образованности, семейного положения, наличия достаточного числа мужчин и возможностей формирования стабильной пары (Gollini 1998). Одного ребенка женщина стремится родить в любом случае. Однако этого недостаточно для простого воспроизводства популяции, которое требует итоговой рождаемости 2,11 – 2,15 детей на женщину за весь репродуктивный период (15-49 лет). Хотя показатель итоговой рождаемости в демографии признается наиболее объективным, он не учитывает возраста матери в очередности рождений, что влияет на численность популяции в каждый момент времени. Теоретически максимальная итоговая рождаемость, рассчитанная математическими методами, достигает 15,3-18,6 рождений на женщину. Такой разброс коэффициента показателя рождаемости показывает, что проблема воспроизводства населения прямо не связана с собственно репродуктивным потенциалом человеческой популяции, который в повседневной жизни реализуется лишь на 10%, половина же и более беременностей искусственно прерываются (Медков 2008; Bongaarts 1999).

Демографическим переходом сегодня принято называть особое время в состоянии популяции, которое характеризуется резким ростом численности населения из-за быстрого снижения смертности и сохраняющейся высокой рождаемости («режим с обострением», гиперболический рост) с последующим уменьшением рождаемости и ростом продолжительности жизни (выход из «режима с обострением»). После этого популяция стабилизируется в своей численности при низких рождаемости и смертности, растущей продолжительности жизни и изменении возрастной структуры населения в сторону старения (фаза «плато»). Это принципиально отличает «суженное воспроизводство» от «расширенного», крайне затратного для популяции из-за высокой смертности, в том числе материнской и детской, непосредственно связанной с процессом репродукции,

и, как следствие, невозобновимых потерь человеческого капитала (ЧК) (Вишневский 2005). Процесс демографического перехода для разных государств и народов растянут во времени и проходит с различной скоростью (последующие быстрее предыдущих). В целом для мира его начало связывается с серединой 1960-х годов, конец – с 2050 годом. В отличие от регулирования численности популяции через высокую смертность, человеческое сообщество сегодня регулирует свою численность через снижение рождаемости, что предпочтительнее социальных катастроф, сопровождающихся насильственной гибелью больших масс людей. По мнению С.Капицы (2010), проблема роста численности населения Земли в глобальном масштабе не носит ресурсного характера, а кроется в социальных механизмах управления и распределения знаний, богатства и земли. Основным же механизмом демографического перехода служит «умножение информации».

В фундаментальном обобщающем исследовании Л.Гринина и А.Коротаева (2009), посвященном социальной макроэволюции и механизмам ароморфогенеза⁸, ряд разделов посвящен демографическому анализу развития Мир-Системы⁹. В них показано, что как снижение смертности в начале процесса демографического перехода, приведшее к демографическому взрыву – гиперболическому росту численности жителей Земли, так и последующий спад рождаемости, приводящий к уменьшению темпов роста их численности – в конечном счете являются производными одного фактора – роста человеческого капитала, в основе своей также имеющего информационную природу. В монографии предложены математические модели, описывающие выход из «режима с обострением» и отражающие динамику роста не только мирового населения и мировой грамотности, но и мировую экономическую динамику, обеспечивающую рост ВВП и уровень жизни. В начале демографического перехода, его первой фазе («режим с обострением», гиперболический рост), уровень грамотности тесно коррелирует с развитием систем социального обеспечения и с уменьшением смертности, т.к.

⁸ Ароморфоз, ароморфоз – повышение уровня организации через качественное изменение видов, обществ, институтов и т.д.

⁹ Эти разделы написаны А.В.Коротаевым.

динамика обеих переменных в своей основе детерминирована одним и тем же фактором – растущим ВВП на душу населения. Однако во второй фазе демографического перехода (выход из «режима с обострением») развитие систем социального обеспечения оказывает достаточно сильное и независимое отрицательное воздействие на рождаемость через устранение одного из важнейших стимулов к максимизации числа детей в семье – необходимости иметь кормильца в старости.

Парадокс «синдрома нехватки» ресурсов на фоне роста благосостояния связывается с ростом потребностей, в частности с ростом не только доходов, но и расходов на воспитание и образование детей (до 50-75% доходов домохозяйств), обеспечение их социализации и уровня конкурентоспособности. Гиперболический рост населения, как и числа городов, наблюдается только при относительно низком (менее 50%) уровне грамотности, имеющем сильную обратную корреляцию с уровнем рождаемости (низкая грамотность – высокая рождаемость). При выходе же из «режима с обострением», в «фазе плато», у женщин при надежном прогнозировании последствий полового акта начинает проявляться достаточно сильная прямая связь между материальной обеспеченностью и фертильностью. Например, опрос женщин, окончивших Оксфордский университет, выявляет достоверную связь между обеспеченностью и фертильностью по показателю итоговой рождаемости (Бутовская 2007: табл. 5). Аналогично, анализ этих процессов в городах Сибири конца XIX – начала XX веков показал, что «людность семей купцов была большей, чем мещан (Гончаров 2002: 145).

Человеческий капитал – понятие и границы определений.

Теория демографического перехода, сегодня доминирующая в науке о народонаселении, напрямую связывает «парадокс нехватки ресурсов» на фоне роста мирового ВВП и снижения темпов роста численности мирового населения с ростом человеческого капитала (ЧК). Главное конкурентное преимущество каждой страны связывается именно с качеством ЧК. Однако, публикации на тему ЧК содержат немало путаницы и логических противоречий. Нередко подчеркивается условность и метафоричность понятия

ЧК, который при сохранении условий его обесценивания прогрессивно теряет свои операциональные преимущества, а избыточность его предложения с определенного уровня вообще ставит понятие ЧК как капитала под сомнение из-за узости пространства его ликвидности или места приложения. Считается, что человеческий капитал – это имеющийся у человека запас здоровья, знаний, навыков, способностей, мотиваций, которые содействуют росту производительности его труда и приносят доход в форме заработной платы или ренты (Беккер 1993; Бурдыев 1993; Коулман 2001; Нуреев 2009)¹⁰.

Для межстрановых сравнений сегодня наиболее часто используется близкий по звучанию и также постоянно критикуемый показатель индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП, HDI – Human Development Index). Последний рассчитывается через а) ожидаемую продолжительность жизни; б) уровень грамотности взрослого населения и доступности образования; в) размер ВВП на душу населения (в долл. США по паритету покупательной способности). ИРЧП касается обобщенных групповых показателей, применяются в основном для межстрановых сравнений и для персональных оценок развития отдельной личности обычно не применяются (Заславская 2005). Таким образом, концепция человеческого капитала, изначально предложенная как экономическая категория рыночной экономики, основанная на наемном труде и воплощенная в самом человеке, сегодня в основном используется для индивидуальных оценок. Чем больше вероятностная величина каждой из составляющих ЧК, тем больше сам ЧК. Как известно, вероятность совместного наступления нескольких независимых в совокупности событий равна произведению вероятностей этих событий.

¹⁰ Ряд исследователей, например, В. Радаев (2003), не включают категорию «здоровье» в понятие ЧК. Автор предлагает классификацию, состоящую из восьми форм капитала, которая включает экономический, физический, культурный, человеческий, социальный, административный, политический и символический капиталы. При этом физический капитал связывается с состоянием здоровья, уровнем работоспособности хозяйственных агентов и внешними физическими данными. В англоязычной терминологии «physical capital» используется в совершенно ином значении. Под ним понимается вещная часть производственного капитала (машины, оборудование, здания, сооружения), товарный капитал (готовые продукты), денежный капитал (финансовые средства), что в целом соответствует понятию экономического капитала, максимально ликвидного и дефицитного.

Вероятностная природа ЧК определяет его уязвимость: уменьшение или практически полное отсутствие любой из его переменных приводит к прогрессивному уменьшению ЧК в целом, вплоть до обнуления. Применительно к ЧК это означает, что:

$$P_{\text{здоровье}} \times P_{\text{знания}} \times P_{\text{культура}} \sim P_{\text{природные способности}} \times P_{\text{мотивация}} \times P_{\text{общая}}$$

где P – вероятные величины составляющих ЧК (Мясоедова 2005).

Трехмерная модель David Nolan определяет условия жизни человека не как точку на прямой. Они определяются через объем его реального жизненного пространства, характеризуемый длиной (размер экономических свобод), шириной (размер политических свобод) и высотой (размер личностных свобод). Как отмечалось, обнуление одного из этих параметров неизбежно приводит к нивелированию человеческого капитала, человеческих знаний и способностей (Стратегическая... 2006).

С позиций количественной теории социоприродного развития и эргодинамической¹¹ модели человека человеческий капитал оценивается через понятия «запаса устойчивости» – аккумулярованной свободной (структурной) энергии в ее информационной форме, условной стоимости человека в денежном эквиваленте¹². ЧК в случае эргодинамического подхода определяется через количественную оценку трех компонентов: витального (врожденного) капитала, социального капитала, приобретаемого в течение жизни (образование, здравоохранение, социальное обеспечение), а также нравственного («духовного», гуманитарного) капитала, отражающего личные человеческие качества. Так как величина производства человеческого капитала и валового национального продукта связаны почти линейной зависимостью (Доклад... 2001), делается вывод, что при росте упорядоченности («фаза плато») аналогичная зави-

¹¹ Эргодинамика – наука о движении и превращении энергий разного вида. Предметом изучения являются особые системы – «эрго (энерго) преобразователи». Каждый человек, концентрирующий избыточную свободную (информационную) энергию, капитал, также является подобным эргопреобразователем – элементом социума, требующим затрат на самоподдержание (Бушуев, Голубев 2002)

¹² Из рассмотренных стран по состоянию на 1997 год максимальное значение УЧК имела Франция (7,47 млн. долл./чел.), минимальное – Болгария (1,09 млн. долл./чел.). Для России – УЧК = 2,29 млн. долл./чел. (Бушуев, Голубев 2002).

симость должна сохраняться между удельным человеческим капиталом (УЧК) индивида и его материальным богатством (индивидуализированной собственностью как эквивалентом прав и свобод). Доходы и собственность людей в равновесном социуме должны различаться в пределах нормы устойчивости. Что выходит за пределы этой нормы, есть патологическое отклонение, «гуманитарная болезнь» (Бушуев, Голубев 2001; Акопян, Бушуев, Голубев 2002).

Таким образом, выделяемые ныне виды капиталов (социальный, человеческий, культурный и т.д.) сравнимы лишь условно и отличаются по ликвидности, дефицитности, способности к накоплению и конвертации, прямой передаче и наследованию, добавленной стоимости, однородности. Сегодня суммарная величина ЧК многократно превосходит промышленную собственность и обеспечивает новые условия развития самого человека (Васильчук 2008). При этом ВВП, измеряемый в долларах по паритету покупательной способности, во все большей степени перестает улавливать реальный рост уровня жизни, источником которого является ЧК, регулярно предоставляющий массовому потребителю неуклонно совершенствующуюся продукцию индустрии быта, производства, информации и коммуникаций, новые программы дистанционного обучения «за ту же цену» или бесплатно. В национальном ВВП также не находит отражения ни то, что семья является основным источником трудовых и нетоварных (внутрисемейный труд) инвестиций в человека, ни сексуальное удовлетворение, лежащее в основе крепости брачных отношений и устойчивости домохозяйств. Если человек не находит удовлетворения в одном домохозяйстве, он его меняет на другое или создает новое.

В подавляющем большинстве случаев отсутствия частной собственности и административно-командного режима наемного труда, оценка ЧК ограничивается, в отличие от прав собственника, лишь стоимостью рабочей силы, редко превышающей уравнилельно-потребительские условия зарплата, стипендий и пенсий (Нерсесянц 1989; Бурганов 2009). Оценка человеческого капитала реализуется в условиях цивилизованного рынка труда и рабочей силы, обесценивание – в усло-

виях монополизации рынка труда и средств производства, исторически являющихся с одной стороны, универсальными институтами присвоения человеческого капитала, с другой – частными проявлениями системы «власть-собственность». Социальной составляющей этой основополагающей «конструкции» является «институциональная ловушка» системы низких заработных плат, блокирующей развитие человеческого капитала (Плискевич 2006, 2010).

Человеческий капитал, отражая видовую потребность человека в созидательной деятельности, в сравнении с капиталом экономическим (финансы, недвижимость, продукты и средства производства) в условиях избытка предложения на рынке наемного труда является много более уязвимым. Он не может быть предметом дарения, купли-продажи, использоваться в качестве залога, с трудом поддается диверсификации. ЧК неоднороден и неделим, находится в неразрывной связи с его носителем (Стратегическая... 2006).

В технологически развитых странах, например, США, основной рост занятости сегодня наблюдается в сфере информационных технологий. Сегодня уже очевидно, что при использовании достижений нанотехнологического прогресса и сохранение прежней траектории развития, в XXI веке достаточно 20% образованного населения, работающего в сфере управления и производства товаров и услуг. У остальных 80% неизбежно возникнут колоссальные проблемы, которые могут усилить криминогенность. Сегодня в большинстве стран процесс идет именно в этом направлении: пропасть между бедностью и богатством все более расширяется, расстояние между властью и собственностью становится все меньше, а глобализация с ее возможностями лишь интенсифицирует этот процесс, обогащая новыми возможностями процесс присвоения ограниченных благ представителями власти и крупным собственниками. Последнее обстоятельство неизбежно сказывается и на состоянии институтов. На этом фоне все более актуальной становится задача создания «третьего» сектора занятости. Другой криминологически значимой проблемой признается практика рынков финансовых спекуляций, вооружен-

ных современными информационно-коммуникационными технологиями.

Технологии жизнеобеспечения и социальные отношения

Согласно институциональным теориям, на основе природного мира (Первой природы) человечество выстроило Вторую природу – материальные средства обитания и производства – города, технику, инфраструктуру, предметную среду и т.д. Характер взаимодействия между людьми определяется их отношением к объектам Первой и Второй природы в процессе извлечения и обмена ресурсами. Третья природа – организации разных масштабов – цивилизация – вещество созданных людьми организаций – институтов.

В общественно-исторической обусловленности демографический процесс определяется тремя основными группами факторов: биологическими законами репродукции (воспроизводства); технологией основного производственного процесса, соответствующей характеру ресурсной обеспеченности и географическому ландшафту; социальными отношениями, складывающимися на этой основе. Технология основного производственного процесса – «сырьевая» экономика (Россия), коллективное земледелие (средневековый Китай), индивидуальное мелкотоварное производство (Европа), военные «демократии» (кочевники и горные народы) и т.д. – и соответствующий характер распределения ресурсов напрямую определяют базис системы формирования основных ценностей социума и тип государственно-политического устройства. А также социальную политику государства, иерархию общественных отношений и степень имущественной дифференциации разных групп населения (Вебер 1994; Кульпин 2003). По мнению Л. Якобсона (2006: 63), «ситуация вряд ли изменится, пока ключевую роль в экономической жизни страны играет распределение доходов от использования природных ресурсов, в конечном итоге неизбежно связанное с распределением власти».

Структура институтов подчинена и детерминирована отношениями собственности (социальными отношениями) и подвержена «порче, ломке, коррозии» в соответствии с характерными биосоциальными особенностями человеческой личности (Пригожин 2007). Человек очень чувствителен к

воздействию институтов. Его поведение, морально-нравственные, экономические, статусные и репродуктивные установки, лежащие в основе формирования «сети интересов», под влиянием институтов могут варьировать в достаточно широких пределах. В генетическом отборе побеждают популяции с более высоким уровнем альтруизма, способности к кооперации (Шишкин 2004). Попытки же создания «нового человека» без изменения обстоятельств его жизни ни разу не приводили к положительным результатам. Хочешь изменить человека – нужно изменить его положение (Зимбардо 2000). Это предопределено «природными» составляющими человеческого поведения, действующего в границах исторически сформированных институтов и практик.

В основе природного мира и институтов человеческого общества лежит распределение территории собственности, других ценных ресурсов. Известно, что скорость движения собственности прямо пропорциональна степени ее рассредоточения. Частная собственность при наличии определенных условий демонстрирует свои созидательные потенции за счет природной конкуренции, аналогично «невидимой руке рынка». Монополизация собственности в природном мире не предусмотренная, неизбежно приводит к прекращению конкуренции за счет устранения конкурентов, коррупционному перерождению государства. Вся социальная история свидетельствует, что в бюрократических обществах в условиях как промышленного, так и аграрного производства «жизненный мир» в итоге неизбежно побеждает «систему», а крупная частная собственность также неизбежно ведет к приватизации государства в угоду «семейным ценностям», снижению уровня жизни основной массы людей и краху такого государства. После чего начинается новый распределительный цикл.

Не предусмотренное законами природы доминирование любой крупной собственности может быть основой только криминально-кланового государства, игнорирующего вопросы права и законности.

С позиций исторического прогнозирования в усложняющемся обществе, постоянно перерабатывающем огромный объем информации, гене-

рирующим все новые каналы прямой и обратной связи между конкурирующими уровнями сложных систем, линейных зависимостей роста просто не бывает, они исключены и являются исключительно продуктом фантазий в пределах моделирования «канцелярской реальности». Пресловутые «ручное управление» и «здоровый смысл» перестают работать сразу же после первых шагов. В России отказ от административно-командной системы власти и управления над ранее созданной общенародной собственностью – единственного реального достижения социализма – бесспорно, самый существенный фактор формирования правовых отношений между индивидами, обществом и постсоциалистическим государством (Нерсисянц 1989, 2008; Пастухов 2010).

Тем не менее, неравенства остаются основным ресурсом и потенциалом автоматического развития биологических и социальных систем. С точки зрения теории систем, социальная эволюция оказывается прямым автоматическим продолжением эволюции биологической. Массированные попытки выравнивания доходов в XX веке в ряде стран, включая Россию, приводили к отрицательным, иногда катастрофическим результатам, а неравенства лишь переходили из одной сферы в другую. Традиционные общественные фонды и общественные блага, призванные сокращать степень неравенства, со временем неизбежно деградируют из-за коррупциогенности любого централизованного распределения. В силу этого они не способны противостоять продолжающемуся имущественному расслоению, росту фрустрации, социального дискомфорта, растущей армии аутсайдеров. Очевидно, что в постиндустриальном «обществе знаний» временный масштаб и диалектика выхода из «режима с обострением» определяет неизбежность перехода «от хаоса к управлению» за счет информационно-технологических инструментов, позволяющих уже сегодня достигнуть любого уровня индивидуализации не только человеческой личности, но и каждой единицы товарной продукции даже на глобальном мир-системном уровне. В перспективе предполагается, что ведущая роль в эволюции человеческой популяции будет принадлежать не псевдоморальному денежному обога-

щению, а культуре и науке (Капица 2010). Пока же процесс материального обогащения, независимо от источников происхождения капитала и уровня развития ЧК, остается самым благодарным и привлекательным способом удовлетворения потребностей, обеспечивающим индивиду все репродуктивные и статусные преимущества.

В актуализации противостояния «жизненного мира» и «системы», «семейных ценностей» и государства, безработица, отсутствие постоянного жилища и собственности, низкооплачиваемый наемный труд, торговля деньгами и землей, институт наследования крупной собственности, сохранение нормативного протекционизма и семейственности являются и остаются биосоциальными стигмами процессами прогрессивного развития ЧК. Они же являются свидетельством нарушения «техно-гуманитарного баланса» как разрыва между качеством регуляторных механизмов культуры и уровнем технологического развития, провоцирующим неустойчивость¹³ в процессе «удаления от естества» (Назаретян 2001).

Таким образом, ставка на семью и семейные ценности в процессе социальной модернизации становится двигателем социального прогресса только при приоритете прав и свобод человека, охраняемых государством, в условиях сильного гражданского общества, достаточно однородного по распределению собственности. В противном случае воспроизводство популяции на основе семейных ценностей только усугубляет степень неравенства и требует усиление тенденций авторитарной централизации собственности и власти.

Государство и общество – проблема нераздельности

Основные российские ценности сформировались в период петровских преобразований, в основе которых лежал принцип авторитарной модернизации государства. Размер территории и ресурсная зависимость развития российского социума определяет Государство и идею его развития, связанное с ним тоталитарное прошлое в качестве основной ценности россий-

¹³ С другой стороны, очень устойчивым, вплоть до застойности, может оказаться общество, у которого качество регуляторных механизмов значительно превосходит технологическую мощь. Хрестоматийный пример такого общества – конфуцианский Китай (Назаретян 2001: 98).

ской цивилизации. С государством также связаны атрибуты причастности к приоритетному распределению через Неформальный (патерналистско-бюрократический) социальный договор, Госрегулирование и Знание. Особое место как самостоятельная ценность в российской ментальности занимает Справедливость. Трудно отрицать, что государство является сверхценностью русской культуры, современной формой ее существования в виде симбиоза и нераздельности носителя русской культуры с государством (но не наоборот). В условиях такого симбиоза протест против государства для общества представляется невероятно трудным делом. Выступление личности против государства ощущается как выступление против самого себя (Делягин 2009).

Ресурсная (сырьевая) зависимость России, всегда дефицитный характер ее государственно-распределительной матрицы определяют нетерпимость к конкурентам и конкуренции, игнорирование интересов развития свободной личности (Кульпин 2008). Сегодня со стороны верховной власти, провозгласившей курс на технологическую и институциональную модернизацию и явно избегающей ее второго (институционального) компонента, который несет прямую угрозу «отстраненному» государству в ее государственно-центрической матрице, снова слышатся осторожные, пока не подтвержденные никакими конкретными действиями тезисы о том, что «свобода лучше чем несвобода» и что «крайне важно давать обществу шансы для самоорганизации», а «нация не может долго держаться на закрученных гайках» (из выступлений Д. Медведева). Как известно, российское общество в 1990-е годы оказалось не в состоянии реализовать тот исторический шанс, который давало ему временное отступление, «съезживание» государства. Оказалось, что демократия не устанавливается актом разрушения тоталитарно-авторитарной организации социума, а приватизация, тем более криминальная, не гарантирует построения рыночной экономики.

Институциональные теории, как и близкий нам марксизм, видят базисных идеологий в экономике, характере распределения собственности. С историко-психологической точки зрения представляет интерес, способна

ли глобализация и информационное общество, вооруженное возможностями неограниченного воспроизводства, распространения, генерирования и маршрутизации информации, обеспечивать необходимые темпы странового развития при сохранении архаичной матрицы системы «власть-собственность».

Совершенствование демократических институтов – «всегда проблема, стоящая перед личностями, а не перед институтами» (Поппер 1992: 167). Реализацию прав и свобод человека нельзя отложить на потом, именно они являются сутью исторической деятельности людей, ее смыслом и движущей силой.

А.Илларионов (2010) применительно к недавней российской истории рассматривает страновой, политический, аппаратный, командный и персональный срезы человеческого фактора. Автор считает, что решающий фактор реформ – человеческий, т.е. люди, их личные качества. Человеку присуща свобода воли, отличающая его от детали часового механизма в любой системе общественных координат. Гражданское общество обычно понимается как совокупность отношений (людей, организаций), автономных от государства. Гражданское общество – промежуточная сфера между семьей и государством. Полное огосударствление общественных отношений достигается свертыванием демократии, установлением тоталитаризма. Иллюстрацией патерналистского, бюрократического подхода к строительству современной России последних 10 лет стал торг за спиной граждан вокруг возможности высших должностных лиц регионов избираться на третий срок, а затем и отмена региональных выборов. Другой пример – «дефлорация» Конституции РФ стремительным введением изолированных поправок, касающихся продления срока пребывания у власти президента и парламента, без оценки институциональных последствий такого решения, сворачивание независимых выборных процедур в пользу правящей партии. Данные примеры – лишь иллюстрация доминирования аппаратно-понятийного над искомым системно-процедурным управлением, свидетельством сохранения номенклатурного государства советского типа. Например, очевидно целесообразное с точки зрения социально-

психологического оздоровления всех институтов государства и законной смены и преемственности власти ограничение времени пребывания у власти высшего должностного лица только одним сроком, вне зависимости от его продолжительности и личных заслуг и качеств претендентов, даже не обсуждается.

Возможность бесконтрольной номенклатурной индивидуализации ограниченных благ, естественной по своему происхождению и соответствующей природе человеческой личности (потребность в частной собственности как основы семьи, репродуктивные и родительские стратегии и т.д.) сегодня пробудила к жизни каскад имеющих «европейский» вектор, независимо от их исхода, «арабских антикоррупционных революций» в демографически более молодых традиционных обществах с высоким уровнем рождаемости 14.

Невозможность успешной адаптации института «власти-собственности» к новым реалиям и требованиям глобализирующегося мира становится все более очевидной. В России эта невозможность предопределена как монополизмом крупной частной и государственной собственности, задействованной в гражданском обороте, так и вытекающим из этого факта законным или неформальным участием госслужащих в предпринимательской деятельности. Эти два фактора являются прямыми производными «жизненно-го мира» и «семейных отношений». Необходимость и возможности номенклатурной фальсификации волеизъявления граждан инструментами приватизированного государства сегодня позволяют игнорировать право человека на учет его мнения, – часто единственного, чем он обладает. Последнее обстоятельство подрывает социальную стабильность и способно существенно ограничивать ресурсосберегающий потенциал эволюционного развития обществ и государств на этапе даже краткосрочного прогнозирования. Разговоры же о неготовности общества являются лишь поводом для отсрочки институциональных инноваций.

С социобиологической точки зрения рост человеческого капитала в услови-

14 В России развитие событий по сценарию масштабной гражданской войны, являющейся крайним проявлением борьбы за собственность, маловероятно по причине демографической зрелости, что, однако, не исключает массовых беспорядков (Акопян 2001).

ях информационного общества в среднесрочной перспективе оказывается несовместим с архаичными социально-политическими отношениями, определяющими соответствующий характер распределения ресурсов, что предполагает рост общественной напряженности и политической активности даже при сохранении достигнутого уровня доходов и потребления.

С учетом специфики социальной истории России, представляется, что роль институционального импульса к началу процесса разделения власти и собственности, бизнеса и государства сегодня может выполнить утверждение одного срока пребывания у власти для высшего лица государства, без каких-либо оговорок и специальных гарантий неприкосновенности после его завершения. Не требуя особых затрат, это нововведение способно существенно повлиять на все уровни управления. Очевидно, что принятие консенсусно решения по этому вопросу, прямо не затрагивающего интересы властных групп в момент его принятия (тем более, что в любви к Родине у нас никому не откажешь), как минимум, устраняет соблазн явных фальсификаций при реализации выборных процедур и политтехнологий, направленных на безусловное удержание власти. Данная институциональная инновация позволяет предполагать и другие оздоровительные тенденции. Дополнительный «символический иммунитет» от перерождения государства под влиянием «семейных ценностей» может дать становление института «клятвы госслужащего», включая судебский корпус, нарушение содержания которой несет административно-правовые последствия, что также не потребует существенных затрат.

В заключение отмечу, что даже став объектом фантазий, эти два пункта реформирования системы управления, учитывающие видовые биосоциальные особенности человека и его группового поведения, представляются вполне реалистичными в силу их низкой общественной конфликтности и способности выполнять роль «ключа» к началу масштабной институциональной модернизации. Формализация этих предположений - вопрос нравственного и политического выбора лиц, принимающих решения.

Использованные источники:

1. Агарков С.Т. 2009. Десять важнейших открытий в сексологии XXI века // 7-й Российский научно-образовательный форум «Мужское здоровье и долголетие», 18-19 февраля 2009. Материалы форума. М.: Кадры России XXI: 7-8
2. Акопян А.С., Харченко В.И., Иоффина О.А. 1998. Заболеваемость и смертность от болезней, имеющих «социальную окраску» (социопатий) в современной России. Вопросы статистики 1:18-24.
3. Акопян А.С. 2001. Демография и политика. Общественные науки и современность 2: 38-50
4. Акопян А.С., Бушуев В.В., Голубев В.С. 2002. Эргодинамическая модель человека и человеческий капитал. Общественные науки и современность 6: 98-107.
5. Акопян А.С., Корякин М.В.
6. 2007. Биомедицинские и психосоциальные аспекты эректильной дисфункции. Лечащий врач 4: 44-46.
7. 2008. «Женский фактор» в проблеме эректильной дисфункции. 6-й Российский научный Форум «Мужское здоровье и долголетие», 19-20 февраля. 2008. Материалы форума. М.: Кадры России XXI: 9-10.
8. Алексеев Н.Н. 1993. Собственность и социализм. Русская философия собственности. СПб.: Ганза: 350-372.
9. Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы / ред. Э. Нишлаг, Г.М. Бере. 2005. М.: Медицинское информационное агентство.
10. Беккер Г.С. 1993. Человеческое поведение: Экономический подход. Избранные труды по экономической теории. М.: Изд-во ГУ ВШЭ: 672
11. Болотова Т.А. 2002. Уровень развития интеллекта супругов и удовлетворенность браком. Интернет ресурс. Режим доступа: <http://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=39850>
12. Бурганов А.Х. 2009. Магистральный путь вывода России из демографического кризиса – к расцвету человека, наций, человечества. Национальная идентичность России и демографический кризис. Материалы Третьей Всероссийской научной конференции (Казань, 13-14 ноября, 2008). М.: Научный эксперт: 120-134.
13. Бурдые П. 1993. Социология политики. М.: Socio-Logos
14. Бутовская М.Л.

15. 2004. Тайны пола. Мужчина и женщина в зеркале эволюции. Фрязино: «Век 2» (Наука сегодня): 368.

16. 2005. Власть, пол и репродуктивный успех. М.: Фрязино: «Век 2» (Наука сегодня): 17. 64.

18. 2007. Половой отбор и различие мужских и женских сексуальных стратегий в человеческом обществе. Интернет ресурс. Режим доступа: <http://www.ethology.ru/library/?id=264>

19. Бушуев В.В., Голубев В.С.

20. 2001. Индексы социоприродного развития России и стран мира. Общественные науки и современность 5: 153-162

21. 2002. Основы эргодинамики. М.: ИАЦ Энергия

22. Васильченко Г.С., Решетняк Ю.А. 1978. Брачный клиринг. Вопросы кибернетики. Вып. 28

23. Васильчук Ю.А. 2008. Социальное развитие человека. Фактор семьи. Общественные науки и современность 3: 52-63.

24. Вебер М. 1994. Город. Избранное. Образ общества. М.: Юрист.

25. Вишневский А.Г. 2005. (ред.) Демографическая модернизация России 1900-2000. М.: Новое изд-во.

26. Гайдар Е.Т. 2009. Власть и собственность: Смуты и институты. Государство и эволюция. СПб.: Норма.

27. Геодакян В.А. 2004. Эволюционная теория пола. Гордон А.Г. Диалоги [2]. М.: Пред-лог: 221-276.

28. Гончаров Ю.М. 2002. Городская семья Сибири второй половины XIX – начала XX вв. Барнаул: Изд-во Алтайского ун-та.

29. Гринин Л.Е., Коротяев А.В. 2009. Социальная макроэволюция: Генезис и трансформация Мир-Системы. М.: ЛИБРОКОМ.

30. Гундаров И.А. 2001. Духовное неблагополучие и демографическая катастрофа. Общественные науки и современность 5: 58-65.

31. Делягин М.Г. 2009. Русская культура: недостатки и преимущества в глобальной конкуренции. Интернет ресурс. Режим доступа: <http://www.kapital-rus.ru/articles/article/175556>

32. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2000 год / Под общей ред. С.Н. Бобылева. 2001. М.: Права человека.

33. Заславская Т.И. 2005. Человеческий потенциал в современном трансформационном процессе. Обществен-

- ные науки и современность 3: 5-17.
34. Зимбардо Ф., Ляйпе М. 2000. Социальное влияние. СПб: Питер.
35. Илларионов А.Н. 2010. Трудный путь к свободе. О роли личностей и их мировоззрения в недавней российской истории. Континент. 145: Интернет ресурс. Режим доступа: <http://continent-rus.ru/145/10.htm>
36. Иорданский Н.Н. 2009. Факторы эволюционного прогресса // Эволюция: космическая, биологическая, социальная. М.: ЛИБРОКОМ.
37. Капица С.П. 2010. Парадоксы роста: Законы развития человечества. М.: Альпина нон фикшн.
38. Коулман Дж. 2001. Капитал социальный и человеческий. Общественные науки и современность 3: 122-140.
39. Кульпин Э.С.
40. 2003. Эволюция ментальности россиян. Природа и ментальность. Социоестественная история. Вып. 23. М.: Московский лицей: 9-25.
41. 2008. Становление системы основных ценностей российской цивилизации. История и современность 1: 49-62.
42. Ламарк Ж.Б. 1955. Философия зоологии. Избранные произведения 1: 165-775. М.: Наука.
43. Лежавичус Э. 2009. О некоторых аналогиях между эволюцией экосистем и развитием экономики: от А.Смита и Ч.Дарвина до новейших идей. М.: ЛИБРОКОМ: 226-259
44. Медков В.М. 2008. Демография: учебник. 2-е изд. М.: ИНФРА-М.
45. Мумладзе Л.С. 2007. Сексуальный шантаж в браке: плюс или минус? 5-й Российский научный Форум «Мужское здоровье и долголетие», 20-22 февраля. 2007. Материалы форума. М.: Кадры России XXI: 69-70.
46. Мясоедова Т. Г. 2005. Человеческий капитал и конкурентоспособность предприятия // Менеджмент в России и за рубежом. 3: 29-37.
47. Назаретян А.П. 2001. Цивилизационные кризисы в контексте Универсальной истории: Синергетика, психология и футурология. М.: ПЕР СЭ: 239
48. Нерсесянц В.С.
49. 1989. Закономерности становления и развития социалистической собственности. Вестник АН СССР 9: 3-13
50. 2008. Постсоциалистическая Россия: цивилизм как национальная идея. Общественные науки и современность 5: 91-100.
51. Нуреев Р.М. 2009. Человеческий капитал и его развитие в современной России. Общественные науки и современность 4: 5-20.
52. Обретение будущего. Стратегия 2012. Конспект. 2011. Режим доступа. Интернет ресурс: http://www.riocenter.ru/files/Finding_of_the_Future%20Summary.pdf
53. Пастухов В.Б. 2010. Просвещенный авторитаризм и независимость суда (Возрождение консервативной утопии). Общественные науки и современность 2: 14-32.
54. Плискевич Н.М.
55. 2006. «Власть-собственность» в современной России: происхождение и перспективы мутации. Мир России 3: 62-113.
56. 2010. «Система низких заработных плат» – институциональная ловушка постсоциалистической экономики. Журнал новой экономической ассоциации 5: 126-146.
57. Поппер К. 1992. Открытое общество и его враги. М.: Культурная инициатива
58. Пригожин А.И. 2007. Дезорганизация: Причины, виды, преодоление. М.: Альпина Бизнес Букс.
59. Радаев В.В. 2003. Понятие капитала, формы капиталов и их конвертация. Общественные науки и современность 2: 5-17.
60. Решетняк Ю.А. 2005. Эволюция брачных ценностей. 3-й Российский научный Форум «Мужское здоровье и долголетие», 16-18 февраля. 2005. Материалы форума. М.: Кадры России XXI: 115.
61. Романчук А.А., Медведева О.В. 2009. «Глобальный демографический переход» и его биологические параллели. Эволюция: космическая, биологическая, социальная. М.: ЛИБРОКОМ: 282-305
62. Сатаров Г.А. 2002. Тепло душевных отношений: кое-что о коррупции. Общественные науки и современность. 6: 18-27.
63. Стратегическая психология глобализации: Психология человеческого капитала: Учеб. пособие /Под науч. ред. д-ра психол. наук, проф. А.И. Юрьева. 2006. СПб.: Logos.
64. Сысенко В.А. 1981. Устойчивость брака: проблемы, факторы и условия. М.: Финансы и статистика.
65. Троцкий Л.Д. 1991. Преданная революция. М.: НИИ культуры Министерства культуры РСФСР.
66. Харитонов А.Н. 2006. Системно-аналитический подход к современным проблемам мужского здоровья. 4-й Российский научный Форум «Мужское здоровье и долголетие», 15-17 февраля. 2006. Материалы форума. М.: Кадры России XXI: 129-130.
67. Частная сексопатология: (Руководство для врачей) / Под ред. Г.С. Васильченко. 1983. Т. I. М.: Медицина.
68. Шишкин М.А. 2004. Биологическая эволюция и природа нравственности. Общественные науки и современность. 1: 126-134.
69. Шмюльгаузен И.И. 1968. Факторы эволюции. М.: Наука
70. Якобсон Л.И. 2006. Социальная политика: коридоры возможностей. Общественные науки и современность 2: 52-66.
71. Bongaarts J. 1999. Fertility decline in the developed world: Where will it end? // American Economics Association Papers and Proceedings. Vol. 89. 2: 256-260
72. Gollini A. 1998. How low a fertility he? An empirical exploration // Population and Development review, Vol.24. 1
73. Mealey L. 2000. Sex Differences: Developmental and Evolutionary Strategies. New York: Academic Press.
74. Rose R.M. 1975. Consequences of social conflict on plasma testosterone levels in rhesus monkeys. Psychosomatic Medicine. 37: 50-61.
75. Schuerman H. 1948. ber die Zunahme m nlicher Fertilitststungen und ber die Bedeutung psychischer Einflsse fr die zentralnervse Regulation der Spermio-genese. Med Klin 13:366-368
76. Stuckler D., King L., McKee M. 2009. Mass privatization and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. The Lancet. V.373: 399-407.
77. Stieve H. 1952. Der Einfluss des Nervensystems auf Bau und Tatigkeit der Geschlechtsorgane des Menschen. Stuttgart: Thieme: 1-191.
78. Symons D. 1979. The evolution of human sexuality. New York: Oxford Univ. Press
79. Walker J.C.G. 1980. Atmospheric Constraints on the Evolution of Metabolism. Origins of Life 10: 93-104.
80. Wilson G.D. 1989. The Great Sex Divide: A Study of Male-Female Difference. London: Peter Owen Publishers.

Проблемы организации сферы охраны здоровья начинаются с терминологической несогласованности, тянущейся на протяжении последних двух десятилетий. Для целей обозначения этих проблем необходимо такое различие понятий, которое соответствует существующим в стране реалиям. Это, прежде всего, касается соотношения понятий здравоохранения, сферы охраны здоровья, отрасли, отраслевого ведомства и отраслевого оборота.

1. Здравоохранение и сфера охраны здоровья. Здравоохранение – это функция государства. Но с появлением частной медицины, разгосударствлением фармации и производства медицинской техники не только государство стало причастно к здравоохранению. Разделение здравоохранения Основами законодательства об охране здоровья граждан на три системы (ст.ст.12, 13, 14) не привело к появлению границ иных, чем между публичной и частной собственностью, между здравоохранением и частной медициной. Тем самым возникла необходимость определения общего пространства. Таким пространством стала сфера охраны здоровья. Соответственно, здравоохранение и частная медицина находятся в общем пространстве сферы охраны здоровья.

2. Сфера охраны здоровья и отрасль. Вопрос соотношения понятий не стоял бы, будь это однозначно отрасль непроектной сферы¹ или отрасль экономики².

1 непроектная сфера - условное название отраслей и видов деятельности, не составляющих материальное производство. В советской экономической статистике к непроектной сфере относили сферу бытовых услуг, науку, культуру, образование, здравоохранение, управление. В настоящее время термин «непроектная сфера» изымается из научного употребления, заменяется понятием социально-культурная сфера.

2 отрасль экономики - качественно однородные группы хозяйственных единиц, характеризующиеся особыми условиями производства в системе общественного разделения труда и играющие специфическую роль в процессе расширенного воспроизводства (БСЭ); совокупность предприятий, производящих однородную или специфическую продукцию по однотипным технологиям, и, по общему правилу, включает в себя всех российских производителей аналогичного или непосредственно конкурирующего товара - п. 14 ст. 2 Федерального закона от 8 декабря 2003 года N 165-ФЗ «О специальных

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СФЕРЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ И ПРАВОВЫЕ ПУТИ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ

Показано, что проблемы организации сферы охраны здоровья создает сохранение непроектного характера отрасли

Ключевые слова: непроектный характер здравоохранения, организация здравоохранения, отраслевой оборот

Но сосуществование здравоохранения, устроенного по правилам бюджетной сферы, и частной медицины, устроенной по правилам единого экономического оборота, делает этот вопрос насущным. В условиях такой бинарности в сфере охраны здоровья на сегодняшний день совмещается отрасль непроектной сферы с отраслью экономики.

3. Сфера охраны здоровья и отраслевое ведомство. Если прежде здравоохранение было в исключительной подведомственности отраслевого министерства, то с появлением частной медицины его монополия прекратилась. Сфера охраны здоровья оказалась охвачена подведомственностью лишь

защитных, антидемпинговых и компенсационных мерах при импорте товаров»

в части здравоохранения, не распространяющейся на частную медицину³. Тем самым сфера охраны здоровья вышла за пределы подведомственности отраслевому министерству.

4. Сфера охраны здоровья и отраслевой оборот. Вопрос о соотношении этих понятий вытекает из вопроса однородности отрасли. Если это отрасль непроектной сферы, то в ней не производятся и не реализуются товары, работы, услуги. И, напротив, если это отрасль экономики, то в ней обрабатываются объекты товарообмена.

В здравоохранении, как и в частной медицине, производятся и реализуются медицинские услуги,

3 за исключением случаев делегирования полномочий ведомству актом более высокой юридической силы

производится их оплата, т.е. наличествуют все признаки товарообмена. И по этим признакам и здравоохранение, и частная медицина находятся в отраслевом обороте.

Но, в отличие от частной медицины, находящейся в едином экономическом пространстве страны, здравоохранение в отраслевом обороте обособилось границей бюджетной сферы. Тем самым в рамках сферы охраны здоровья сосуществуют рыночный отраслевой оборот, представленный частной медициной, и бюджетно-распределительный механизм здравоохранения, мимикрирующий под товарные отношения, но лишенный свойств товарообмена.

5. Отраслевой оборот и отраслевое ведомство. В условиях подведомственности здравоохранения именно отраслевым министерством администрируется бюджетно-распределительный механизм обособленного квази-оборота. Рыночный отраслевой оборот складывается вовне границ подведомственности. Тем самым отраслевой оборот и отраслевое ведомство не соприкасаются иначе, чем в границах, установленных законом.

Бинарность сферы охраны здоровья сказывается и на организации медицинского сообщества, которое разъединено по признаку трудоустройства в учреждениях подведомственного здравоохранения или в частной медицине, а также на организации разрешительной системы в отрасли, которая дезориентирована в предмете и пределах компетенции.

Проблемы организации сферы охраны здоровья касаются равно подведомственного здравоохранения и частной медицины при их сосуществовании в единой отрасли. Разрешение этих проблем, в конечном счете, состоит в создании единого правового режима в отрасли, что невозможно без решения вопроса, сохранить прежний, непроизводственный характер или подвергнуть ее преобразованию в отрасль экономики.

Неизменность социалистического уклада отрасли на протяжении двух десятилетий в условиях окружающего капитализма демонстрирует невозможность выйти из состояния

длящегося кризиса. Изменения в сфере охраны здоровья повлечет любая альтернатива.

Однако основным является вопрос, будут ли эти изменения во благо или во вред обществу. В той мере, в какой социальный результат (общественное здоровье) является следствием экономической деятельности в отрасли, общественным благом является эффективная отраслевая экономика. И, напротив, в ущерб интересам общества – экономическая неэффективность отрасли.

Следовательно, ключевым изменением во благо общества в сфере охраны здоровья является создание единого эффективного отраслевого экономического оборота. Единство организации отрасли необходимо для того, чтобы все ее ресурсы были одинаково ориентированы на одинаково понимаемую экономическую эффективность ради достижения социального результата. Эффективность в этом случае становится функцией эквивалентности товарообмена, и индикатором благополучия отрасли являются величины оборота медицинских услуг (и иной продукции медицинского назначения) в натуральном и денежном выражении. Отраслевой характер оборота означает не обособление сферы охраны здоровья от единого экономического пространства страны, а выделение экономической деятельности по поводу здоровья в силу специфики прямого создания социального результата в ряду иных видов экономической деятельности, косвенно (через налоги) причастной к созданию такого результата.

Это требует устранения существующей непродуктивной бинарности отрасли и приведения равно подведомственного здравоохранения и частной медицины к общему знаменателю единой организации оборота медицинских услуг, организации медицинского сообщества и организации разрешительной системы в обороте медицинских услуг.

1. Проблематика организации оборота медицинских услуг.

Необходима ясность, кто, в каких отношениях, по поводу чего, с кем находится.

Если это отношения власти с подвластными, то они регламентируются средствами публичного права; если это гражданские отношения – они регулируются средствами частного права. Публичный субъект действует в разных ролях через соответствующие институты: в публичном качестве при правовом регулировании, правоприменении и т.д. или в частноправовом качестве плательщика за предоставления в обороте – в свою пользу или в пользу общества. Частные лица в обороте выступают в качестве производителей и потребителей, имеющих встречные интересы, определившие формирование соответствующих общественных институтов.

Существование в отрасли квазипубличных институтов (учреждений бюджетной сферы) и квазиплатежных публичных институтов (финансирования здравоохранения через внебюджетные фонды ОМС) противопоставляется отраслевому обороту, который формируется исключительно частной медициной: вместо однородного частноправового института производителей (поставщиков медицинских услуг) в отрасли существуют два разнородных, из которых лишь один – в отраслевом обороте; равенству частноправовой однородности разнобразных платежных институтов противостоит публичная монополия.

Очевидно, что бинарность сферы охраны здоровья в актуальном виде демонстрирует лишь переходный этап в развитии отрасли. Многообразные переплетения, усложнения и взаимозависимости существующей организации здравоохранения делают ее запутанной, противоречивой и слабо управляемой там, где это доступно простой, понятной и свободно упорядочиваемой регуляцией. Идентичность частной медицины реальному сектору экономики в части регулирования, напротив, придает ей вполне управляемый характер. Сосуществование подведомственного здравоохранения с частной медициной создает в отрасли неоднородную среду с неясными для потребителя границами формально бесплатной и официально оплачиваемой меди-

цинской помощи и различиями в правилах легальной и нелегальной ее оплаты.

Отрасль охватывает сферу оказания медицинских услуг, создания изделий и купли-продажи товаров медицинского назначения, в том числе лекарственных средств, медицинской техники и т.д. – для потребительских (B2C) и производственных (B2B) целей.

Бинарность частного государственного присутствия

компаний) в порядке обязательного медицинского страхования, ОМС. Иными словами, разделены потоки спроса за счет частных или публичных средств при таком же разделении частной медицины и подведомственного практического здравоохранения.

В отраслевом обороте сформировался перекос с приоритетом интересов финансовых институтов (медицинского страхования) над интересами поставщиков меди-

приравненной к экономике реального сектора, требующая особого государственного регулирования и в отсутствие такового тяготеющая больше к традициям торговли, чем к условиям социальной сферы, сформировалась как гегелевская «вещь в себе», лишь частью доступная к развитию. На таких условиях инвесторов, готовых сделать вложения в существующий медицинский бизнес, находится не много – лучше инвестиционная перспектива у новых бизнес-проектов.

В настоящее время в сфере охраны здоровья сложилась ситуация, при которой отраслевой оборот используется частными капиталами как колония метрополий. В частную медицину средства вкладываются так же, как в реальный сектор экономики, а воспроизводимая прибавленная стоимость направляется либо на потребление, либо на воспроизводство вовне отрасли.

Сфера охраны здоровья нуждается в росте отраслевого оборота, в сохранении и преумножении капиталов в отрасли, за счет чего увеличивается оборот услуг и товаров медицинского назначения. Этим потребностям отвечает, прежде всего, специальная правоспособность товаропроизводителей, свойственная, в первую очередь, некоммерческим организациям. Некоммерческие организации, осуществляющие предпринимательскую деятельность, за счет доходов реинвестируют эту деятельность. Корпоративная некоммерческая организация товаропроизводителей является предпочтительной в отраслевом обороте в сфере охраны здоровья.

Учреждение является унитарной формой некоммерческих организаций, а учреждения здравоохранения, находясь в административной подчиненности органам управления здравоохранением, товаропроизводителями не являются⁵.

5 Тихомиров А.В. Учреждения здравоохранения: свобода хозяйствования или административный контроль //Здравоохранение. – 2000. - № 7. - С.155-164; Тихомиров А.В. Режим имущества государственных и муниципальных учреждений. Научно-практическое пособие. Общая часть. - М.: РИГР, ЦНИИОИЗ, 2002. – 84 с.; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Потреблять нельзя воспроизводить: где ставим точку? // Главный врач: хозяйство и право. – 2003. - № 1. - С.13-17; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Учреждения: pro et contra //Главный врач:

Отрасль охватывает сферу оказания медицинских услуг, создания изделий и купли-продажи товаров медицинского назначения, в том числе лекарственных средств, медицинской техники и т.д. – для потребительских (B2C) и производственных (B2B) целей.

в сфере охраны здоровья создаст проблемы в диверсификации отраслевого оборота.

Фармация, производство и реализация медицинской техники давно представлены в отраслевом обороте на рынке предложений B2B. Частная медицина в силу немногочисленности своим спросом не покрывает и малой части предложений. Государственные же закупки, прежде всего централизованные, сужают спрос до единиц монополю публичной принадлежности. Иными словами, при множественности предложений спрос не только ограничен, но и подчинен не запросам производителей (а отсюда – нуждам потребителей), а нормативам и усмотрению отраслевой бюрократии. При административно формируемом спросе монополиста не формируется и инфраструктура рынка B2B.

На рынке B2C в отраслевом обороте ситуация иная: предложение формируется только частной медициной в расчете на частный платежеспособный потребительский спрос (в том числе по добровольному медицинскому страхованию, ДМС), в то время как основной неплатежеспособный спрос удовлетворяется квази-публичными структурами – учреждениями здравоохранения за счет квази-платежных публичных структур через частное посредничество (медицинских страховых

услуг в ущерб интересам потребителя, не свободного в обращении за медицинской помощью в зависимости от финансовой привязки. Страховщикам придана не соответствующая их возможностям и предназначению роль влияния на состояние практического здравоохранения при свободе привлечения как публичных (ОМС), так и частных (ДМС) денежных средств.

Инвестиционный климат в отрасли при сосуществовании в ней подведомственного здравоохранения и хозяйственного оборота (частная медицина) различается и отличается от такового в реальном секторе экономики⁴.

Как показывает практика, в учреждения здравоохранения ни в порядке инвестиций, ни в порядке эндаумента вложения не производятся (случаются лишь единичные пожертвования). Это объясняется тем, что учреждения бюджетной сферы в целом ориентированы на освоение (потребление) поступлений, а не на воспроизводство ценностей. Поэтому у инвесторов шансов на прирост капитала в случае инвестирования учреждений бюджетной сферы нет.

Частная медицина, оказавшаяся

4 Тихомиров А.В. Условия инвестиционной продуктивности здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 2. – С.20-27; Тихомиров А.В. Инвестиционная привлекательность здравоохранения //Вестник новых медицинских технологий. – 2008. - № 3. – С.146-147.

Сохранение обширной доли представленной отраслевым ведомством нерыночной организации здравоохранения препятствует нормализации структуры отраслевого оборота в сфере охраны здоровья.

Квази-товарная организация подведомственного здравоохранения, представленная круговоротом средств казны, поэтапно осваиваемых участниками бюджетного процесса, самодостаточна в рамках этого процесса. Однако входы в этот процесс извне или выходы из него вовне сразу создают проблемы.

Первой встала проблема «платных» услуг. Платежи, отличные от поступлений из казны, означают не просто неналоговые поступления в казну, а поступления, полученные в порядке товарообмена. Притом что государство не является хозяйствующим субъектом и не находясь в товарных отношениях с обществом, режим приращений его собственности за счет товарообмена не является бюджетно-правовым.

Второй стала проблема допуска к средствам казны (к участию в программах обязательного медицинского страхования) частной медицины. Под натиском антимонопольной службы это произошло. Но тем самым публичные средства стали размещаться среди частных товаропроизводителей, причем на условиях иных, чем в порядке государственного заказа. Режим мобилизации публичной собственности за счет товарообмена не является бюджетно-правовым.

Третьей стала проблема допуска к средствам казны в отношениях учреждений здравоохранения с поставщиками товаров, работ, услуг. Практика конкурсных госзакупок себя не оправдала, порождая множественные злоупотребления и затрудняя отношения контрагентов, особенно с повышением роли казначейства. По существу, учреждения здравоохранения оказались противопоставлены кооперации в гражданском обороте. Им недо-

хозяйство и право. – 2003. - № 1. - С.24-41; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Социальные последствия сложившейся организации хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 1. - С.28-35; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Перспективы существования учреждений в здравоохранении //Менеджер здравоохранения. – 2004. - № 1. - С.4-7.

ступен аутсорсинг для снижения затрат. Нуждаясь в обеспечительной инфраструктуре, они не участвуют в ее создании.

Бюджетно-правового решения всех этих проблем нет. Существует только гражданско-правовое их решение⁶. Оно состоит в:

- преобразовании учреждений здравоохранения в хозяйствующие субъекты⁷. Если не станет учреждений, отпадет проблема распоряжения несобственным имуществом и сопутствующих ему злоупотреблений. Распоряжающиеся собственным имуществом хозяйствующие субъекты заинтересованы в его эффективном приращении и расходовании. Появится инфраструктура, сформируется многообразная кооперация, возникнет инвестиционная привлекательность отрасли.

6 Тихомиров А.В. Проблемы развития здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 5. - С.2-6; Тихомиров А.В. Отечественная организация здравоохранения: реформа идеологии //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. 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. Концепция социально-ориентированной модернизации здравоохранения: Дисс. ... докт. мед. наук. - М., 2008. - 342 с.; Тихомиров А.В. Концепция социально-ориентированной модернизации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. - № 6. - С.2; Тихомиров А.В. Концепция социально-ориентированной рыночной реформы здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. - № 1. - С.11-17; Тихомиров А.В. Необходимость индустриальной трансформации здравоохранения в сб.: Материалы к Общественным слушаниям на тему «Концепция развития здравоохранения на десять лет». – М.: Комиссия общественной палаты РФ по вопросам здравоохранения, 13 декабря 2007 г. – С.127-129; Тихомиров А.В. Необходимость индустриальной трансформации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 1. – С.2-3; Тихомиров А.В. Вопросы правового оформления реформы экономической организации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 1. – С.2-11.

7 Тихомиров А.В. Разгосударствление учреждений социальной сферы без приватизации закрепленного за ними имущества //Бизнес, менеджмент и право. – 2009. - № 3. – С.94-95; Тихомиров А.В. Альтернатива приватизации в здравоохранении //Вестник новых медицинских технологий. – 2008. - № 1. – С.185-186; Тихомиров А.В. Трансформация парапубличных институтов в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. - № 6. - С.11-18; Тихомиров А.В. Трансформация институтов медицинской деятельности //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. - № 4. - С.26-34; Тихомиров А.В. Институты медицинской деятельности и инфраструктуры рынка медицинских услуг //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. - № 3. - С.9-13.

Фактически задача организации поставщиков медицинских услуг сводится к созданию института самостоятельных хозяйствующих субъектов, объединенных в некоммерческие организации;

- созданию частных платежных структур, осуществляющих финансовые операции по условиям публичного распределения средств казны в пользу граждан⁸. Если на пути товарообмена публичное распределение опосредуется частным платежным институтом, интервенция бюджетной сферы в гражданский оборот исключается. Фактически задача организации платежного механизма сводится к созданию публичным субъектом частного финансового института.

Экономическая эффективность медицинской деятельности в отраслевом обороте зависит от ряда условий индустриальной трансформации отрасли, главные из которых:

- демаркация государства и экономики, бюджетной сферы и гражданского оборота в сфере охраны здоровья;
- разгосударствление институтов оказания и оплаты медицинских услуг;
- некоммерческая организация поставщиков медицинских услуг.

Таким образом, организация оборота медицинских услуг нуждается в создании в сфере охраны здоровья пула равноудаленных от государства поставщиков медицинских услуг и платежной структуры, являющейся продолжением в обороте бюджетного распределительного механизма государ-

8 Тихомиров А.В. Фондирование государственных средств финансирования практического здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.11-17; Тихомиров А.В. Переход к персонализированному фондодержанию средств государственного финансирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.18-23; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Позиционирование органов размещения средств финансирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.5-9; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Институты финансирования в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 2. – С.14-22; Тихомиров А.В. Диверсификация способов государственного финансирования здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.17-22; Тихомиров А.В. Трансформация публичных институтов в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. - № 5. - С.24-31;

ства, действующих одинаково по гражданско-правовым правилам вовне бюджетной сферы.

2. Проблематика организации медицинского сообщества⁹ в отраслевом обороте сводится к созданию правового режима профессиональной идентичности медицинских работников вне трудового положения и формирования на ее основе самоуправляемой общности.

2.1. В медицине исчез человек

доустройства по полученному образованию. Не профессия, не уровень профессионализма имеет значение в настоящее время, а наличие образовательного документа как основание для притязаний на рабочее место.

Единственным условием профессионального самоопределения и становления медицинского сообщества является придание обладателю медицинской профессии экономической самостоятельности

Единственным условием профессионального самоопределения и становления медицинского сообщества является придание обладателю медицинской профессии экономической самостоятельности положения, подобно нотариусам, адвокатам, арбитражным управляющим.

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.

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

2.2. 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.

2.3. Профессиональная принадлежность социальной опоры врачу не дает, служа лишь условием тру-

положения, подобно нотариусам, адвокатам, арбитражным управляющим. Врачу должно быть запрещено работать по трудовому найму, за исключением государственной и муниципальной службы.

Условием этого является ликвидация бюджетно-учрежденческой организации здравоохранения и индустриальная трансформация отрасли с созданием сети объектов здравоохранения для размещения врачебных практик.

2.4. Если в нынешних российских условиях последипломная подготовка (интернатура, ординатура) признается частью образовательного процесса, то в действительности эта своеобразная стажировка на рабочем месте, прохождение которой выпускником вуза демонстрирует наставникам его практическое созревание в профессии, 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.

2.5. Профессиональную пригодность, состоятельность в профессии, владение необходимыми для ее осуществления навыками и знаниями выпускнику медицинского вуза следует доказывать не госу-

дарству и отраслевому ведомству, а состоявшимся в профессии коллегам, по итогам соответствующего испытания согласными поручиться за профессиональную пригодность новicia. Положение в профессии в этом случае определяется уровнем профессионального мастерства, реальными навыками и умениями, а не наличием образовательных документов. Отсюда вытекает необходимость существования общественного института профессиональных испытаний.

2.6. Единожды состоявшись, профессионал не перестает оставаться профессионалом и через пять, и через больше лет при условии нахождения в профессии и осуществления практической деятельности по специальности. Необходимость повышения квалификации по специальности – это не каменная обязанность, как сейчас, а потребность самого профессионала и всего медицинского сообщества безотносительно отраслевого ведомства. Такая потребность должна удовлетворяться экономической мотивацией.

2.7. 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 предстатель 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.

2.8. В новой отечественной истории вопрос о создании органов медицинского профессионального самоуправления не стоял. Предпринимавшиеся попытки¹⁰ не консоли-

9 Мамонтов С.А., Тихомиров А.В. Проблемы российского медицинского сообщества // Главный врач: хозяйство и право. – 2011. – № 1. – С.36-45.

10 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; Мамонтов С.А., Тихомиров А.В. Проблемы российского медицинского сообщества // Главный врач: хозяйство и право. – 2011. – № 1. – С.36-45.

дировали 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 профессионального 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.

Нынешняя 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.

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.

2.9. Если саморегулирование – категория экономической деятельности и относится к хозяйствующим субъектам¹¹, то самоуправление –

¹¹ Лазарев С.В., Мирсаяфов Д.С., Тихомиров А.В. Перспектива саморегулирования в здраво-

категория цехового упорядочения в профессии и относится к ее обладателям. Соответственно, профессиональному самоуправлению должны быть свойственны иные атрибуты, чем хозяйственному саморегулированию (третейский суд, страховые фонды и пр.).

Для целей профессиональной консолидации обладатели медицинской профессии должны объединяться в общественные организации как органы медицинского сообщества.

Для целей экономической консолидации обладатели медицинской профессии могут объединяться в некоммерческие партнерства как саморегулируемые организации.

Таким образом, профессиональное медицинское самоуправление в России возникнуть может только при смене действующей модели организации здравоохранения и оформляющего ее законодательства.

Создание института медицинского сообщества объективно отвечает интересам общества и государства, но не интересам отраслевого ведомства.

Возможность образования медицинского сообщества определяется экономической самостоятельностью его членов, достигаемой запретом трудового найма в гражданском обороте.

Придание им некорпоративного

лишенное необходимости и, соответственно, мотивации позиционироваться в пространстве товарообмена¹².

Таким образом, для целей формирования эффективного медицинского сообщества, объединенного по профессиональному и по экономическому признакам одновременно, необходима хозяйственная индивидуализация его членов и их некоммерческая консолидация.

3. Проблематика организации разрешительной системы в обороте медицинских услуг охватывает вопросы предназначения разрешительной системы в отраслевом обороте в сфере охраны здоровья. В наиболее общем виде это – проблемы определения предмета и пределов разрешительной системы в обороте медицинских услуг, а также делегирования полномочий в разрешительной системе в сфере охраны здоровья.

В настоящее время государственный надзор в сфере охраны здоровья носит репрессивный характер, которому подчинена политика расширительной интерпретации Росздравнадзором недостаточных и пробельных оснований его деятельности. В рамках формальной дозволенности Росздравнадзор самодельно создает новую реальность своей компетенции на основе собственного усмо-

Создание института медицинского сообщества объективно отвечает интересам общества и государства, но не интересам отраслевого ведомства.

положения индивидуалов представляется наиболее подходящим (при одновременном корпоративном объединении в некоммерческие партнерства) для целей создания как института врачей общей практики (т.е. оказания первичной медико-санитарной помощи), так и института специалистов. Это позволяет на экономических началах организовать профессиональное медицинское сообщество, прежде охранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 1. – С.25-32.

трения¹³.

Институт государственного надзора в сфере охраны здоровья –

¹² Тихомиров А.В. Трансформация институтов медицинской деятельности //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 4. – С.26-34; Тихомиров А.В. Первичная медико-санитарная помощь в социально-ориентированной модернизации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 6. – С.22-28.

¹³ Тихомиров А.В. Правовые аспекты государственного надзора в здравоохранении. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. – № 4. – С.3-12; Лазарев С.В., Тихомиров А.В. Врожденная патология Росздравнадзора //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 6. – С.38-43.

это центр поддержания социальной безопасности¹⁴.

Этот публичный институт призван осуществлять надзор за соблюдением единых и общих для всех участников правил безопасности на рынке услуг в сфере охраны здоровья. Его задача – выявлять то, что нарушает технические регламенты в сфере охраны здоровья (в настоящее время необязательные и несуществующие, поскольку здравоохранение выведено за пределы действия законодательства о техническом регулировании). Государство является гарантом безопасности в сфере охраны здоровья.

Не является предметом государственного надзора в сфере охраны здоровья соблюдение единых и общих для всех участников правил поведения на рынке услуг в сфере охраны здоровья: это – задачи институтов саморегулирования в практической медико-социальной деятельности, которые вырабатывают соответствующие профстандарты.

Не является предметом государственного надзора в сфере охраны здоровья уровень обслуживания потребителей хозяйствующими субъектами: введение сервис-стандартов – дело самих субъектов медико-социальной деятельности.

Не является предметом государственного надзора в сфере охраны здоровья качество медико-социальной деятельности – за это потребитель голосует рублем, обращаясь или не обращаясь к субъекту медико-социальной деятельности.

Не является предметом государственного надзора в сфере охраны здоровья преследование за несоблюдение социальной безопасности соответствующей деятельности – это дело правоохранительных органов. Исключает карательную ориентированность института государственного надзора в сфере охраны здоровья обязательный принцип солидарной имущественной ответственности – вред, причиненный при осуществлении медико-социальной деятельности, признается в этом случае причиненным совместно субъектом этой деятель-

ности и государством как гарантом безопасности в сфере охраны здоровья. Тем самым органы государственного надзора позиционируются на стороне потенциальной ответственности за причинение вреда здоровью граждан и становятся заинтересованными в ненаступлении такой ответственности, а потому – в профилактике и предотвращении возникновения вреда из медико-социальной деятельности хозяйствующих субъектов. Органы государственного надзора заинтересованы оказывать помощь хозяйствующим субъектам в части совершенствования безопасности их деятельности. Тем самым государственный надзор не противопоставляется хозяйствующим субъектам, а становится объективно востребован в их деятельности.

Чтобы облегчить бремя такой потенциальной ответственности, необходимы соответствующие частные институты. Это, во-первых, институт обязательного страхования гражданской ответственности; во-вторых, институт исправления дефектов лечения и реабилитации пострадавших от медицинской помощи; в-третьих, институт мониторинга дефектов лечения.

Перспектива совершенствования государственного надзора в сфере охраны здоровья заключается в развитии направляемой разрешительной системой частной инициативы эффективного предотвращения возможности причинения вреда потребителю при оказании медицинских услуг, частноправовых механизмов минимизации последствий пороков публичной разрешительной системы (страхования публичной ответственности) и делегирования субъектам частного права таких публичных полномочий, как учет (регистрация), оценка компетенций (квалификации) персонала и унификация для них правил и требований в их деятельности в отношении потребителей¹⁵.

Таким образом, надзор в сфере охраны здоровья позиционирует государство как гаранта безопасности граждан при получении медицинских услуг.

В целом, организационные проблемы сферы охраны здоровья в общем виде заключаются в:

- индустриальной трансформации отрасли, переносе здравоохранения из бюджетной сферы, государства, в гражданский оборот, в общество;
- бесприватизационной партикуляризации учреждений здравоохранения с хозяйственной индивидуализацией членов медицинского сообщества и их некоммерческой консолидацией;
- создании гражданского института публичных платежей в пользу общества;
- переориентации государственного надзора на помощь субъектам медицинской деятельности в интересах безопасности пациентов.

Правовые пути разрешения организационных проблем сферы охраны здоровья состоят в:

- дифференциации тезауруса с раскрытием значимых определений в структуре их взаимосвязей;
- оформлении специального режима отраслевого оборота;
- отграничении бюджетной сферы от гражданского оборота в сфере охраны здоровья и оформлении переходов из публичной собственности в частную (денежных средств) и обратно (товаров) – дифференцировано в пользу самого государства и в пользу общества;
- обособлении общественного института профессиональной общественности (медицинского сообщества) от публичного института здравоохранения (отраслевого ведомства) и наделении его корпоративными полномочиями самоорганизации;
- установлении приоритетов безопасности пациентов и солидарной ответственности причинителя и государства за ее нарушение.

14 Тихомиров А.В. Трансформация публичных институтов в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 5. - С.24-31.

15 Лазарев С.В., Тихомиров А.В. Перспектива совершенствования государственного надзора в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 4. - С.25-29.

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 Health². Перевод с английского: 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.

3. Совершенствуя результативность здравоохранения

3.1 Приоритетной целью NHS³ является совершенствование результатов оказания медицинской помощи для всех: предоставление лечения, которое является безопасным, более эффективным и, как следствие, лучше отвечающим интересам пациентов. Правительство определит совершенствование качества и результатов оказания медицинской помощи в виде приоритетной цели всех финансируемых NHS видов лечения. Эта основная цель будет закреплена в законе о NHS, положениях, регулирующих работу NHS, типовых договорах на медицинские услуги, тем самым гарантируя внимание на сосредоточении интересов пациентов и врачебного сообщества.

3.2 Мы начнем с тех вопросов, которые на сегодняшний день решаются неэффективно в NHS, исходя из приоритета поставленных целей. Эти цели определяются общим сокращением смертности и заболеваемости, улучшением безопасности и результатов оказания медицинской помощи, в том числе и для наиболее уязвимых членов нашего общества. Мы уже пересмотрели приоритеты NHS на 2010-2011 годы, установив, какие главные цели необходимо рассматривать в этом году. Одни цели являют клинически обоснованными и их достижение представляет собой значительные преимущества для будущего. Другие, не представляющие клинического значения, были

РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЕЛИКОБРИТАНИИ¹

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

Ключевые слова: реформа здравоохранения, зарубежный опыт

исключены. В будущем выбор целей будет определяться приоритетными интересами пациентов и действиями по их реализации; не будет никакого оправдания для нарушения стандартов, которые предполагается постоянно совершенствовать.

3.3 Все поставленные цели помогут обеспечить приоритет безопасности пациента, как основу деятельности всей системы NHS и уверенности в том, что больше не будет никаких подходов к здравоохранению как к поточной линии, которая измеряет объем, но игнорирует качество. Не может быть компромисса между безопасностью и эффективностью. Наша информационная революция будет играть важную роль в повышении прозрачности таким образом, чтобы недостатки не остались необнаруженными. Это поможет способствовать формированию культуры активной ответственности, в рамках

которой персонал и пациенты уполномочены спрашивать, возражать и вмешиваться.

3.4 Мы заменим отношения между политиками и врачебным сообществом на отношения между врачебным сообществом и пациентами. Вместо глобальных целей, устанавливаемых государством для NHS везде, где это возможно, будут использоваться клинически достижимые и основанные на доказательной медицине данные, которые используют сами практикующие врачи. Правительство полагает, что результаты улучшатся достаточно быстро, если будет задействован творческий потенциал врачей, их участие в исследованиях и создание мотивации для совершенствования профессионализма. В будущем Государственный секретарь будет контролировать NHS с позиции улучшения здоровья населения. NHS,

¹ Продолжение. Начало в «Главный врач: хозяйство и право». - 2011. - № 1. - С.18-26

² <http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>

³ NHS - National Health Service (национальная служба здравоохранения Великобритании), примечание авторов перевода/

а не политические деятели будет нести ответственность за принятие решений по формированию ясной и последовательной национальной политики по данному вопросу.

NHS и совершенствование результатов оказания медицинской помощи

3.5 Планируется изменить текущий режим работы NHS и ее организационную структуру с целью получения результатов оказания

стимулы для их эффективного внедрения на местах

3.8 Нацеленность на результаты оказания медицинской помощи охватит три качественные характеристики:

- эффективность лечения и медицинского обслуживания будет измеряться как достигнутыми клиническими результатами, так и оценкой пациентами результатов лечения;
- безопасность лечения и внимание к нуждам пациентов;

лечения наиболее исчерпывающего набора показателей, отражающих стандарты качества, разработанные Британским национальным институтом здравоохранения и клинических исследований. Структура и составляющие ее показатели позволят осуществлять сравнения с международными показателями и тем самым мотивировать The NHS Commissioning Board к действиям по дальнейшему продвижению доступности здравоохранения и его ориентации на результаты, а не на процессы. Это будет гарантировать, что клинические показатели являются сферой управления и каждая структура NHS сосредоточена на целях, значимых для пациентов. Главная цель программы реформ состоит в изменении NHS таким образом, чтобы она обеспечила поступательное и прогрессивное развитие британского здравоохранения.

3.11 Существенным для пациентов является и то, что медицинские и социальные услуги будут лучше интегрированы на всех уровнях системы. Мы будем проводить консультации с заинтересованными лицами о возможных вариантах эффективного совместного взаимодействия медицинских и социальных служб.

Разработка и внедрение стандартов качества

3.12 Продвижение результатов оказания медицинской помощи будет основано на стандартах качества. Они будут разработаны Британским национальным институтом здравоохранения и клинических исследований для The NHS Commissioning Board Совета в целях внедрения в NHS, как неотъемлемой составляющей, ориентированной на интересы пациента, отражающей каждый этап оказания медицинской помощи. Британский национальный институт здравоохранения и клинических исследований намерен оперативно наращивать усилия, чтобы создать всестороннюю библиотеку стандартов для всех основных направлений медицины. Первые три: по инсульту, деменции и профилактике венозной тромбоэмболии были опубликованы в июне. Ожидается, что в течение следующих пяти лет институтом будут подготовлены

Задачи улучшения результатов оказания медицинской помощи являются новым направлением для NHS.

медицинской помощи, которые устанавливают направленность NHS на общественное здравоохранение и осуществление мер социальной защиты, которые предусматривают ясную и однозначную ответственность и позволяют улучшить совместную работу. Государственный секретарь через министерство здравоохранения определит местным органам власти национальные цели, направленные на улучшения здоровья населения. Местные власти будут самостоятельно решать, как лучше всего обеспечить их реализацию, включая выбор исполнителей медицинских услуг за счет государственного финансирования.

3.6 Задачи улучшения результатов оказания медицинской помощи являются новым направлением для NHS. Они будут включать набор национальных целей, определенных Государственным секретарем, за которые The NHS Commissioning Board⁴ будет также отвечать, как и за общее усовершенствование в NHS в целом.

3.7 В свою очередь, ориентация на результаты оказания медицинской помощи в NHS будет распространена на деятельность консорциумов GP⁵'s, создавая тем самым мощные

- новые знания и опыт, который получили пациенты при получении медицинской помощи.

Например, цели эффективности лечения могли бы включать сравнение с международными данными о предотвратимой смертности и заболеваемости в различных условиях. Выбранные критерии будут гарантировать оценку достигнутых результатов как для ключевых групп трудоспособного населения, так и для детей, пожилых людей и пациентов с психическими заболеваниями.

3.9 Министерство здравоохранения начнет консультации по разработке национальных целей. Мы готовы взаимодействовать с врачами, пациентами, социальными работниками и любыми другими группами, чтобы создать индикаторы, основанные на доказательной медицине. В этом году при утверждении расходов на здравоохранение правительство подготовит для NHS первый документ, в котором планируется установить показатели результатов оказания медицинской помощи. Мы полагаем, что он будет доступен частично для учреждения NHS с апреля 2011, а в полном объеме с апреля 2012.

3.10 The NHS Commissioning Board начнет работать с врачами, пациентами и общественностью на каждом уровне NHS для установ-

4 The NHS Commissioning Board – создаваемая административная структура с основополагающими полномочиями, призванная играть важную роль в реформировании здравоохранения Великобритании, примечание авторов перевода.

5 GP (general practice) – врач общей практики,

примечание авторов перевода.

еще 150 стандартов. Для оказания помощи Британскому национальному институту здравоохранения и клинических исследований в разработке основных стандартов качества, планируется привлечь Национальный институт исследования в области здравоохранения.

3.13 Каждый стандарт - это совокупность от пяти до десяти определенных кратких качественных показателей и действий по их достижению. Эти действия будут позиционированы, как маркеры высококачественного эффективного лечения. Во взаимодействии с NHS, они будут обоснованы, получены на основании достоверных данных, органами социальной защиты, медицинским персоналом и пациентами. Стандарты будут простыми для понимания пациентами, и их влияние начнет простирается за пределы NHS, давая информацию для оценки работы местных властей и министерства здравоохранения в целом. Они будут включать информацию для врачей и пациентов, основанную на текущих и перспективных исследованиях, отвечающих принципам доказательной медицины и ориентации на наилучшие результаты оказания медицинской помощи.

3.14 Признавая роль важности преемственности совместных мер здравоохранения и социальной защиты, стандарты охватят обе эти области. Мы расширим роль Британского национального института здравоохранения и клинических исследований в разработке стандартов качества для социального обслуживания. Закон о здравоохранении придаст Британскому национальному институту здравоохранения и клинических исследований более устойчивую законодательную основу, тем самым обеспечивая его независимость и основные функции, расширение сферы его компетенции на область социальной защиты.

Стандарт качества Британского национального института здравоохранения и клинических исследований по венозной тромбозии (ВТЭ)

Заявления о качестве:

- Все пациенты на первичном приеме получают оценку риска тромбоза

эмболических осложнений и кровотечений с помощью клинических критериев оценки риска, описанных в национальных руководствах

- Пациентам и их законным представителям предложат устную и письменную информацию о возможности предотвращения ВТЭ как части процесса оказания медицинской помощи при поступлении.

- пациентам с тромбозом будут предложены специальные средства, мониторинг состояния нижних конечностей будет осуществляться в соответствии с руководством Британского национального института здравоохранения и клинических исследований

- планируется производить в течение 24 часов повторную оценку здоровья пациентов, у которых имеет место риск наступления тромбоза осложнений и кровотечения.

- пациентам, находящимся под риском ВТЭ после оценки состояния будет предлагаться лечение в соответствии с руководством Британского национального института здравоохранения и клинических исследований

- пациентам и их законным представителям предложат устную и письменную информацию о возможности предотвращения ВТЭ при выписке

- пациентам рекомендуют расширенную (постгоспитальную) профи-

мание установленные показатели результатов оказания медицинской помощи. Стандарты качества Британского национального института здравоохранения и клинических исследований станут неотъемлемой составляющей действующих контрактов и финансовых стимулов. Вместе с основными нормативными документами они обеспечат последовательность соблюдения национальных целей, поставленных перед NHS

Исследование

3.16 Правительство намерено поощрять проведение исследований при главенствующей роли NHS, которые нужны для получения новых знаний, необходимых для улучшения результатов оказания медицинской помощи и устранения неравенства в ее получении. Исследование еще более важно, ввиду того, что финансовые ресурсы испытывают давление из-за кризиса, - это порождает требования получения новейших знаний для того, чтобы предотвратить, диагностировать болезнь и лечить пациентов. Важным является и то, что мы должны улучшить качество работы и производительность NHS как одного из базисов роста в экономике. Конкурентоспособность медицинской промышленности и медицинского образования очень важна по отношению к способно-

Уполномоченные лица получат доступ к библиотеке стандартов Британского национального института здравоохранения и клинических исследований.

лактику ВТЭ в соответствии с руководством Британского национального института здравоохранения и клинических исследований

- 3.15 Уполномоченные лица получат доступ к библиотеке стандартов Британского национального института здравоохранения и клинических исследований. Консорциумы GP и исполнители медицинских услуг определяют ежегодные местные приоритеты, принимая во вни-

сти NHS предоставлять результаты работы здравоохранения мирового класса. Мы намерены продолжить продвижение роли Медико-биологических исследовательских центров, Академических научных медицинских центров и их взаимодействия для достижения лидирующих мест в прикладных аспектах научных исследований для улучшения здравоохранения.

Стимулы для совершенствования качества

3.17 Отсутствие эффективной системы оплаты во многих частях NHS значимо ограничивает возможности улучшения результатов оказания медицинской помощи, ее эффективности и увеличения права выбора пациентами исполнителей медицинских услуг. В будущем система оплаты будет находиться под ответственностью и контролем The NHS Commissioning Board, а экономический регулятор будет ответственен за образование цен. Одно-

цинской помощи, включая варианты исследований индивидуального финансирования по каждому пациенту;

- ускорит разработку вариантов оплаты и тарифов для исполнителей медицинских услуг;
- ускорит разработку вариантов оплаты и тарифов для социального обслуживания;
- внедрит в 2011-2012 года меры дальнейшего стимулирования для снижения повторных госпитали-

Комиссии по качеству и инновациям (CQUIN) с целью влияния на реализацию политики качества на местах. Структура CQUIN будет важна для внедрения стандартов Британским национальным институтом здравоохранения и клинических исследований в целях улучшения медицинского обслуживания и оценки пациентами результатов лечения. В будущем, если исполнители медицинских услуг будут предоставлять медицинскую помощь низкого качества, комиссия также сможет налагать договорные штрафы. В то же время мы продолжим работу по неприменению штрафов для расширенного списка "событий ни в коем случае", например таких, как неправильные действия хирургов, начиная уже с октября 2010.

Планируется обновление и уточнение тарифов.

временно The NHS Commissioning Board начнет проектирование комплексной, прозрачной и жизнеспособной структуры оплаты медицинских услуг таким образом, чтобы деньги следовали за пациентом и отражали качество услуги. Платежи и цены, на которых они основаны, будут разработаны таким образом, чтобы идентифицировать оказанные услуги и отразить их параметры с точки зрения достижения целей в области политики качества.

3.18 Предыдущая администрация сделала определенные успехи в развитии системы оплаты медицинской помощи по достигнутым результатам при неотложных состояниях. Остальная система оплаты изменилась крайне незначительно с 2005 – 2006 годов и не ориентирована на создание стимулов к результативности оказания медицинской помощи. Планируется, что The NHS Commissioning Board:

- внедрит новую систему оплаты для взрослой психиатрии с 2012-2013 и будет готовить ее для внедрения при оказании медицинской помощи детям и подросткам;
- разработает систему оплаты при лечении речевых нарушений;
- внедрит в 2011-2012 годах новую систему оплаты для реаниматологии взрослых и неонатальной интенсивной терапии новорожденных;
- пересмотрит системы оплаты для оказания пожизненной меди-

аций и более слаженной работы между больницами и социальными службами, наблюдающими пациентов после выписки;

- свяжет индикаторы национальных клинических руководств и систем оплаты.

3.19 Планируется обновление и уточнение тарифов. Мы намерены ускорить появление тарифов за результаты оказания медицинской помощи, увеличивая их ежегодно для тех исполнителей медицинских услуг, которые предоставляют их с наилучшим качеством вместо того, чтобы оплачивать, как сейчас, по средней цене. В 2011-2012 годах планируется внедрить данные тарифы для хирургической радиологии, торакальной хирургии, лечения грыж и некоторых других видов хирургии. Предполагается использование последней версии Международной классификации болезней для кодирования заболеваний и проведение исследований по ее применению с учетом особенностей NHS

3.20 Если исполнители медицинских услуг обеспечат качественную медицинскую помощь в соответствии с обозначенными приоритетами, то специальный уполномоченный будет в состоянии выплачивать премиальные за качественный прирост. The NHS Commissioning Board расширит финансовые полномочии

3.21 Принцип финансового стимулирования достижения качественных характеристик также будет применяться в первичной медико-санитарной помощи. The NHS Commissioning Board будет стремиться к установлению единой финансовой модели для продвижения достижения наилучшего качества для всех видов медицинской помощи, поддерживающей свободный выбор пациентов и удаляющей ненужные барьеры к новым условиям работы. Наш основополагающий принцип - финансирование должно следовать за зарегистрированным пациентом, имеющим свою собственную финансовую модель, настроенную на надлежащее качество. Мы намерены содействовать улучшению доступа к первичной медико-санитарной помощи в труднодоступных районах.

3.22 Используя данные полученных исследований мы введем новые договорные условия по оказанию стоматологической помощи, сфокусированные на улучшение качества, достижение хорошего стоматологического здоровья и увеличения доступности лечения зубов в NHS с дополнительным акцентом к гигиене полости рта у школьников. Договорные отношения с аптеками будут мотивировать предоставлять высококачественных и эффективных услуг, включая информацию об эффективном использовании лекарств посредством информирования пациентов и мотивации их к

самоконтролю за приемом лекарств. Фармацевтам, работающим с врачами и другим медицинским персоналом отводится важная и роль в оптимизации использования лекарств с целью достижения оптимальных результатов лечения. Аптеки получают дополнительную выгоду от прозрачности ценообразования NHS и систем оплаты за услуги

3.23 Правительство также преобразует систему оплаты фармацевтическим компаниям за лекарственные средства, поставляемые для NHS, переходя на систему ценностно-ориентированного ценообразования. Это станет возможным после выполнения ранее заключенных контрактов. Подобные действия дадут гарантию лучшего доступа пациентов к эффективным лекарствам и инновационным разработкам в NHS, обеспечат лучшее соотношение цены и качества для NHS, оплачивающей лекарства. В качестве временной меры The NHS Commissioning Board создает новый Cancer Drug Fund, который начнет работу с апреля 2011. Этот фонд поможет пациентам получить лекарства против рака по рекомендациям лечащих врачей.

4. Самостоятельность, ответственность и демократическая законность

4.1. Реформы Правительства освободят врачей и исполнителей медицинских услуг от сквозного контроля. Это единственный способ обеспечить качество, инновации и производительность, необходимые для улучшения результатов. Мы возложим ответственность и контрольные функции за исполнение бюджетов на сообщества врачей (консорциумы) GP; исполнители медицинских услуг будут освобождены от государственного контроля в отношении обоснованности требований пациентов по выбору метода лечения. Предоставление большей самостоятельности будет сопровождаться большей ответственностью перед пациентами и демократической законностью, с прозрачным режимом экономического регулирования и оценок качественных характеристик, что будет мотивировать исполнителей медицинских услуг контролировать и надлежаще

обосновывать свои данные, которые они предоставляют, в т.ч. и на оплату.

Консорциумы врачей GP

4.2. В целях перехода принятия решений максимально близко к отдельным пациентам The NHS Commissioning Board передаст полномочия и ответственность за оказание первичной медико-социальной помощи на врачей GP. Эти изменения основываются на той основной роли, которую играют GP в координации медицинском обслуживании прикрепленных больных

4.3. GP, как специалисты первичного звена, контролируют все медицинские услуги, которые пациенты получают, помогая им ориентироваться в системе и гарантируя, что они получают оптимальную медицинскую помощь (конечно, они не берут всю заботу исключительно на себя). Территориально они размещены таким образом, чтобы скоординировать уход за своими пациентами, вовлекая в процессы другой медицинский персонал, который является также частью любого вида медицинской помощи.

По этой причине они обладают наилучшими возможностями для координации предоставления медицинской помощи для пациентов, в т.ч. с участием других узких врачей – специалистов, которые также являются неотъемлемой частью

Соответственно, это укрепит ту важную роль, которую играют GP в совершенствовании NHS через их ежедневные клинические решения не только с точки зрения направлений и назначений, но также то, насколько хорошо они управляют долгосрочными целями изменений в здоровье и доступностью услуг по их осуществлению. Все это увеличит эффективность и производительность GP для доведения до пациентов тех действия, выполнение которых дает заметные преимущества как для здоровья пациентов так и для здравоохранения в целом.

4.5. Система GP имеет свою историю. Попытка передачи полномочий GP имело место при предыдущем Правительстве, которая базировалась на так называемых консервативных подходах, ограничивающих пределы финансирования GP. Имели некоторое место попытки выйти за ограничения финансирования, что вызывало неприятие отдельных политиков, путающих обязанности GP и PC⁶s, и не желающих предоставить реальную свободу и ответственность GP. Наша модель это модель предоставления реальных полномочий GP. Мы будем извлекать уроки из прошлого и формировать ясную политику в этой сфере NHS.

4.6. Правительство скоро опубликует документ, излагающий наши предложения более подробно, и

Правительство скоро опубликует документ, излагающий наши предложения более подробно, и обеспечивающий основание для более полного взаимодействия GP с пациентами и общественностью.

системы здравоохранения.

4.4. Контроль со стороны консорциумов GP будет означать, что модернизация взаимоотношений между пациентами и исполнителями медицинских услуг будет основана на достоверных клинических показателях, эффективном диалоге и партнерстве пациентов и медицинских работников. Это принесет дополнительную ответственность за клинические решения и за финансовые последствия этих решений.

обеспечивающий основание для более полного взаимодействия GP с пациентами и общественностью. Затем мы представим измененное законодательство в новой редакции закона о здравоохранении.

Роль консорциумов GP

- Мы рассматриваем вопрос осуществления работы GP на законодательном уровне с полномочиями

⁶ Primary care trusts – один из видов медицинского обслуживания в NHS на местном уровне, а также орган, финансирующий GP, примечание авторов перевода.

и обязанностями, изложенными в законах и подзаконных нормативных актах.

- Консорциумы GP во взаимодействии с другими врачами-специалистами, медицинскими организациями и местными властями будут организовывать и предоставлять большинство услуг NHS для своих пациентов. Они не будут непосредственно отвечать за предоставление услуг, которые оказывают сами GP, но они станут все более и

в пределах новых законодательных норм, чтобы сформировать консорциумы GP способами, которые они считают наилучшими в целях обеспечения наилучшего медицинского обслуживания своих пациентов. Мы полагаем, что The NHS Commissioning Board обязан создать всестороннюю систему консорциумов GP и мы должны иметь резерв GP, чтобы в случае необходимости пополнять консорциумы новыми членами.

намерен гарантировать, что их решения будут справедливыми, прозрачными и стимулирующими развитие конкуренции.

- Консорциумы GP получат полную свободу решать, какие действия они намерены предпринимать для себя и своих членов, исходя из демографических данных, необходимости ведения переговоров, контроля за производительностью, управлением финансовой деятельностью. Они смогут приобретать услуги у сторонних организаций, включая местные власти, частные структуры, общественные организации.

- Мы планируем, что консорциумы GP получат максимальное разрешение на расходы, связанные с новой ролью GP и резервом на премирование при достижении высококачественных результатов и финансовых показателей.

- На консорциумы GP возложат обязанности содействовать равноправию и работе в партнерстве с местными властями по вопросам медицинского и социального обслуживания пожилых пациентов, детей, профилактике заболеваний, формирования здорового образа жизни.

- Консорциумы GP будут обязаны взаимодействовать с медицинскими организациями, общественностью и пациентами на своей территории обслуживания. Через свои местные структуры Health Watch станет собирать данные из местных сообществ о подобной деятельности, их потребности и стремлениях.

4.7. Ряд PCT достигли значимых показателей в своей деятельности, которые мы намерены использовать во время переходного периода. Посредством этих возможностей мы стремимся гарантировать, что оказание первичной медико-социальной помощи в PCT не отразится на нуждах пациентов во время переходного периода в тех местах, где будут формироваться консорциумы GP.

4.8. На PCT в следующие два года также возлагается важная задача в поддержке GP, чтобы подготовить их к работе в новых условиях. Мы хотим, чтобы движение осуществлялось снизу вверх и консорциумы GP принимали свои новые обязанности настолько быстро, насколько возможно и тем самым продвигали лучших GP.

Консорциумы GP должны иметь достаточное географическое покрытие, чтобы быть в состоянии взять ответственность за заключение и мониторинг выполнения контрактов на всей территории обслуживания.

более влиятельными в том, чтобы повышать качество работы GP. Они не будут осуществлять контроль за иными видами медицинской и фармацевтической деятельности, такими как стоматологическое обслуживание, лекарственное обеспечение, офтальмологическая помощь, хотя и будут иметь на это влияние и сопричастность. Они будут прежде всего ответственны перед The NHS Commissioning Board а также перед его национальным и региональными представительствами,

- The NHS Commissioning Board определит бюджеты каждого GP и передаст их под их непосредственное управление консорциумов. Консорциумы будут заключать контракты с исполнителями медицинских услуг и брать на себя роль представителей GP во взаимоотношениях с ведущими больницами.

- В консорциумах GP планируется иметь руководителя и The NHS Commissioning Board будет ответственен за управление бюджетами консорциумов предоставляемыми из NHS и за те полномочия, которые на него возложены. В свою очередь, каждый консорциум получит право контролировать работу GP по реализации поставленных целей.

- Основной принцип новых мер заключается в том, что каждый GP станет членом консорциума со списком прикрепленных пациентов. У GP появится гибкий механизм,

- Консорциумы GP должны иметь достаточное географическое покрытие, чтобы быть в состоянии взять ответственность за заключение и мониторинг выполнения контрактов на всей территории обслуживания (в т.ч. таких, как скорая медицинская помощь), а также нести ответственность и за оказание медицинской помощи пациентам, которые не числятся в зарегистрированных списках GP. Консорциумы также должны иметь достаточное количество членов, чтобы управлять финансовыми рисками и обладать местными структурами.

- Консорциумы GP станут ответственны за управление объединенными бюджетами своих членов GP и использование этих ресурсов, направленных на улучшение результатов медицинского обслуживания. Правительство обсудит с BMA ⁷, какие виды первичной медицинской помощи могут быть вменены в обязанности GP согласно заключаемым договорам, а также меры, обеспечивающие результативное и эффективное использования ресурсов NHS

- Консорциумы GP должны иметь достаточные права, чтобы использовать ресурсы способами, достигающими лучших, эффективных и выгодных результатов для пациентов. The NHS Commissioning Board

⁷ British Medical Association – Британская медицинская ассоциация, примечание авторов перевода.

4.9. Окончательная форма этих предложений будет зависеть от наших консультаций и разработки четких механизмов для управления финансовыми рисками. Наш ориентировочный график работы следующий:

- переходный период подготовки передачи полномочий от PCT к консорциумам GP в 2011 -2012 годах
- принятие закона о здравоохранении для передачи ответственности консорциумам в 2012 -2013 г.;
- работа The NHS Commissioning Board по определению бюджета на 2013 – 2014 годы с готовностью к концу 2012;
- полная финансовая ответственность консорциумов GP с апреля 2013.

Автономия The NHS Commissioning Board

4.10. Для ввода в действие системы консорциумов GP мы должны прежде всего создать The NHS Commissioning Board, как орган ответственный за их становление и развитие. Этот орган будет некоммерческой, экспертной организацией, свободной от ежедневного политического вмешательства, с моделью, которая соответствует лучшим международным практикам. The NHS Commissioning Board призван обеспечить достижение качественных показателей через изучение передового опыта медицинского обслуживания и претворение его в медицинские организации, например, увеличивая амбулаторную хирургию, сокращая сроки ожидания оперативных вмешательств, а также предоставляя общественности объективные данные о состоянии здравоохранения. Он будет играть важную роль в продвижении принципов доступности и равенства в получении медицинской помощи гражданами. В то же время его не планируется сделать главным руководящим органом NHS.

4.11. The NHS Commissioning Board (Совет) станет способствовать вовлечению пациентов в процесс лечения, будет содействовать реализации права выбора, защищать интересы пациента, а не исполнителей медицинских услуг. Он планирует привлекать пациентов для осуществления своей деятельности,

в т.ч. и в развитии руководящих принципов. Чтобы избежать дублирования функций и ответственности, он примет на себя текущие функции CQC⁸ по оценке услуг NHS и станет направлять работу консорциумов GP в т.ч. и по ориентации на качество. Ему также планируется вменить некоторые другие вопросы на национальном и региональном уровне. Совет станет размещать и учитывать средства, выделяемые NHS. Он призван играть важную роль по обеспечению работы Государственного секретаря и в целом общественного здравоохранения Англии, чтобы гарантировать эластичность NHS и ее нахождение в состоянии способном быстро отреагировать на любые возникшие чрезвычайные ситуации, представляющие угрозу государству и обществу. Совет станет способствовать развитию научных исследований и принципов доказательной медицины.

Роль The NHS Commissioning Board

Пять главных функций Совета:

1. Обеспечение национальной стратегии по продвижению качественных улучшений:

- установление руководящих принципов медицинского обслуживания на основе клинически обоснованных стандартов качества, разработанных с помощью Британского национального института здравоохранения и

показателей;

- ведение некоторых регистров пациентов, например при редких формах рака, трансплантации органов, а также соответствующих специалистов;
- устанавливание стандартов качественных характеристик NHS и поставляемых NHS услуг;
- предоставление информации уполномоченным лицам;
- устранение неравенства по доступу к медицинскому обслуживанию

2. Продвижение и расширение участия как общественности так и пациентов в:

- активном участии как пациентов, так и обслуживающего персонала в процессе принятия решения о выборе метода лечения, активное участие пациента в соблюдении медицинских рекомендаций, во взаимодействии со специальными уполномоченными лицами и местными властями;

• содействию индивидуального подхода в оказании медицинской помощи и обеспечение права выбора метода лечения, включая индивидуальный подход к расходам на медицинскую помощь:

- разработке требований к информационным системам и отчетности с учетом пожеланий пациентов;

3. Организация работы консорциумов GP:

- создание, развитие и поддержка

Для ввода в действие системы консорциумов GP мы должны прежде всего создать The NHS Commissioning Board, как орган ответственный за их становление и развитие.

клинических исследований, продвигающих объединенные усилия в вопросах здоровья, здравоохранения и социального обслуживания;

- подготовка типовых контрактов с исполнителями медицинских услуг для использования их на местном уровне;

- разработка структуры тарифов и методов финансового стимулирования за достижение качественных

эффективной и всесторонней системы консорциумов GP;

- поддержка в становлении у консорциумов GP статистической и финансовой отчетности

4. В соответствии с указанием Государственного секретаря, организация некоторых услуг, которые не могут быть оказаны консорциумами GP, включая:

- стоматологию, льготное лекарственное обеспечение, первичные

⁸ CQC - Care Quality Commission - комиссия по оценке качества медицинской помощи, примечание авторов перевода.

офтальмологические услуги;

- некоторые специализированные высокотехнологичные медицинские услуги;

- сопровождение беременности.

5. Размещение и учет ресурсов NHS:

- распределение бюджетов NHS среди консорциумов GP на основе равноправного доступа к услугам NHS независимо от факта болезни или инвалидности;

- полное управление переданными средствами NHS за которые он будет подотчетен перед Министерством здравоохранения;

- всяческое улучшение эффективность ресурсов, как производственных, так и финансовых

У Совета не будет возможностей отказываться от дополнительных полномочий, которые могут быть ему переданы со стороны NHS.

Формирование Совета и его работа в переходном периоде

4.12. Совет будет учрежден первоначально как консультативный орган здравоохранения с апреля 2011 года. В 2011-2012 годах он станет вырабатывать пути реализации своей будущей модели деятельности, организационную структуру и проходить укомплектование персоналом. Затем он будет преобразован предстоящим законом о здравоохранении в утвержденный орган с собственными полномочиями, правами и обязанностями и станет полностью легитимным с апреля 2012 года.

4.13 Изменения в способах управления здравоохранения, реализуемых в настоящее время через SHA⁹, помогут проложить дорогу для The NHS Commissioning Board. Начиная с этого года, у SHA произойдет разделение полномочий по организации предоставления услуг и их контролю. Они поддержат Совет в течение переходного периода и будут играть основополагающую роль в период передачи ему функции по контролю за финансами и управлением поставленными задачами. Совет станет сам решать, нуждается ли он в наличии своих представителей в различных частях стра-

ны. SHA полностью ликвидируются в 2012 – 2013 годах. Начиная с 2012 года, Совет станет выполнять те государственные функции, которые будут отнесены законом к его полномочиям и которые в настоящее время выполняются Министерством здравоохранения. Все эти действия будут находиться под постоянным и прозрачным контролем за затратами на управление и консультационные услуги.

Новые отношения между NHS и правительством

4.14 В настоящее время, Государственный секретарь обладает необычно широкими полномочиями по отношению к NHS. У законодателей есть четкие намерения через закон о здравоохранении ограничить способность Государственного секретаря вмешиваться в работу NHS по непринципиальным вопросам. Предстоящий закон формализует отношения между правительством и NHS, улучшит ясность и прозрачность взаимоотношений, обеспечит необходимый уровень политической ответственности за те большие денежные потоки, которые идут от налогоплательщиков на здравоохранение.

Роль Государственного секретаря в NHS

Ключевые функции Государственного секретаря, связанные с NHS, будут включать:

- **Уточнение полномочий и функции The NHS Commissioning Board.** Эти действия будут осуществляться посредством консультаций в Парламенте и согласования спорных моментов предстоящих направлений работы, а также индикаторов результативности

- **Контроль за Советом.** В дополнение к предоставлению согласованных индикаторов результативности работы, Государственный секретарь станет отслеживать работу Совета по реализации прав пациентов и их вовлечения в процессы лечения, а также осуществлять финансовый контроль и связанные с ним финансовые инструкции будут установлены Государственным секретарем в соответствии с рекомендациями Парламента по контролю за расхо-

дами бюджетных средств и требованиями Казначейства.

- **Арбитраж.** У Государственного секретаря будет установленная законом роль арбитра последней инстанции в спорах, возникающих между специальными уполномоченными NHS и местными властями, например, относительно необходимости внесения изменений в медицинское обслуживание

- **Законодательные и политические функции.** Ответственность перед Государственным департаментом останется за Государственным секретарем Она включает в себя определение перечня услуг, которые оказывает NHS, а также развитие и публикация национальных стратегий в сфере услуг, которые позволят NHS и сфере социального обслуживания стать более скоординированными.

- **Ежегодная отчетность Парламенту** для полной оценки NHS и систем социального обслуживания.

4.15. В будущем Государственный секретарь будет обязан сформировать наказ Совету. Для этого планируется проведение общественных консультаций и парламентских слушаний, включая слушания Специального комитета Парламента по здравоохранению. Наказ, вероятно, будет на трехлетний период, обновляемый ежегодно. В наказе изложат все то, что Правительство ожидает от Совета от имени налогоплательщиков в течение его периода действия. В том числе есть намерения учитывать достижение результатов, указанных в наказе с учетом функции Совета. Если Правительство захочет, в виде исключения, возложить дополнительные требования и ответственность на Совет, то в каждом таком случае оно должно будет предоставить причины этого в Парламент. Государственный секретарь также потеряет существующие полномочия вмешаться относительно любого вопроса работы Совета, за исключением случаев, определенных законом. Чтобы гарантировать прозрачность отношений, все встречи Совета и Государственного секретаря будут оформляться документом публичного характера.

9 SHA - strategic health authorities Органы управления NHS. Каждый из SHA несет ответственность за реализацию политики в установленной сфере ответственности NHS, примечание авторов перевода.

Экономический анализ права, возникший в 70-х годах XX века, является сейчас одним из самых влиятельных направлений в экономической науке США и других стран Запада. Основоположниками экономики права были Г.Беккер, Г.Калабрези, Р.Коуз и Р. Познер. В России это направление получило развитие в работах В.Л.Тамбовцева¹ и М.И.Одинцовой².

Экономика права, основанная на логике прагматической целесообразности, изучает два ряда проблем:

- как реагируют экономические агенты на различные правовые установления;
- как меняются сами правовые нормы под воздействием экономических факторов.

Сама правовая система, вопросы ее функционирования имеют четкие объяснения в рамках экономической теории.

Теоретики экономики права настаивают на том, что правовые нормы должны устанавливаться исходя из соображений эффективности. Из такого подхода вытекают следующие общие требования к правовой системе³:

1) закон должен способствовать снижению транзакционных издержек, в частности, устраняя искусственные барьеры на пути добровольного обмена и обеспечивая исполнение заключенных контрактов.

2) он должен также четко определять и надежно защищать права собственности, препятствуя перерождению добровольных представлений в вынужденные. В условиях низких транзакционных издержек, как это следует из теоремы Коуза, устранение неопределенности в наделении правами собственности будет вести к расширению поля добровольного обмена.

3) при высоких транзакционных издержках законодательство долж-

¹ Тамбовцев В.Л. Право и экономическая теория. М.: Инфра-М, 2005. – 224 с.

² Одинцова М.И. Экономика права – М., ГУ-ВШЭ, 2007. – 281 с.

³ История экономических учений (современный этап): Учебник/Под общ. ред. А.Г. Худокормова. - М.: ИНФРА-М, 2002. – 733 с. – С.217.

ЭКОНОМИКА ПРАВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ПРОБЛЕМЫ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

Приведены проблемы законодательства в сфере охраны здоровья, обуславливающие высокие транзакционные издержки

Ключевые слова: экономика права, здравоохранение, законодательство

но избирать и устанавливать наиболее эффективное из всех доступных распределение прав собственности. Это - распределение, к которому экономические агенты приходили бы сами, не препятствуя им в этом высокие издержки транзакций.

Однако есть страны англо-американской системы права, основанной на прецеденте; есть страны континентальной системы права, основанной на верховенстве закона; но есть и страны постоталитарного развития, к числу которых относится и Россия. И если в странах англо-американской системы права, действительно, путем естественного отбора остаются лишь прагматически целесообразные прецеденты, то в странах континентальной системы права (к которым

формально относится и Россия) велика инерция обычной практики действия правовых норм, пересмотр которых не столь оперативен. В России, в которой период перехода к правовому государству явно затянулся, провозглашена диктатура закона, но не вполне работает право. Есть очевидный разрыв между законодательной моделью и правовым состоянием действительности. В том числе (а, скорее, прежде всего), в социальной сфере, включая здравоохранение.

Законодательные проблемы экономики права в сфере охраны здоровья в России пока не исследовались. Стагнирующее на протяжении двух десятилетий отечественное здравоохранение подверглось за это время целому ряду влияний

и нововведений: это и смена экономической формации, и появление частной медицины, и введение обязательного медицинского страхования, и появление надзора и лицензирования. Однако, несмотря на возрастающее государственное финансирование, состояние здравоохранения не только не улучшается, но прогрессивно ухудшается. Очевидно, что отрасль находится в системном кризисе, и ни увеличение финансирования, ни компи-

прежде изобилие. Однако параллельно расширилась бюджетная сфера, прежде всего за счет роста бюрократии.

Страна по различиям источников официальных доходов поделится на две части: бюджетников и остальных.

В свою очередь в бюджетной сфере по различиям размеров официальных доходов неявно прошла демаркационная линия между работниками социальной сферы и

и оплачиваемыми государством благами.

В подведомственной отрасли на фоне безальтернативного нетоварного распределения сформировался нелегальный товарообмен, возникла теневая экономика.

Наряду с этим как неизбежная реакция на появление рынка в стране возникла категория «платных» услуг. Отношение к ней оказалось неоднозначным в каждом из учреждений здравоохранения. Соответствующая ведомственным требованиям обязательная департаментализация при их оказании в учреждениях здравоохранения утяжелила накладные расходы, а принятая модель административного распределения приводила к тому, что администрация присваивала больше, за счет чего причастные к «платным» услугам медицинские работники получали меньше от их оплаты: для первых эти услуги оказывались не слишком доходными, для вторых – невыгодными. Возникли различные модели злоупотреблений – прямых (искажения учета) и косвенных (оплата на стороне).

Причиной этого явилось сохранение социалистической модели организации социальной сферы как непроизводительной и существующей в парадигме предписанного освоения (непроизводительного потребления) бюджетных средств.

В существующем виде административно-распределительная бюджетная система в здравоохранении характеризуется высокими транзакционными издержками, которые:

- во-первых, минимизируют официальные доходы учреждений здравоохранения от «платных» медицинских услуг, обращаемые обратно в бюджет и возвращаемые по смете в условиях нормированного расходования, в связи с чем оказание «платных» услуг стало полем финансовых злоупотреблений;

- во-вторых, минимизируют официальные доходы медицинских работников, которые поэтому стали предпочитать строить неофициальные экономические отношения с гражданами, минуя участие работодателя (учреждения здравоохранения), в связи с чем оказание

Очевидно, что отрасль находится в системном кризисе, и ни увеличение финансирования, ни компиляция зарубежного опыта из углубляющегося кризиса ее не выведет.

ляция зарубежного опыта из углубляющегося кризиса ее не выведет. Очевидно также, что причина такого кризиса кроется в пороках организации здравоохранения. Очевидно и то, что в мире ограниченных ресурсов, в том числе в здравоохранении, порочным является их расточение, неэффективное, с высокими издержками использование.

То, как реагируют экономические агенты на существующие правовые установления в сфере охраны здоровья, остается не изученным, и именно этому посвящена настоящая работа⁴. Теория экономического анализа права позволяет выявить причинно-следственные взаимосвязи нововведений в отрасли и их влияний на ее фактическое состояние через изучение транзакционных издержек. Под таковыми традиционно понимаются издержки сверх основных затрат; косвенные, сопряженные расходы.

Смена экономической формации. Страна радикально изменила вектор движения. Государство вернуло общество обратно к капиталистическому пути развития. Появился рынок. Приватизация преобразовала экономику реального сектора производства. Пришло невиданное

чиновничеством. Труд должностных лиц стал оцениваться на один-два порядка выше, чем труд высококвалифицированных кадров, заработная плата которых оказалась сравнима с границей нищеты.

В порядке реакции на несправедливость такого административного распределения работники социальной сферы ответили мздоимством. Притом что заработная плата медицинских работников в качестве бюджетников низка, а всевозможные подработки в здравоохранении ее практически не повышают, им не осталось ничего иного, кроме как получать от пациентов незаконное вознаграждение за медицинскую помощь или за выполнение административных функций (выписка листов временной нетрудоспособности, льготных рецептов и пр.).

Неутолимые аппетиты множась чиновничества породили рост коррупции. На последовательных этапах административного распределения чиновники, имея доступ к материальным средствам, сообщаясь с гражданским оборотом, стали массово создавать аффилированные структуры и получать «откаты» от приобретений по завышенным ценам, чем создали административные барьеры для остальных производителей, а также торговать квотами и другими необходимыми потребителям

⁴ тому, как должно измениться законодательство в сфере охраны здоровья под воздействием экономической действительности, будет посвящена отдельная работа

оплачиваемой государством медицинской помощи (медицинских услуг) стало полем финансовых злоупотреблений;

- в-третьих, сделали неосуществимыми, будучи обусловлены уровнем коррупции в среде бюрократии здравоохранения, составляющие компетенцию органов управления здравоохранением действия в интересах общества, потребителей и производителей, кроме как в порядке взятки.

Тем самым формально здравоохранение сохранило форму социалистической модели организации отрасли, в то время как фактически приобрело квази-рыночное содержание. В тех сегментах, которые для этого не предназначены (механизм власти), возник теневой оборот, а в тех сегментах, которые для этого предназначены (практическое здравоохранение), легальный оборот оказался парализован административными барьерами, в результате чего его заменил теневой оборот (медицинский персонал). Теневой оборот и административные барьеры ложатся бременем дополнительных издержек на общество.

Частная медицина. С возрождением частной инициативы в стране она распространилась и на социальную сферу, включая здравоохранение. Однако ни ведомственная организация отрасли, ни действующее законодательство оказались к этому не готовы.

В результате частная медицина стала складываться по образу и подобию предпринимательства в реальном секторе экономики и отлично от устройства подведомственного здравоохранения. Тем самым в едином пространстве отрасли сформировались две автономии, действующие по разным правилам, но осуществляющие деятельность одного и того же характера.

В одной (в подведомственном здравоохранении) все поступления производятся за счет казны, их остается только осваивать по предписанным статьям расходов.

В другой (частной медицине), чтобы произвести необходимые расходы, нужно предваритель-

но получить обеспечивающие их доходы. Нет никаких иных поступлений, кроме как обусловленных собственной маркетинговой активностью. В той мере, в какой частная медицина – часть реального сектора экономики в социальной сфере, она ориентирована на прибыль.

Прозрачность для организации здравоохранения и оформляющего ее законодательства приводит к тому, что в частной медицине навязываются услуги сверх потребностей здоровья, а нередко и серией скрытых дефектов предшествующие услуги обуславливают необходимость в последующих. Отсюда получение необходимых услуг искусственно ассоциировано с получением излишних, представляющих собой дополнительные издержки для их получателей.

Кроме того, частной медицине свойственны пороки предпринимательства в реальном секторе экономики, в том числе и укрывательство доходов: двойная бухгалтерия для целей налогообложения отражает минимальную доходность, а неучтенные доходы распределяются теневым образом. Тем самым в целом транзакционные издержки в действительности оказываются выше учитываемых в обороте официально.

То, что в подведомственном здравоохранении все поступления производятся за счет казны, а в

института медицинского страхования.

Медицинское страхование за рубежом представляет собой страховое покрытие рисков наступления страхового случая, которым является заболевание, травма, отравление. В отечественном варианте обязательным медицинским страхованием стала прямая оплата медицинских услуг через внебюджетные фонды с особыми налоговыми послаблениями по сравнению с таковой, производимой в сфере медицинского страхования. Обязательное медицинское страхование в российских реалиях оказалось лишено страхового содержания, не производя собственно страхового продукта.

Государственная казна была разделена на бюджет и внебюджетные фонды, предназначенные для выполнения разнородных функций государства в социальной сфере, включая оплату медицинских услуг (фонды обязательного медицинского страхования). Поскольку фонды были сформированы как субъектно-объектные структуры, т.е. и в качестве юридического лица, и в качестве денежного капитала, постольку средства, необходимые для содержания таких фондов, обусловили увеличение издержек на пути к их получателям.

За пределы бюджетной сферы, сферы действия бюджетного зако-

Неспособность бюджета удовлетворять запросы социальной сферы в новых условиях привела к заимствованию зарубежного института медицинского страхования.

частной медицине – обеспечиваются исключительно доходами, в части разницы представляют собой дополнительные издержки для последней, бремя которых, закладываясь в цену услуг, также перекладывается на заказчика.

Обязательное медицинское страхование. Неспособность бюджета удовлетворять запросы социальной сферы в новых условиях привела к заимствованию зарубежного

нодательства внебюджетные фонды вынесены не были, оставшись в пределах механизма государства и не став платежной структурой в экономическом обороте.

Равным образом, изначально они не предназначались для участия частных медицинских организаций в программах ОМС, к которым были допущены только государственные и муниципальные учреждения здравоохранения.

Тем самым сохранился прежний

бюджетный механизм нормативно-го распределения от распорядителей к получателям средств казны. Отличие лишь в том, что прежде эти средства не выходили за пределы бюджетной сферы; в механизме же ОМС, помимо затрат на содержание фондов, между ними и учреждениями здравоохранения появился посредник – страховые медицинские организации. Иными словами, между казной (финансовыми средствами) и казной

ет на условиях товарообмена. В подведомственном здравоохранении товарообмена не происходит, поскольку производство и оплата медицинских услуг замыкается бюджетной сферой.

Очевидно, что лицензирование применимо к деятельности частных медицинских организаций. На деятельность учреждений здравоохранения лицензирование распространяться не может, поскольку она, имея результат в форме товара,

В той мере, в какой бюджетный процесс в социальной сфере представляет собой последовательность освоения выделенных средств, введение надзора и лицензирования, во-первых, повлекло дополнительные расходы из казны на содержание соответствующих государственных органов, при которых, во-вторых, возникло множество учреждений (информационно-аналитических центров) и аффилированных коммерческих структур, в которые в добровольно-принудительном порядке стали массово отправляться соискатели лицензий; в-третьих, такие симбиозы стали усиленно продвигать дополнительные разрешительные предложения (сертификация, аккредитация и пр.), на которые охотно откликнулись учреждения здравоохранения. Тем самым надзорные органы нашли легальный способ освоения с учреждениями здравоохранения дополнительных бюджетных средств, а также привлечения дополнительных средств частной медицины как условие пропуска соискателей через административные барьеры.

Кроме того, если государственный надзор за рубежом, ориентированный на интересы общества, призван упреждать причинение ущерба потребителям, то в отечественной действительности ориентированный на ответственность перед государством он имеет другие приоритеты, позволяя к тому же ведомственной бюрократии произвольно искажать и изменять систему требований к допуску в оборот. Так государственный надзор в здравоохранении оказался сведен к вопросам качества медицинской помощи в отождествлении с медицинскими услугами, притом что качество медицинской помощи не имеет законодательного определения и раскрытия правового содержания, а качество услуг – категория потребительских предпочтений, корреспондирующая цене этого товара. Вопросы безопасности медицинских услуг остались вне поля зрения государственного надзора в здравоохранении. Тем самым то, что представлено частному усмотрению, подпало под публичный контроль, а то,

Из-за рубежа заимствован также институт государственного надзора.

(имуществом учреждений здравоохранения) возник разрыв, заполненный частными коммерческими структурами, увеличивающими издержки.

В целом, механизм ОМС, за рубежом существующий для сокращения транзакционных издержек, в отечественном варианте оказался ориентированным на их значимое повышение.

Надзор и лицензирование.

Из-за рубежа заимствован также институт государственного надзора. Однако если там, где он издавна существует, надзор является своего рода порукой государства перед обществом за деятельность, осуществляемую допущенными в оборот товаропроизводителями для общественного блага, то в отечественном варианте надзор стал инструментом обязывания тех, кто эту деятельность осуществляет, перед государством, средством влияния ведомственной бюрократии на отрасль в целом – равно на практическое здравоохранение и частную медицину.

Лицензирование как часть государственного надзора – это способ упорядочения экономического оборота. Лицензируется экономическая деятельность – с результатом, имеющим форму товара. Частная медицина, сложившаяся в экономическом обороте, существу-

осуществляется и оплачивается вне экономического оборота. В условиях административного управления со стороны органов управления здравоохранением учреждениями здравоохранения лицензирование их деятельности попросту излишне, как и государственный надзор вообще, дублирующий ведомственное управление.

Между тем лицензирование было распространено на отрасль в целом. Это привело к созданию множественных административных барьеров и росту транзакционных издержек в отрасли.

Распространение лицензирования на учреждения здравоохранения привело к появлению дополнительных транзакций, оплачиваемых за счет средств казны. И хотя в рамках бюджетного процесса лицензионные платежи учреждений здравоохранения, поступающие в органы государственного надзора, не выходят за пределы единой принадлежности (казны), в совокупности они в виде издержек составляют немалую⁵ для казны сумму, обращаемую на непроизводительное потребление.

⁵ лицензионные платежи не ограничиваются лишь сборами, включая все сопутствующие расходы. На медицинскую деятельность выдается до 7 видов лицензий. Видов медицинских услуг, подлежащих лицензированию, несколько десятков. В стране ориентировочно 20 тысяч учреждений здравоохранения. Ориентировочная величина лицензионных платежей по каждому виду медицинских услуг – порядка 10 тыс. руб. и выше (разнится по регионам).

что требует публичного внимания в интересах общества, вниманием государства обойдено. Неправильный выбор вектора надзора влечет повышение транзакционных издержек как на выбранном, так и на не выбранном направлении.

Надзор за качеством медицинской помощи (медицинских услуг), во-первых, стимулирует – в силу формальной неопределенности характеристик объекта надзора – произвол и расширение коррупции в надзорных органах; во-вторых, возлагает на поставщиков услуг неосновательные обязанности, связанные с дополнительными затратами, которые переносятся на цену услуг; в-третьих, в силу унифицированных требований к тому, что нуждается в индивидуализации, лишает получателей услуг того, что они вправе ожидать, поскольку они вынуждены получать медицинскую помощь, соответствующую не потребностям здоровья, а требованиям надзора в здравоохранении, а это влечет необходимость последующих обращений за медицинской помощью с дополнительными затратами.

Отсутствие государственного надзора за безопасностью медицинских услуг дезориентирует медицинские организации в необходимости профилактики причинения вреда здоровью пациентов⁶, учащающиеся по всей стране

⁶ за рубежом потенциальная цена иска складывается в цену медицинских услуг

случаи которого рассматриваются лишь *post factum* в суде, создавая расширяющееся поле компенсационной экономики калечащей медицины, а, следовательно, стимулируя рост издержек.

Таким образом, внедрение заимствований в отечественную действительность нового времени не дало тех же результатов, как за рубежом. При существующей организации здравоохранения в условиях оформляющего ее законодательства в отрасли вместо уменьшения транзакционных издержек новации повлекли их значимое повышение в ущерб обществу и государству.

Наряду с легальными экономическими (частная медицина) и квазиэкономическими (подведомственные учреждения здравоохранения) агентами в отраслевом обороте стали действовать нелегальные экономические агенты: бюрократия и медицинские работники. Наряду с частной медициной, действующей по правилам реального сектора экономики, отраслевую экономику стали дополнять в теневом обороте коррупция должностных лиц и мздоимство персонала находящихся в экономическом аутизме подведомственных учреждений здравоохранения, действующих по административным правилам бюджетной организации социальной сферы.

На недостаточность, пробельность и некорректность правовых

установлений в здравоохранении не отреагировали лишь учреждения здравоохранения, персонал и администрация которых, как и вышестоящая бюрократия, каждый по-разному, использовали их для личного обогащения. Частная медицина в теневой оборот по преимуществу уводит неучтенные операции, отражая в легальном обороте лишь нулевую или малую прибыль.

Тем самым при значительных величинах фактического оборота в отрасли официальный учет отражает лишь малую и нерепрезентативную его часть. Кроме того, официальный отраслевой оборот исчисляется объемом медицинских услуг, в то время как фактический оборот складывается в сфере иных предоставлений. При существующей организации здравоохранения вложения из казны лишь воспроизводят фактический оборот и рост транзакционных издержек. Вместо достижения нововведениями расширения поля добровольного обмена достигнуто противоположное – перерождение добровольных предоставлений в вынужденные. Действующее законодательство никак не ориентировано на принцип максимальной экономической эффективности отрасли.

А знаете ли Вы, что...

... реклама товаров, на производство и (или) реализацию которых требуется получение лицензий, специальных разрешений, в случае отсутствия таких разрешений – не допускается.

А знаете ли Вы, что...

... незаконные разглашение или использование сведений, составляющих коммерческую тайну, без согласия их владельца лицом, которому она была доверена или стала известна по службе или работе, - наказываются штрафом в размере до ста двадцати тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до трех лет.

В.В.Назарова, доцент кафедры «Финансовые рынки и финансовый менеджмент» НИУ Высшая школа экономики (Санкт-Петербургский филиал, к.э.н.

О.В.Леонтьев, профессор кафедры педагогики, философии и права ГОУДПО Медицинская академия последипломного образования (МАПО) СПб, д.м.н.

И.Ж.Искаков, Ректор НОУ ВПО Межрегиональный институт экономики и права СПб, к.ю.н.

В Санкт-Петербурге добровольное медицинское страхование справедливо относится к одному из наиболее динамично развивающихся видов страховой деятельности. Расширение рынка ДМС происходит со своими сложностями и особенностями. По оценке рейтингового агентства «Эксперт РА», рынок ДМС в Санкт-Петербурге ежегодно расширялся на 10-15% и даже в условиях последствия кризиса прогнозируется его стабильное развитие¹.

Добровольное медицинское страхование, как система, начало складываться в первой половине 90-х годов, но окончательно сформировалось к 1996 году.

Первоначальной «квазиформой» медицинского страхования были возвратные схемы страхования, получившие широкое распространение в девяностые годы. Они предусматривали возврат «сэкономленной» части страхового взноса, а в случае перерасхода страхователю или застрахованному предлагалось компенсировать расходы. В определенный момент данное страхование стало невыгодным, что связано с отсутствием рискованного характера квазистрахования и ужесточением государственной политики. В настоящее время заключение подобных договоров используется крайне редко. Такой вид страхования называется «фондовым или безрисковым».

Базовые принципы страхования (использование рискованного характера), были учтены в программах прикрепления к медицинскому учреждению. Функция страховой компании заключалась в реализации подобных программ, весь риск перекладывался на медицинское учреждение. Страховщик перечислял фиксированный взнос за каждого застрахованного в клинику, а далее клиника предоставляла медицинское обеспечение. Следует предположить, что данный вид можно отнести к «псевдострахованию», хотя в нем и появляются первые признаки рискованного страхования.

ОСОБЕННОСТИ РЫНКА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В САНКТ – ПЕТЕРБУРГЕ

В статье рассматривается становления модели добровольного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, показаны основные этапы развития дополнительного страхования, взаимодействие участников. Акцент сделан на модернизации механизма финансирования медицинских услуг, даны рекомендации по повышению эффективности действующей модели с учетом региональных особенностей. В статье показано, что выбор стратегии обусловлен как влиянием внешних условий, так и этапом развития и потенциалом компании

Ключевые слова: анализ затрат и выгод, финансирование поставщиков медицинских услуг, система добровольного медицинского страхования, основные проблемы системы добровольного медицинского страхования, особенности рынка медицинских услуг в Санкт-Петербурге, программы страхования

¹ Сайт Эксперт Ра: <http://www.raexpert.ru/>

«Полис прикрепления» выполнял четыре функции: пропускную, контрольную, расчетную и сберегательную. Во-первых, он обеспечивал доступ, в одно из элитных лечебных учреждений. Во-вторых, позволял клиенту переложить на страховщика предварительный отбор и анализ услуг лечебных учреждений, получение скидок на тарифы, контроль обоснованности выставляемых к оплате счетов за медицинские услуги. В-третьих, он частично защищал средства от инфляции на базе механизма предоплаты лечебному учреждению за будущие услуги. В настоящее время программы прикрепления распространены в стоматологическом лечении.

«Полисы прикрепления» делятся на два вида. В первом случае полис предусматривает предоставление неограниченного объема услуг из состава, предусмотренного преискурantom лечебного учреждения и содержащегося в до-говоре страхования. Во втором случае полис предусматривает предоставление услуг в пределах оговоренного лимита, который является страховой суммой. Оба типа «полисов прикрепления» имеют ряд недостатков. С точки зрения закона, отсутствие рискованной функции у страховщика делает такие договоры противоречивыми для их отношения к договорам страхования. С точки зрения потребителя, «полисы прикрепления» ограничивают выбор медицинских услуг по составу и территории получения. С экономической точки зрения, «полисы прикрепления» не позволяют страховщику создать существенные страховые резервы, эффективно выполнять контрольную функцию, добиваться повышения качества услуг в расчете на единицу затрат.

Форма работы по прикреплению является некоторой маркетинговой услугой по привлечению пациентов и расширению клиентской базы лечебного учреждения. Прикрепляя клиента к медицинскому учреждению, страховые компании вместе с резервами фактически передают весь риск, работая, как брокеры. При этом оценку вероятности обращения за медицинской помощью и расчет стоимости проводит медицинское учреждение, дополняя

недофинансирование из средств обязательного медицинского страхования. Страховая компания является посредником, реализуя сформированные программы с коммерческой надбавкой.

Следующим этапом в развитии услуг ДМС стали комплексные программы на базе нескольких учреждений. По «полису комплексного страхования» страхователю предоставляется выбор медицинских учреждений, то есть возможность управлять качеством получаемой помощи и уровнем сервиса.

«Полисы комплексного страхования» можно разделить на два типа. Первый предусматривает оказание услуг в пределах лимита ответственности, ограниченного страховым взносом. Страховщик в этом случае не несет финансового риска перед страхователем, не выполняет рискованную функцию напрямую.

Второй тип «комплексных полисов» предусматривает оказание услуг в пределах лимита ответственности, не ограниченного страховым взносом. В этом случае можно говорить о классическом страховании. Выплаты страховщика по договору могут быть больше страхового взноса. Страховщик берет на себя финансовый риск страхователя. При коллективном страховании эффект «неблагоприятного отбора» компенсируется неоднородным составом любого коллектива.

В настоящее время большинство страховых компаний предлагают полисы комплексного страхования, предоставляя свободный выбор медицинских учреждений. Ранее по прикреплению работали некоторые недорогие амбулаторные базы, но в связи с резким ростом спроса на амбулаторные услуги и повышением издержек от этой практики они отказались. Количество фондовых договоров последнее время резко сократилось, но для некоторых государственных предприятий, компаний, которые работают по фондовым договорам длительное время, отдельные страховые компании заключают подобные договора.

Одновременно с формированием системы добровольного медицинского страхования в Санкт-Петербурге происходила реорганизация управления деятельностью

страховых компаний. Осуществился переход от управления потоками денежных средств с целью минимизации расходов к более сложной системе управления, учитывающей как качественные, так и количественные факторы. В этих условиях происходит расширение сфер управления деятельностью: от контроля за минимизацией расходов и перераспределения обязанностей предоставления медицинских услуг к усилению значения добровольного медицинского страхования, как гарантии медицинской помощи при использовании рискованного механизма. Также можно проследить гибкость и адаптивность системы управления в соответствии с условиями рынка.

Рассматривая основные тенденции рынка, следует отметить следующее. Спрос на добровольное медицинское страхование зависит от основных экономических показателей: платежеспособного спроса, целей и приоритетов политики, экономического роста. На протяжении 2000–2007 годов показатели увеличения страховых премий колебались от 10% до 40%².

Точно оценить темпы роста в 2008 году достаточно сложно, что связано с ухудшением общеэкономической ситуации. В 2008 году по данным аналитического центра «Эксперт Северо-Запад» страховые компании в среднем увеличили сборы на 27,97%, при этом доля взносов по личному страхованию составила 16,7%. Проследившая динамику, можно сказать, что доля личного страхования за последние три года сократилась с 19,8% в 2006 году, 18% в 2007 до 16,7% в 2008 году³. Это можно объяснить тем, что, в связи с сокращением получаемых доходов, начались отказы от пролонгации договоров личного страхования или упрощение существующих программ. Говоря о добровольном медицинском страховании можно отметить рост собираемых премий. С 2006 года, когда доля ДМС в совокупном объеме собранных премий по СЗФО составила чуть больше 12%, объем собранных премий увеличился на 3% и составил в

2 Сайт РосМедСтрах: <http://www.rosmedstrah.ru/>

3 Денисенко Е. Счетчик включен // «Эксперт Северо-Запад». 2007. №16. С.40-48.

среднем по рынку примерно 15%. В некоторых страховых компаниях прирост собираемых премий возрос примерно на 30-40% в денежном выражении и на 10-15% по числу застрахованных. Динамика страховых выплат показывает стабильность: так в 2006 году выплаты по личному страхованию, исключая страхование жизни, составили 21,5% от совокупного объема выплат, в 2007 году – 20%, в 2008 году – 21,6%⁴. Динамика развития данного

повышением заболеваемости населения и спросом на социальные программы поддержки персонала. При этом отчеты крупнейших участников рынка показывают, что восстановление идет достаточно высокими темпами. Так, в «Медэкспрессе» рост сборов по ДМС по Северо-Западу по сравнению с прошлым годом составил 26,1%, в Северо-Западной дирекции РОСНО – 21%, в СОГАЗе в первом полугодии сборы в целом по Северо- Западу увеличились на

уровня страховых премий по добровольному медицинскому страхованию. Например, основной акцент может быть сделан на минимизацию издержек и на поддержания цен на услуги. Снижение издержек может быть достигнуто упрощением страхового продукта, снижением количества услуг, или жестким администрированием со стороны страховщика. В качестве инструмента сохранения рынка добровольного медицинского страхования, можно рассматривать получение скидок от лечебных учреждений. В то же время политика государственных лечебных учреждений изменилась в сторону сокращения размера скидок. Иногда розничные цены оказываются ниже, чем для оптовых покупателей, что связано с разрешением государственным медицинским учреждениям оказывать платные услуги в рабочее время.

По данным сайта «Медицинская страховая биржа» в 2010 году объем рынка ДМС страхования в Санкт-Петербурге составил примерно 24 млрд. рублей, что представляет собой практически половину от объема московского рынка и третью часть от общероссийских показателей.

показателя – положительна, то есть можно предположить финансовую стабильность страховых компаний. Подводя итоги, можно сказать, что наиболее стабильные игроки, занимающие лидирующие позиции на рынке ДМС, показали рост на уровне 11% – 17% по отношению к 2007 году; прирост заключенных договоров составил от -4,29% до 21%; уровень выплат увеличился в среднем на 5% – 14%⁵. Относительно динамики показателей 2009 года можно отметить пессимистические результаты: падение собираемых премий составило от 10 до 25% от объема предыдущих периодов. Стабилизация рынка произошла лишь в первом полугодии 2010 года, когда можно отметить первую прибыль страховщиков. Согласно данным Федеральной службы страхового надзора, объем премий страховых компаний в Санкт-Петербурге в первом полугодии 2010-го составил 3,808 млрд рублей против 3,46 млрд за соответствующий период прошлого года. Стабилизация связана с эффектом возврата корпоративных клиентов на рынок, повышением спроса на платную медицину,

14% (в Петербурге – на 50%)⁶.

По данным сайта «Медицинская страховая биржа»⁷ в 2010 году объем рынка ДМС страхования в Санкт-Петербурге составил примерно 24 млрд. рублей, что представляет собой практически половину от объема московского рынка и третью часть от общероссийских показателей.

По прогнозам представителей страховых компаний в ближайшие три года, возможно, некоторое замедление темпов роста рынка ДМС, так как цены на страховые программы могут подойти к пределам платежеспособного спроса. Как следствие, увеличится конкурентная борьба за покупателя, в том числе ценовая. Основная причина этого будет связана со снижением платежеспособности населения на фоне неизбежного роста цен на ДМС, значительно увеличатся системные риски ДМС, возможно нарастание неплатежей в медицинские учреждения. С другой стороны, прогнозируется замедление темпов роста количества застрахованных, что приведет к необходимости покрытия нарастающих выплат за счет роста цен на страховые продукты.

На фоне прогнозируемого снижения темпов роста рассматриваются различные способы сохранения

Общепринятым способом сохранения собираемых премий, рассматриваемым на рынке, является повышение стоимости программ. По итогам 2007-2008 года показатель «инфляции медицинских расходов» достиг почти 30%⁸, в 2009 году она снизилась примерно до 12-15%, но на рынке можно отметить и более высокие показатели медицинской инфляции в зависимости от лечебно-профилактических учреждений.

В то же время прослеживается интересная тенденция: опережающий рост цен на медицинские услуги относится в первую очередь к государственным и муниципальным ЛПУ и во вторую – к ведомственным и федеральным медицинским учреждениям. Тарифная политика частных клиник дифференцирована в зависимости от ценового сегмента, в котором они работают: чем сегмент выше, тем реже и незначительнее повышение цен на услуги. Основными участниками изменения тарифной политики становятся государственные клиники. Показательна доля ДМС в общих сборах медицинских учреждений. По усредненным данным доходы клиник за счет ДМС составляет от 20-30%. В бюджеты среднеценовых частных клиник, ведомственных медицинских учреждений доля

4 Youngman I. The Health Insurance Opportunity: A Worldwide Study of Private Medical Insurance Markets. Dublin: Lafferty Publications, 1994.; Сайт Эксперт Ра: <http://www.raexpert.ru/>; Сайт Эксперт Северо-Запад: www.expertnw.ru; Комлева Н. Такие разные: ДМС и ОМС // «Эксперт». 2007. №42. С.130-133.

5 Сологуб А. Зона рискованного страхования // Эксперт Северо-Запад. 2009. №7. С.24-32

6 Сайт Страхование сегодня: <http://www.insur-today.ru/>

7 Сайт Медицинская страховая биржа: <http://dms-exchange.ru/>

8 Сайт Эксперт Северо-Запад: www.expertnw.ru

поступлений достигает 30 – 60%⁹. Для поставщиков медицинских услуг работа со страховыми компаниями выгодна по нескольким причинам:

1) возможность получить большие доходы, нежели работая в рамках платных услуг. При условии, что пациент сам оплачивает лечение, некоторые процедуры могут быть слишком дорогостоящими для него. При лечении в рамках ДМС пациент тратит средства страховщика, а значит, может пройти лечение на большую сумму;

2) гарантированный поток пациентов. При условии положительных оценок работы клиники, при наличии оборудования, при выгодной тарифной политике страховая компания будет направлять застрахованных именно в эту клинику;

3) реклама медицинского учреждения. При условии получения качественного лечения, даже если договор страхования не продлевается, застрахованный будет продолжать обслуживание в клинике на платной основе.

Следствием увеличения цен со стороны лечебных учреждений является рост страховых тарифов. Не смотря на повышение тарифов со стороны поставщиков услуг, конечная стоимость программ за последнее время практически не изменилась – в среднем увеличение составляет 5 – 10% в год. В качестве основной причины незначительного повышения выступает комплексность страхового продукта – стоимость определяется целым рядом различных факторов. Это и фактор сезонности, и динамика количества обращений в лечебные учреждения, и влияние конкурентов, и цены на медицинские услуги. В тоже время можно отметить, от 60 до 90% стоимости программы зависит от цены медицинской услуги¹⁰. Следовательно, при перманентном повышении тарифов, страховые компании вынуждены будут значительно повысить стоимость программ.

Некоторые страховые компании используют обратную стратегию – применение демпинга, то есть зани-

9 Сайт Страхование сегодня: <http://www.insur-today.ru/>

10 Скляр Т.М., Баранов И.Н. Оценка перспектив добровольного медицинского страхования // Менеджер здравоохранения. № 5. 2004. С.60-62

жение цен. Это может использоваться, если компания только выходит на петербургский рынок ДМС и старается закрепиться на нем, и если этот метод укладывается в стратегию быстрого расширения рыночной доли. Но в любом случае это должны быть кратковременные меры. Например, по результатам 2007 – 2008 годов некоторые страховые компании, продавая страховку по демпинговым ценам, оказались неплатежеспособными и потеряли крупных клиентов. Следовательно, соблюдение баланса между расходами и прибылью страховщиков позволяет оставаться на рынке только финансово устойчивым участникам.

Помимо сохранения прежних доходов, порой вынужденное повышение цен можно связать с дефицитом качественных медицинских услуг в среднем и дорогом ценовом сегменте, то есть с монополизмом некоторых поставщиков. Не смотря на увеличение количества частных клиник и их отделений в районах города, улучшение сервиса и создание условий для сотрудничества со страховщиками по программам ДМС, спрос на услуги медицинских учреждений растет быстрее предложения. В Санкт-Петербурге существует дефицит стационаров и амбулаторных баз. Не смотря на большое число медицинских баз, существует дефицит среди постав-

конкуренции и монополизм поставщиков подобных услуг.

Не смотря на ряд отрицательных моментов, связанных с лечебными учреждениями, существует и положительная динамика в этой области. Государственные и ведомственные лечебные учреждения дифференцируют услуги по разным ценовым категориям, открываются специализированные отделения, с целью разделения потоков пациентов по ОМС и ДМС. На этом фоне частные клиники вынуждены проводить более сдержанную тарифную политику. Таким образом, происходит совершенствование технологии работы, как страховыми компаниями, так и лечебными учреждениями.

Как мы видим, система управления становится ориентированной на организационное развитие. Страховые компании строят стратегические планы, с использованием различных инструментов управления. В процессе планирования определяются: цель, приоритеты, стратегический выбор рынка сбыта, потенциал компании. Важную роль играет наличие необходимых ресурсов для реализации стратегии (система контракции, внутренние ресурсы компании). Обязательным элементом данной схемы является управление текущей и перспективной деятельностью компании, направленное на координацию финансовой и кли-

Как мы видим, система управления становится ориентированной на организационное развитие.

щиков, которые оказывают услуги гарантированного качества и разрешают проводить экспертизу счетов и оказанного лечения.

По ряду услуг список поставщиков имеет ограниченный характер. Так, например, в части лечения инфекционных заболеваний, кардиохирургии, стационарного лечения, вследствие ограниченного перечня поставщиков, политику определяет ЛПУ, а не страховая компания. Как результат, отсутствие здоровой

ентской составляющих.

На протяжении последних шести лет на рынке Санкт-Петербурга прослеживается устойчивый рост корпоративных клиентов. Так вслед за компаниями с иностранным капиталом в сферу добровольного медицинского страхования были привлечены крупные российские холдинги. В настоящее время наиболее активно страхуются средние и малые предприятия.

Рост числа корпоративных клиен-

тов можно объяснить следующими причинами: переходом компании на качественно новый этап развития, то есть необходимостью предоставления сотрудникам дополнительных гарантий, экономией времени на получение профилактической помощи и лечения. Вторая причина – состояние рынка трудовых ресурсов, на котором прослеживается конкуренция среди работодателей за квалифицированные кадры. В тоже время для российских

медицинских центров страховых компаний. Одной из причин роста инвестиций в собственные медицинские центры может быть высокая стоимость качественной помощи в хорошо оснащенных лечебных учреждениях. Амбулатории и стационары, предоставляющие высококачественные медицинские услуги и сервис на высоком уровне включаются страховщиками в элитные страховые программы, спрос на которые весьма ограничен.

СК «Капитал-полис» и СК «Русский мир» – в 2001-м, СК «Медэкспресс» – в 2002-м, СК «Прогресс-Нева» – в 2004-м. Иную концепцию выбрала только СК «РЕСО-Гарантия»: компания инвестировала средства в строительство одной из крупнейших частных клиник города «Скандинавия» и организацию широкой сети скорой помощи «Корис», став акционером медицинских организаций.

Часть «страховых» медцентров вышли в 2005 году на новый этап развития, характеризующийся количественным и качественным расширением возможностей по обслуживанию пациентов. В конце ноября 2005 года две компании – СК «Медэкспресс» и СК «Капитал-полис» презентовали обновленные медицинские центры. Инвестирование в развитие медицинских центров проводится двумя способами: инвестировании в непосредственно в медицинские центры (МЦ «Медэкспресс», МЦ «Капитал-Полис»), либо открытие подразделений медицинских центров на крупных предприятиях, являющихся корпоративными клиентами (СК «РОСНО»).

К недостаткам открытия собственных медицинских центров можно отнести следующие: невозможность получения высокой прибыли, «сокращение» программы застрахованного (не смотря на то, что программа включает достаточное количество медицинских учреждений, основные специалисты и процедуры будут предоставлены в медицинском центре компании). Стоимость услуг в медицинском центре в среднесрочной перспективе может приблизиться к рыночным ценам: бесконечно удерживать рост цен на услуги собственного медицинского центра невозможно, особенно в тех случаях, когда ставится задача его развития. Наконец, медицинский центр из сильного конкурентного преимущества может превратиться в статью затрат для страховой компании. Необходимость загружать собственные медицинские мощности заставляет страховщиков приоритетно развивать программы, в которых собственный медицинский центр является базовым лечебным учреждением.

Первым этапом в появлении медицинских центров считается период с 1998-го по 2004 год, когда все лидеры петербургского рынка ДМС стали собственниками или акционерами медицинских центров.

компаний полис добровольного медицинского страхования в большей степени является инструментом привлечения квалифицированных кадров, нежели элементом риск-менеджмента. Для компаний с иностранным капиталом приобретение полиса ДМС является обязательным элементом социального обеспечения, что связано с многолетним опытом страхования и с представлением о реальной стоимости этого рода услуг.

В 2007 – 2008 годах рынок ДМС Санкт-Петербурга стал близок к насыщению. Так, крупные компании и компании с иностранным капиталом в обязательном порядке включают ДМС в социальный пакет, то есть медицинское обеспечение стало неотъемлемым инструментом мотивации персонала, методом финансового управления в части налогообложения. Иной сферой расширения рынка ДМС является рынок малого и среднего бизнеса, рынок страхования физических лиц. Увеличение доли страхования в малом и среднем бизнесе во многом зависит от роста страховой культуры. Увеличение объема индивидуального страхования на данном этапе во многом связано с новыми разрабатываемыми программами страхования физических лиц.

Особенностью рынка Петербурга является и развитие собствен-

Таким образом, главное назначение собственных центров СК – предложение программ и обслуживание застрахованных в среднем ценовом сегменте.

С экономической точки зрения инвестирование в собственные медицинские центры позволяет страховщикам защититься от постоянного роста тарифов на рынке медицинских услуг. В тоже время собственные лечебные мощности позволяют страховщикам обеспечить полный контроль над медицинскими назначениями и курсами лечения, что практически невозможно при приобретении услуг на рынке.

Первым этапом в появлении медицинских центров считается период с 1998-го по 2004 год, когда все лидеры петербургского рынка ДМС стали собственниками или акционерами медицинских центров. Первоначально создавалась небольшая компания для оказания квартирной врачебной помощи застрахованным, так как рыночная цена услуги была высока. Затем в головных офисах страховых компаний или на площадях, арендованных в лечебных учреждениях, стали открываться консультационные кабинеты, в которых принимали основные специалисты и проводились различные медицинские назначения. По такой схеме открыли свои медцентры СК «РОСНО» – в 1998 году,

Таким образом, с одной стороны, наличие собственного медицинского центра приносит страховой компании очевидные финансовые выгоды. С другой стороны, этот же фактор минимизирует привлекательность страховой компании для страхователей, которые предпочитают лечиться в разных лечебных учреждениях города.

С точки зрения управления страховой компанией расширение собственных мощностей способствует с одной стороны модернизации, с другой упрощению контроля. Компания развивает собственное инвестирование и получает возможность рационализировать расходы.

Еще одной тенденцией на рынке ДМС в Петербурге становится рост числа слияний и поглощений на рынке страхования. Так за первое полугодие 2007 года были куплены контрольные пакеты акций двух крупных страховщиков: СК «РОСНО» (вместе с СК «Прогресс-Гарантом») одним из лидеров мирового рынка страхования – компанией Альянс (Allianz SE) и приобретение компании НАСТА швейцарской «Цюрих Финансиал Сервис» (Zurich Financial Services). В 2009 году произошло поглощение страховой компании «Русский мир» компанией «Россгострах». Влияние интеграционных процессов связано, прежде всего, с возможными перспективами российских страховщиков. Оптимальным вариантом влияния, учитывающим специфику российского рынка, может стать сохранение существующих программ страхования при внедрении моделей экономического контроля со стороны иностранных страховщиков. На практике в рамках создания финансовых групп западные страховщики могут составлять акценты, определяя какие виды страхования будут приоритетными для каждой компании из группы. Это позволяет развивать страхование по каждому виду и проводить структурированный контроль финансовых результатов. Приход иностранных страховщиков может положительно сказаться на российских компаниях. Усиление конкуренции заставляет страховщиков соответствовать международным стандартам ведения бизнеса, в результате чего в долгосрочной

перспективе на рынке могут остаться только сильные компании, которые четко представляют себе свое развитие.

Рынок ДМС в Санкт-Петербурге остается рынком корпоративных клиентов, что и определяет его предпочтения. Определился круг основных крупных операторов. Перечень таких компаний ограничен, их доля составляет более 50% в общей структуре рынка. Резких изменений в клиентской базе не происходит. Более мелкие страховые компании уходят с рынка или выполняют заказ строго определенной группы клиентов, объединенной по корпоративному или другим признакам. Продолжается развитие регионального рынка, как с точки зрения появления коммерческих структур – потенциальных клиентов, так и с точки зрения развития ЛПУ и объемов медицинской помощи, оказываемой ими.

Каждый из участников рынка определяет политику поведения и развития рынка. Назвать основных участников в данном случае невозможно. Приоритеты развития зависят от клиентов, а возможность их реализации от взаимодействия с медицинскими учреждениями.

Специфичностью рынка Санкт-Петербурга является низкая рентабельность ДМС в сравнении с другими видами добровольного страхования. Связано это с нормативами,

ее нацеленность на страхователей. Получается, что, несмотря на невысокую рентабельность в частных случаях, добровольное медицинское страхование является важной составляющей предложения страховой компании. И, следовательно, его низкая рентабельность в абсолютном исчислении не означает низкую рентабельность в пакете страховых программ.

Негативные последствия для развития добровольного медицинского страхования имеет отсутствие единых стандартов качества оказываемых медицинских и сервисных услуг, принципов формирования цен на эти услуги, аттестации медицинских учреждений и медработников. Под стандартизацией в данном случае понимается введение единых рекомендаций и нормативов, единообразной системы кодировки и классификации, упорядочения терминологии, регламентации основных процедур и мероприятий. В работе А.А.Кудрявцева понятие «стандарты» предлагается ограничить до «нормативного описания клинично-технологической и экономической сторон лечебно-диагностического процесса. Такого рода стандарты представляют собой инструмент управления лечебно-профилактическими учреждениями»¹¹. В настоящее время действуют стандарты Министерства здравоохранения и соци-

Каждый из участников рынка определяет политику поведения и развития рынка.

по которым предприятия считают бюджеты на страхование, и неизбежностью наступления страховых случаев. Понятие рентабельности для личного страхования несколько отличается от традиционной трактовки этой категории. Для страховой компании ДМС – важный инструмент привлечения клиентов и позиционирования на рынке. Для клиента ДМС – наиболее понятный вид страхования, который позволяет оценить страховую компанию,

ального развития, приспособленные для очень ограниченного круга заболеваний. Из-за дефицита средств в системе государственного здравоохранения они рассчитаны на модель предоставления услуг минимально необходимого уровня. Страховые компании, работающие в ДМС, и частные лечебные учреждения вынуждены разрабатывать

¹¹ Кудрявцев А.А. Менеджмент в здравоохранении: Медико-экономические стандарты и методы их анализа. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2004. С.40

собственные.

С системой стандартизации напрямую связан контроль качества медицинской услуги. В настоящее время многие петербургские клиники создают собственные системы контроля качества. Делая акцент на основной цели медицинского обеспечения, следует отметить, что качество в медицине состоит из тех же трех слагаемых: качество самого продукта (диагностика и лечение заболевания); качество организа-

Критерием дифференциации региональных программ является список входящих лечебных учреждений. Количество медицинских баз, входящих в программу страхования, отличает программу в Санкт-Петербурге, например, от московских программ страхования. Московские программы включают не более пяти медицинских центров, где проводятся все обследования и назначения. Основной принцип программ – прикрепление к

времени посредствам добровольного медицинского страхования страховщик имеет возможность получения прибыли вследствие эффекта масштаба. Доходы страховой компании находятся в прямой зависимости от размера компании, времени работы на рынке, правильной медицинской экспертизы, налаженной системы контрактации. Как было определено ранее, норма прибыли по медицинскому страхованию не высокая, но в условиях роста спроса, возможно, прогнозировать увеличение доходности.

В стабильных экономических условиях уровень страхового инвестирования возрастал – основным объектом инвестирования стало открытие медицинских центров и специализированных представительств страховщиков в ЛПУ.

Заключение договора ДМС дает ряд льгот для юридических лиц, что оказывает положительное влияние на динамику отрасли. Добровольное медицинское страхование сотрудников компаний развивается активно в том числе и потому, что при заключении договора страхования юридическому лицу предоставляются значительные налоговые льготы. Согласно п.16. ст. 255 НК компания имеет право уменьшить налогооблагаемую базу на сумму уплаченных взносов, но не больше 6% от суммы расходов на оплату труда¹².

В отрасли прослеживается вертикальная интеграция: конкурентоспособность компаний усиливается. Не смотря на идентичность программ, страховщики включают различные дополнительные услуги, расширяют перечень ЛПУ, область страхового покрытия.

В тоже время страховой продукт является слабодифференцированным, различия в программах минимальные. За период развития и становления рынка добровольного медицинского страхования произошли не только количественные, но и качественные изменения. Как инструмент конкурентной борьбы используется ценовой демпинг и качественное изменение программ – расширение перечня медицин-

Программы добровольного медицинского страхования в Санкт-Петербурге аналогичны программам в других регионах.

ции процесса производства услуги; качество сервиса, сопутствующего оказанию услуги конечному потребителю. Так внутренняя система качества существует в элитных клиниках, таких как «Скандинавия», Медицинский центр «XXI век», клиника имени Н.И. Пирогова. Систему управления и контроля качества сервиса становится неотъемлемым элементом функционирования частной медицины.

Программы добровольного медицинского страхования в Санкт-Петербурге аналогичны программам в других регионах. В целом все страховые компании предлагают идентичные по перечню услуг программы. Стандартная программа включает услуги диспетчерской службы, личного врача, амбулаторную помощь, скорую помощь. Разница в предлагаемых программах заключается в перечне нестраховых событий, в объеме предоставляемых услуг (ограниченное или неограниченное количество предоставляемых услуг), в дополнительном сервисе (например, время работы диспетчерской службы, предоставление медицинской помощи в регионах, менеджерское сопровождение договоров, контроль со стороны врача-эксперта). Иными словами, при выборе страховщика оценивается весь комплекс предоставляемых услуг, а не только наполняемость программы.

определенной базе, что объясняется универсальностью центров, где может быть предоставлен полный перечень услуг. В Санкт-Петербурге универсальных центров не существует. Поэтому программы включают большое число медицинских баз, которые обеспечивают комплексное лечение.

Система управления зависит от особенностей рынка страхования. С одной стороны управление должно учитывать дифференциацию программ, необходимость включения большого числа медицинских учреждений, контроль качества при отсутствии стандартов. С другой стороны, преобладание корпоративных клиентов, укрупнение участников рынка, стандартизация перечня услуг по программам упрощают механизм управления.

Рынок ДМС показывает стабильные темпы развития. В начале становления отмечалось медленное развитие, с резким спадом спроса в момент экономического кризиса 1998 года. Дальнейшее развитие достаточно равномерно. Рынок локализован среди профессиональных страховщиков. На долю 8 крупнейших страховщиков приходится порядка 70 – 80% застрахованных. К барьерам входа в отрасль относятся налаженная контрактация с лечебными учреждениями, величина минимального уставного капитала, наличие экспертной службы. В тоже

¹² До 2009 года максимальный размер расходов при исчислении налога на прибыль составлял 3%, в 2009 году он был увеличен до 6% от фонда оплаты труда.

ских учреждений, включенных в страховую программу. Страховые компании, считающие качественный сервис своим конкурентным преимуществом, увеличивают число медицинских баз, как общего, так и узкоспециализированного профиля (например, оказывающих реабилитационные, физиотерапевтические услуги, а также применяющие методики нетрадиционной медицины).

Также увеличивается перечень услуг в программах ДМС. Так расширение происходит за счет включения ранее нестраховых методов лечения – мануальной терапии и иглорефлексотерапии, высокотехнологичной диагностики без ограничений.

В настоящее время примерно 90% собираемых премий по ДМС обеспечивается корпоративными клиентами – юридическими лицами¹³.

Ухудшение экономической ситуации неблагоприятно сказывается на развитии рынка добровольного медицинского страхования. В условиях экономического спада прогнозируемое снижение числа застрахованных на 15%. В настоящее время основная деятельность страховых компаний направлена на сохранение имеющегося портфеля и динамики финансовых показателей на уровне 2007 – 2008 годов. Основные усилия направлены на пролонгацию договоров с уже существующими клиентами. Эта задача осложняется необходимостью индексации тарифов на страховые программы, невозможностью предоставления скидок при безубыточности прошлых договоров¹⁴.

С другой стороны, добровольное медицинское страхование является частью социального пакета, и в настоящее время для многих компаний это является показателем надежности и устойчивости. Для сохранения сложившихся условий компании могут прибегнуть к следующим вариантам: корректировка программ в сторону уменьшения пакета рисков и стоимости, сохранение контрактации с выбранным страховщиком без проведения тендеров, предложения всем сотрудникам одинаковых программ без

деления по уровням персонала. Снижения затрат может быть обеспечено за счет полной минимизации программ – например, уже сейчас на рынке существуют программы, включающие только экстренную помощь и госпитализацию; или весь перечень услуг может предоставляться в собственном медицинском центре. Самым негативным вариантом решения проблемы «удешевления программ» может стать сокращение комплекса предоставляемых услуг – по страховому полису будет предоставляться только ограниченный перечень самых дешевых услуг, а остальное будет оплачиваться пациентом.

Если страховая компания выбирает только предложение предельно низких цен, то это становится невыгодно как страхователю, так и страховой компании. Основной целью страховой компании является получение прибыли, следовательно, демпинг ухудшает финансовый результат страховой компании, и не способствует получению полного комплекса услуг для застрахованных. Как результат, сложившиеся экономические условия будут способствовать разделению рынка между экономически рациональными страховыми компаниями.

Существуют различные прогнозы специалистов страхового рынка относительно динамики роста рынка. Так основные участники рынка предполагают положительную динамику роста, но с более низкими темпами, нежели существовавшие ранее.

Снижение темпов развития ДМС будет происходить на фоне роста его убыточности. Так медицинские учреждения для сохранения предыдущих норм прибыли будут повышать тарифы. Вследствие безальтернативности поставщиков услуг, страховые компании вынуждены будут платить, что приведет к убыточности страховой деятельности.

В то же время некоторые специалисты строят оптимистические прогнозы относительно перспективного развития. Так, по мнению экспертов, сектор добровольного медицинского страхования Петербурга будет расти, в связи с насыщением рынка Москвы и повышающейся страховой культурой населения

Санкт-Петербурга и Ленинградской области, развивающейся в русле современных российских и европейских тенденций.

Использованные источники:

1. Денисенко Е. Счетчик включен // «Эксперт Северо-Запад». 2007. №16. С.40-48.
2. Карчик Г. Страховщики трясут медицину // Деловой Петербург. №50 (24.03.2009). С.6-7
3. Комлева Н. Такие разные: ДМС и ОМС // «Эксперт». 2007. №42. С.130-133.
4. Кудрявцев А.А. Менеджмент в здравоохранении: Медико-экономические стандарты и методы их анализа. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2004. 172 с.
5. Скляр Т.М., Баранов И.Н. Оценка перспектив добровольного медицинского страхования // Менеджер здравоохранения. № 5. 2004. С.60-62.
6. Сологуб А. Зона рискованного страхования // Эксперт Северо-Запад. 2009. №7. С.24-32
7. Porter M.E., Teisberg E. Redefining Health Care. Boston: Harvard business school press, 2006. 506 p.
8. Young, G. J., Charns M. P. et al. Best Practices for Managing Surgical Services: The Role of Coordination // Health Care Management Review. N 4. 1997. P.72-81.
9. Youngman I. The Health Insurance Opportunity: A Worldwide Study of Private Medical Insurance Markets. Dublin: Lafferty Publications, 1994.

Электронные источники:

10. Сайт Всемирной организации здравоохранения: <http://www.who.int>
11. Сайт Медицинской страховой биржи: <http://dms-exchange.ru/>
12. Сайт РосМедСтрах: <http://www.rosmedstrah.ru/>
13. Сайт Союза Страховщиков: <http://www. http://www.ins-union.ru>
14. Сайт Страхование сегодня: <http://www.insur-today.ru/>
15. Сайт Эксперт Ра: <http://www.raexpert.ru/>
16. Сайт Эксперт Северо-Запад: www.expertnw.ru

¹³ Карчик Г. Страховщики трясут медицину // Деловой Петербург. №50 (24.03.2009). С.6-7.

¹⁴ Сологуб А. Зона рискованного страхования // Эксперт Северо-Запад. 2009. №7. С.24-32

Директору ООО «К»
от гр.Щ.

Претензия о компенсации вреда
за некачественное оказание меди-
цинской услуги

26 марта 2009 г. я обратилась
в Вашу организацию за оказанием
платной медицинской услуги: Эндо-
протезирование молочных желез,
которую выполнял работник Вашей
организации д-р Г.

Указанное обстоятельство под-
тверждается фактом заключения
между мной и Вашей организаци-
ей договора на оказание платных
медицинских услуг от 26 марта
2009 года на сумму 350.100 рублей,
из них сумма 180.000 рублей оплата
за операцию по пластики передней
брюшной стенки с перемещением
пупка.

Так же были оплачены импланта-
ты фирмы Allergan на сумму 70.000
рублей. Далее в результате ниже
перечисленных причин, была про-
ведена повторная платная операция
по замене имплантатов на сумму
280.000 рублей. Были установлены
имплантаты фирмы Allergan.

В соответствии со ст. 7 Закона
РФ «О защите прав потребителей»
потребитель имеет право на то,
чтобы услуги были безопасны для
его здоровья, однако в результа-
те проведенной операции мне был
причинен вред здоровью: После
операции в правой груди была
обнаружена большая гематома, в
виду не правильного отвода крови
через катетер. В течение 2 меся-
цев, мне еженедельно откачивали
шприцами жидкость, для борьбы
с гематомой, а так же через шов
вокруг ореолы, выдавливали сгуст-
ки крови. Все это было на фоне
повышенной температуры. Так же
постоянно проводили уколы рас-
твором Лидазы. Правая грудь оста-
валась очень твердой. Наблюдение
было прекращено на 2 месяца. В
августе месяце появились очень
сильная боль в области правой
молочной железы. После ультра-
звукового исследования молочных
желез, была выявлена фиброзная
контрактура в области имплантата

ПРЕТЕНЗИЯ – ОТЗЫВ

Показано, что различие
качества и безопасности
медицинской услуги
позволяет дифференцировать
квалификацию их последствий в
ОТЗЫВЕ

Ключевые слова: претензия потребителя,
качество медицинской услуги, безопасность
медицинской услуги, косметология, отзыв на
претензию

правой молочной железы.

Врач рекомендовал провести
операцию - открытая капсулото-
мия, без замены имплантата. Опе-
рация была проведена 09.01.2010
года, в результате чего была сре-
зана значительная часть подкож-
ных тканей нижней части правой
молочной железы. В данном месте
образовалась выраженная опухоль,
темно-синего цвета. Далее прово-
дились процедуры по откачиванию
серозной жидкости, уколы Лидазы.
В начале февраля 2010 года,
образовалось перфорированное
отверстие в месте данной опухоли,
с характерным неприятным запа-
хом. Назначили повязки с левоми-
колем, хлорофилиптом. Отверстие
стало увеличиваться, врач не хотел
пояснять, что происходит и занял
пассивную позицию, на перевязках
появлялся через раз, ссылаясь на
то, что все хорошо. 28 февраля 2010
года, я провела консультации у сто-
ронних специалистов д-ров М. и А.
Ими было установлено, что начался
некроз тканей правой молочной

железы, в результате неправильно
проведенной операции - откры-
той капсулотомии, которая вызва-
ла отмирание тканей, и требуется
срочное извлечение имплантата,
для восстановления мягких тка-
ней и проведения в дальнейшем
повторного протезирования, с
уменьшением объема груди, для
того чтобы убрать последствия
некроза. Отверстие достигло диа-
метра 25 мм, через которое про-
висал имплантат (фото прилагает-
ся). Тогда д-р Г. согласился, что это
некроз, начал накладывал повязки,
с мазью, отверстие все увеличива-
лось, и была назначена операция
по удалению имплантата правой
молочной железы. В итоге в ходе
операции имплантат был удален,
были наложены наводящие швы, и
назначена реабилитация сроком на
1,5 - 2 месяца. По истечении полуто-
ра месяцев была сделана последняя
четвертая операция. Были установ-
лены имплантаты третьего размера
295 гр. Применен якорный шов, для
того чтобы выровнять две молочные

железы, так как правая железа впоследствии некроза была уменьшена в размерах. После операции швы не зарастали, гноились, нитки выходили наружу. Крестообразный шов расходился, врач не мог остановить процесс, ссылаясь на то, что все заживет в скором времени. Нитки вывели из швов довольно долго, оставляя после себя дырки, из которых вытекал гной. Благодаря совету сторонних специалистов мы купили коллагеновые прокладки, которые быстро заживили раны. Все это покупал мой муж. Д-р Г. в данной проблеме оказался не компетентным.

Вследствие этих операций правая молочная железа находится выше левой на 5см, если же смотреть снизу получается такая же картина (фото прилагается)

Левая грудь круглая без провисания, правая же овальной формы с провисанием мягкой ткани, напояет птоз. Специалистами было установлено, что операция была сделана более чем неправильно. Д-р М. установил что правая молочная железа закапсулирована, очень асимметрична по отношению к другой, все швы наложены криво, мало того они идут не под молочной железой, а гораздо выше, что уродует грудь еще больше. В результате некачественного оказания медицинской услуги были причинены вред здоровью, а также физические и нравственные страдания. Впоследствии множественного хирургического вмешательства, обнаружен гормональный сбой (гипотиреоз), проблемы в сердечнососудистой системе, а также в нервной системе. Теперь я не могу носить бюстгальтер, так как грудь находится на разном уровне, одна выше другая ниже, разной формы и упругости. Одна стоит, другая висит, один сосок расположен прямо, другой смотрит вниз. У груди разная форма, все швы кривые. Не говоря уже о психологической стороне вопроса.

Согласно ст.14 Закона РФ «О защите прав потребителя», вред, причиненный здоровью потребителя вследствие недостатков услуги, подлежит возмещению в полном объеме. В соответствии со ст. 15 Закона РФ «О защите прав потре-

бителей», моральный вред, причиненный потребителю вследствие нарушения исполнителем его прав, предусмотренных законодательством о защите прав потребителей, подлежит возмещению причинителем вреда при наличии его вины.

Перенесенные мною физические и нравственные страдания я оцениваю в 1.500.000 рублей.

На основании изложенного, руководствуясь статьями 7, 14, 15 Закона РФ «О защите прав потребителей», ПРОШУ:

Добровольно возместить вред, причиненный здоровью, а также выплатить мне компенсацию за причиненный моральный вред в сумме 750.000 рублей.

Ответ прошу мне дать в письменном виде в течение 14 дней с момента получения настоящей претензии.

ОТЗЫВ НА ПРЕТЕНЗИЮ

Мы надлежащим образом изучили Вашу претензию и во многом признаем Вашу правоту. Действительно, в послеоперационном периоде проявились осложнения, предпринимались меры их устранения и в результате молочные железы с поставленными имплантатами асимметричны, ожидаемый Вами косметический эффект не достигнут. Недостаток качества оказанной нами и оплаченной Вами услуги существует.

Вместе с тем не во всем остальном в Вашей претензии можно согласиться, однако для этого необходимо абстрагироваться от излишней эмоциональности.

Прежде всего, не недостаток качества (ст.4 Закона РФ «О защите прав потребителей») услуги обуславливает вред здоровью, а недостаток ее безопасности (ст.7 Закона РФ «О защите прав потребителей»).

Последствия в виде недостигнутого косметического эффекта вредом здоровью не являются. Кроме того, грудь – не лицо, чтобы говорить об обезображении.

Операция сопровождалась осложнениями, но из этого не следует, что осложнения явились следствием действий врача. Нет оснований утверждать, что это – не последствия сниженной реактивно-

сти Вашего организма (тем более при наличии гепатита). Ведь далеко не у всех после таких операций возникают подобные осложнения. И существует известный процент их возникновения. Поэтому вопрос в том, адекватным ли было ведение этих осложнений, и каковы последствия такого ведения.

Первая операция прошла без осложнений. Образовавшаяся через 6 месяцев после нее фиброзная контрактура, вполне возможно в Вашем случае обусловленная травмой правой молочной железы ремнем безопасности при резком торможении автомобиля, послеоперационным осложнением не является.

Осложнения возникли после второй операции в связи с фиброзной контрактурой – капсулотомии с сохранением собственного имплантата. Они обусловлены попыткой сщадящего, сохраняющего ведения, которое не удалось, в связи с чем имплантат пришлось удалить.

После третьей операции – по удалению имплантата левой молочной железы и одномоментному протезированию обеих молочных желез (по Вашему желанию – с заменой на имплантаты меньшего размера) с подтяжкой – осложнения в послеоперационном периоде были незначительными в виде отторжения шовного материала (викрил) с образованием лигатурных свищей, и разрешились на фоне соответствующего ведения полным заживлением. Образовавшееся позднее уплотнение из-за рубцово-измененных тканей правой молочной железы устранено посредством обкалывания раствором Лонгидазы.

Ведение осложнений операции последствий для здоровья в виде вреда не имело. Возникли ПЕРЕХОДЯЩИЕ явления, которые вероятны в случае любой операции, свойственны послеоперационному периоду в целом. Швы зажили. Орган не утрачен. Работоспособность не ограничена.

Последствия косметические в виде недостатка качества услуги мы уже признали. Однако нет оснований утверждать, что эти последствия не являются ИСПРАВИМЫМИ. Во времени возможна операция по устранению асимметрии молочных желез и иссечению послеопераци-

онных рубцов.

Что же касается морального вреда, то стойкое нарушение в личной сфере пострадавшего в виде страданий должно быть причинно обусловлено виновным противоправным посягательством, как это вытекает из Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 20 декабря 1994 г. N 10 «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда» (в ред. Постановлений Пленума Верховного Суда РФ от 25.10.96 N 10, от 15.01.98 N 1, от 06.02.2007 N 6).

Если под моральным вредом Вы понимаете страдания, которые Вы претерпели до момента заживления швов, то такие страдания присущи течению любого послеоперационного периода при осложнениях у всех, имея преходящий характер, как и

таковые в связи с недостижением косметического эффекта, поскольку это – исправимый недостаток.

Даже если то и другое рассматривать в качестве вреда, то, что является его причиной, т.е. виновным противоправным посягательством, Вами не указывается, а нами не усматривается. Ведь не является таковым ведение нами возникшего у Вас осложнения до полного заживления швов: Лицо признается невиновным, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательства и условиям оборота, оно приняло все меры для надлежащего исполнения обязательства (п.1 ст.401 ГК РФ).

Нет оснований причинно связать с нашими действиями произошедшие у Вас «гормональный сбой (гипотиреоз), проблемы в сердечно-

судистой системе, а также в нервной системе» в качестве морального вреда, поскольку все это может быть обусловлено и любыми иными факторами. А если имеет место психоэмоциональная лабильность, то человек реагирует избыточно на обычные для остальных раздражители (как ведение послеоперационного периода) – но, согласитесь, это же не следствие посягательства с нашей стороны.

В связи с изложенным мы предлагаем:

- либо возратить Вам стоимость оказанной с недостатком качества услуги;
- либо оплатить стоимость исправления этого недостатка у третьих лиц в эквиваленте стоимости этой услуги в нашей организации.

Подписка в любом почтовом отделении связи по каталогу "Роспечать"

ф. СП-1

ФГУП "ПОЧТА РОССИИ"		УФПС г.Москвы									
АБОНЕМЕНТ на журнал		47661 <small>(индекс издания)</small>									
Главный врач: хозяйство и право <small>(наименование издания)</small>											
		Количество комплектов:									
на 2011 год по месяцам:											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
<small>(почтовый индекс)</small>		<small>(адрес)</small>									
Кому <small>(фамилия, инициалы)</small>											

ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА											
		47661 <small>(индекс издания)</small>									
Главный врач: хозяйство и право <small>(наименование издания)</small>											
		Количество комплектов:									
Стоимость	подписки	руб. коп.	Количество комплектов:								
	переадресовки	руб. коп.									
на 2011 год по месяцам:											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
<small>(почтовый индекс)</small>		<small>(адрес)</small>									
Кому <small>(фамилия, инициалы)</small>											

ПОДПИСКА

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

- Через редакцию:
- на 2011 год - 6960 рублей
- Через каталог Роспечати “Газеты и журналы.
2 полугодие 2011 года”:
- подписной индекс - 47661
- Через Объединенный каталог “Пресса России”:
- подписной индекс - 39350

При подписке через редакцию оплату следует производить
по следующим реквизитам:

Некоммерческое партнерство Информационно-правовой центр “ЮрИнфоЗдрав”

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

ИНН 7715385513
КПП 771501001
ОГРН 1037715054618

ВНИМАНИЕ!

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

ПРИМЕЧАНИЕ: Телефон лучше указывать в первую очередь, так как при отправке платежного поручения текст в графе “Назначения платежа” может быть сокращен. Зная Ваш номер телефона, мы всегда сможем связаться с Вами для уточнения деталей подписки.

Если по каким либо причинам вы не получили очередной номер журнала после оплаты подписки - свяжитесь с редакцией по телефону (495) 618-00-81 или по электронному адресу jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru.



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



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



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



Леонтьев Олег Валентинович, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)
Координаты для связи: тел. 8-904-455-47-41 E-mail: lov63@inbox.ru



Назарова Варвара Вадимовна, преподаватель кафедры «Финансовые рынки. Финансовый менеджмент» ГУ Высшая Школа Экономики (СПб филиал), к.э.н.
Координаты для связи: тел. 8911 948 99 83; E-mail: nvarvara@list.ru



Панов Алексей Валентинович, член НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», управляющий ООО «Центр медицинского права», юрист
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.