

## ЯКОБСОН ПРЕДЛАГАЕТ СДАТЬСЯ

Автор: А. С. АКОПЯН

Продолжая обсуждение статьи Л. Якобсона "Социальная политика: коридоры возможностей" ("ОНС". 2006. N 2), предлагаем для дискуссии статьи А. Акопяна и В. Римского. Первая посвящена проблемам и перспективам реформирования системы здравоохранения, вторая - тому, как "бюрократическая реальность" искажает реформаторские импульсы.

\* \* \*

Мысли, высказываемые Л. Якобсоном [Якобсон, 2006], не могут не вызывать интереса. Ведь этот ученый - известный представитель современного российского реформаторского крыла экономики социальной сферы. Ранее он предлагал меры, которые, если использовать предложенную в обсуждаемой статье классификацию, можно охарактеризовать как в основе своей социал-демократические с подключением определенного либерального компонента (см., например, [Якобсон, 2003; 2005]). Однако теперь в его оценках произошел поворот, и в качестве жизнеспособной социальной политики в современной России он отказывается признать как социал-демократический, так и либеральный режим благосостояния, отдавая предпочтение консервативному режиму: "Для государствоцентрических обществ характерен консервативный режим, хотя бы потому что они структурируются принципиально иерархично, причем решающее значение имеет иерархия власти, а не богатства. В современной России эта тенденция, по-видимому, поддерживается социокультурным фоном... Ситуация вряд ли изменится, пока ключевую роль в экономической жизни играет *распределение* доходов от использования *природных ресурсов*, в конечном счете неизбежно связанное с распределением власти" [Якобсон, 2006, с. 63].

В ситуации, когда у страны в связи с благоприятной конъюнктурой цен на энергоносители появились существенные средства, которые можно направить и на решение социальных проблем, Якобсон очерчивает "коридор возможностей" реальной, с его точки зрения, политики в рамках консервативной модели. Такое предложение вытекает как из возможностей использования устоявшихся институтов, так и из слабости самоорганизации и широких масс, и не связанной с государством элиты. Слабости, которая не исчезнет в ближайшее время. Думаю, такой подход можно оценить, с одной стороны, как свидетельство некоторого отрезвления от своего рода реформаторского романтизма, а с другой - как определенную капитуляцию перед теми же реалиями, так и не поддавшимися реформированию на протяжении почти двух десятилетий.

Сама идея выделения реального "коридора возможностей" представляется мне плодотворной. И коль скоро появилась возможность не просто теоретизировать и мечтать, выделяемые на социальные нужды средства государство должно использовать макси-

---

*А к о п я н Андрей Степанович - доктор медицинских наук, директор Республиканского центра репродукции человека.*

мально рациональным образом. Попытка выйти за пределы "коридора возможностей", по мнению Якобсона, приведет к определенному дисбалансу пусть не легитимных, но уже сформированных, "отвердевших" институтов, сложившихся теневых связей и коррупционных сетей, к конфликтному противостоянию в системе действующих институтов. В итоге деньги опять "растворятся", так и не достигнув своего адресата. Поэтому предлагается быть в этой ситуации реалистичными. Ресурсы, возможности, территория, возрастная структура населения, институты и порядки, сложившиеся в правящей власти, отношения элит, отсутствие корпоративной идеологии и этики, поразившие государственные органы и структуры власти, отрицательная настроенность к экономической легализации существенной части трудоспособных людей, высокий процент бюджетозависимого населения в структуре занятости, значительная доля неконкурентоспособных работников - все это ограничения, с которыми нельзя не считаться.

С этих позиций хотелось бы проанализировать ситуацию в близкой мне сфере - здравоохранении. Какова здесь **реальная** социальная **политика**? Реалистичны ли декларации о модернизации, упорядочении реальной практики в медицине и здравоохранении, в какой степени это соответствует понятию реформы? Специальный анализ ситуации в данной сфере тем более важен, что, согласно опросам, неравенство в доступе к медицинской помощи расценивается людьми болезненнее, чем другие виды неравенств (жилье, транспорт, образование, доходы и т. п.). И тут интересно посмотреть, куда привел и ведет "коридор возможностей".

С начала 1990-х гг., в силу профессионально-карьерных соображений и обстоятельств, мне довелось одному из первых формировать легальное рыночное пространство оказания специализированных стационарных медицинских услуг (высоких медицинских технологий). Причем речь шла о новом тогда интегрированном направлении - репродукции человека и планирования семьи, о новой организационно-правовой форме коммерческой организации - хозрасчетном государственном предприятии, работающем на условиях аренды. Опыт нового хозяйственного механизма, расширение прав уже действовавших медицинских организаций были восприняты оптимистично, особенно его исполнителями, сбросившими бремя оформления или обхождения централизованной госпитализации по направлению органов управления здравоохранением. Спонтанно начали формироваться признанные сегодня перспективными организационные технологии микроуровня [Филатов... 2001], такие как бригадная форма организации и оплаты труда, врач общей практики, частичное фондодержание поликлиник на оплату услуг стационара, дневные стационары, стационары на дому и т. п. В целом это способствовало как извлечению прибыли от предоставления медицинской услуги, так и повышению качества обслуживания, создавало ясную и легко реализуемую мотивацию ее улучшения. Попытки же внедрить платные услуги в практику работы почти не финансируемых в условиях гиперинфляции 1990 - 1992 гг. бюджетных государственных учреждений без их организационно-правового выделения не увенчались успехом из-за незначительности доходов в расчете на огромные больницы и проблемы с их распределением среди сотрудников. Нормативно неотрегулированная практика медицинской предпринимательской деятельности на базе государственных учреждений затем реализовалась в феномен "приватизации рабочих мест".

Социально-экономические преобразования как в рамках всего российского общества, так и в самой сфере здравоохранения, не могли не сказаться на работающих там людях. Сегодня, общаясь с молодыми врачами, я могу констатировать, что по прошествии 15 лет с начала реформ этическая и профессиональная составляющая врачебной деятельности, примеры для подражания у молодого врача значительно трансформировались. Он стал много менее романтичен, гуманитарен в своем содержании, но более практичен и услужлив, даже корректен, ориентирован на личный доход как на показатель успеха. Эта оговорка может быть существенной, потому что касается изменения нормативных принципов взаимоотношения врача и пациента внутри глубинных слоев отечественной врачебной корпорации, исторически сильной по своим этическим основам, внутренним связям, поведенческим установкам, вековым традициям в сторону

предпринимательской деятельности. Такая трансформация не могла не отразиться и на работниках среднего и младшего звена.

Об этом, как мне кажется, следует серьезно задумываться, ибо этика врача всегда была у нас огромной ценностью. Корпоративность врачей даже во времена войн, голода, революций, репрессий была мерилом социальной ответственности, находила в себе внутренние ресурсы служения долгу и Отечеству, обеспечения профессионального и гражданского достоинства врачебного сословия. Если бы не корпоративизм и ответственность за профессию при тех условиях жизни и работы, в которых оказалось большинство простых врачей, они бы достаточно быстро деградировали и разбежались. Этого не случилось и потому, что медицинское сообщество (корпорация), его люди - по сути носители лучших этических качеств. Им органически присуще такое качество, как сверхответственность. Но в то же время это зависимые, управляемые, дисциплинированные, законопослушные и даже запуганные люди, способные воспринять доводы и уровень проблемы, готовые терпеть, лояльные к власти, живущие в страхе потери работы. Кроме того, в массе своей медицинское сообщество интеллигентно и по-хорошему консервативно. Это та часть населения, которая вместе с педагогами и учеными, технической интеллигенцией и т. п. составляет ядро культурного потенциала страны, обеспечивает стабильность действующей власти и ждет реальных структурных изменений в социальной сфере.

И это та часть населения, которая вполне способна адекватно воспринять грамотно сформулированные, четко прописанные и, разумеется, законодательно и финансово подкрепленные реформаторские импульсы. А в том, что социальную сферу вообще и систему здравоохранения в частности необходимо реформировать, сомнения нет. Ведь старая система была построена в совершенно иной стране, для решения иных задач. С тех пор у нас изменились не только общественный строй, экономические отношения, структура заболеваемости, но даже демографическая структура общества.

Однако оставшийся в наследство от прошлого институциональный и материально-технический каркас старой модели, как показывают события 1990-х гг., по-прежнему является существенным объективным тормозом преобразований. И хотя многое в этом каркасе достойно развития в новых условиях, но сложившиеся, окостеневшие управленческие структуры, на мой взгляд, нуждаются в существенном реформировании. Как представляется, изначальное выстраивание вектора преобразований в рамках "консервативного режима" дает слишком большую *carte blanche* органам исполнительной власти, которые и так в силу ряда политических моментов недавнего прошлого оказались, по сути, бесконтрольными. Такой подход к реальности выглядит как изначальное предложение неких заниженных в силу проповедуемого "реализма" требований к реформированию, которые затем в ходе реализации еще больше корректируются в сторону дальнейшего занижения. В результате первоначальный реформаторский посыл сходит на нет. О таком развитии событий, в частности, свидетельствует ход преобразований сферы здравоохранения в 1990-е гг.

Что здесь получилось по существу? Здравоохранение реформировали так, что законом об обязательном медицинском страховании (ОМС) параллельно полуразрушенной советской системе, основанной на принципе глобального общегосударственного страхования и общего бюджета, в условиях нарастающего дефицита, сложной системы неравенств, "мягких" обязательств государства, была введена и организована (в 1991 - 1993 гг.), по аналогии со странами Европы, "континентальная" модель ОМС. Тогда много говорилось, что для страхования нужен независимый производитель медицинских услуг, и в первую очередь работающие с прибылью медицинские организации, нужен платежеспособный потребитель, нужна реальная страховка с ее индивидуальным денежным наполнением, платежи с застрахованных, а не только взносы с работодателя и бюджета регионов (за неработающее население). При этом без реформы финансирования, управления, собственности, организационно-правовых форм, размера и структуры отрасли, государственных гарантий, сети лечебных организаций это начинание было обречено на неэффективность просто в силу отсутствия родовых признаков страхования. Изменения шли

по законам административного рынка - точно, латентно, по возможности незаметно (последнее органы управления все годы ставили себе в особую заслугу). По сути, в данном случае как раз и можно говорить о применении консервативной модели, хотя внешне все выглядит как построение совершенно новых институтов. Централизовано была создана страховая система. Страховщикам передавались права по сбору, аккумулированию и распределению средств специального налога. Государственная вертикаль бюджетного финансирования упраздняясь путем разделения бюджетов на муниципальные, региональные и федеральный уровни. Последнее положение лишь два года назад получило нормативно-правовую базу, а главы субъектов Федерации могут пролонгировать введение закона вплоть до 1 января 2009 г.

Система ОМС в идеале планировалась как новая интегрирующая финансовая вертикаль, которая будет обеспечивать системность здравоохранения, утерянную с отказом от советской управленческо-хозяйственной вертикали. Но страховщики принимали до 10 и более раз заниженные тарифы на медицинские услуги, органы управления их послушно утверждали. И системе здравоохранения оставалось только самой добирать с больных то, что ей недоплатили, уже за пределами правового регулирования.

Недооцененность медицинской услуги и расчет ее стоимости не с позиции экономического обоснования, а исходя из суммы выделенных средств, не позволили уйти от остаточного принципа финансирования. При этом собственно медицинское страхование ни для врачей, ни для больных значимым институтом не стало. Обязательный налог на ОМС сегодня оплачивают работодатель и бюджет. Сам работник в его оплате не участвует, поэтому серьезно к системе ОМС и не относится. А коль скоро "белая" занятость и оплата труда остаются крайне низкими, а работники теневого сектора по умолчанию практически никаких платежей в систему ОМС не вносят и "выходить из тени" не собираются, сколько налоги не снижай, недофинансирование здравоохранения вытекает из общей экономической ситуации. Зарплата в конверте - это отсутствие того самого социального налога.

Кроме того, так как общего страхового пространства создано не было, в рамках системы ОМС *de facto* появился некий околосударственный орган финансового управления здравоохранением. Парадокс в том, что деньги для него собирает государство, аккумулирует их в государственных фондах медицинского страхования, передавая затем частным страховым компаниям, которые, в свою очередь, финансируют государственные медицинские учреждения. В такой схеме логика страхования исходно нарушается сразу в нескольких местах (не говоря уже о том, что только банковские расходы по обслуживанию "проводок" описанной цепочки составляют весьма значимую величину). За эти годы поправками к закону об ОМС права страховых медицинских организаций неоднократно изменялись, ограничивались. В итоге их функция определилась в виде заполнения, начисления и контроля билингвальных счетов на ретроспективную оплату услуг учреждений "по законченному случаю". Прибыль компаний, в основном, стала формироваться параллельно количеству оплачиваемых счетов, а не средств экономии и результатов операций с ценными бумагами. Конкурентных отношений между страховщиками в условиях отсутствия рынка продавцов, как и рынка покупателей медицинских услуг, создать не удалось. Произошло душевное разделение приписанного населения между территориальными фондами ОМС по региональному признаку. При этом плохо отработаны связи между территориями при необходимости взаиморасчетов, правилом стали их задержки или игнорирование, различное, иногда на порядок, финансирование по одинаковым услугам. Попытка создания действующего и соблюдаемого общефедерального стандарта в системе ОМС, единого для территорий, сегодня является принципиальной чертой политики Минздравсоцразвития.

Существование органов управления здравоохранения и страховых медицинских организаций всегда было небезоблачным. Практически весь страховой бизнес в России поднимался на деньгах ОМС - первой системы государственного страхования новой России. В период 1994 - 1997 гг. 60%-75% бюджетов страховых компаний, которые сейчас занимаются страхованием автомобилей, недвижимости, финансовыми рисками со-

ставляли деньги системы ОМС, широко использовавшиеся в коммерческом обороте [Сушкевич, 2003]. Структуры ОМС получили за счет заведомо заниженных тарифов рычаг неформального давления на главных врачей, любезно закрывая глаза на приписки. Это, в свою очередь, делало управляемыми главных врачей и их запуганные и послушные медицинские коллективы, перешедшие на "подножный корм". При этом важным инструментом влияния страховых медицинских организаций стало определенное законом право контроля объемов и качества медицинской помощи. Но коль скоро ОМС являются финансово-кредитными структурами - коммерческими организациями, контроль качества лечения с их стороны представляется нелогичным и неэтичным.

Появление новой структуры в качестве основного источника финансирования не могло не раздражать традиционные структуры управления, отраслевое чиновничество, более остепененное, грамотное, всю жизнь посвятившее здравоохранению, с "высокой миссией" и общественным авторитетом, статусом, званиями и наградами, неформальными многолетними связями на всех уровнях власти. Тем не менее руководители здравоохранения разных уровней оказались в ситуации, когда пришлось считаться с новоявленными структурами и людьми. В итоге сформировалась двухканальная бюджетно-страховая модель государственного финансирования здравоохранения, в мире аналогов не имеющая. Эта модель - затратна, с деградирующими основными фондами, сохраняющимся избытком коечного фонда. Общей стала возможность получать с больных плату за лечение на основе договорных цен, прецедент которых так или иначе сформировался в каждом лечебном учреждении. Право на привлечение средств населения и смешение каналов финансирования сделали способом хозяйствования нецелевое использование средств. Сегодня есть принципиальное решение, вяло отстаиваемое экономическим блоком правительства, о том, что канал финансирования текущей деятельности должен быть один. Собственно текущую медицинскую помощь планируется оплачивать только через страхование, так как в условиях рыночной экономики его инструменты предпочтительнее бюджетных.

В то же время, по-моему, при переходе на одноканальное финансирование за бюджетом целесообразно сохранить финансирование капитального ремонта, дорогостоящего оборудования для больниц (что, кстати, закон об ОМС предусматривает), финансирование ряда научных и образовательных программ. Причем научными должны быть действительно *исследовательские программы*, а не оплата отдельных видов высокотехнологичных (дорогостоящих) операций. Но это пока - только проекты, хотя реформа здравоохранения идет уже второе десятилетие. До настоящего времени внутри бюрократического коридора в здравоохранении менялись лишь источники финансирования, их количество, направление финансовых потоков, уточнялись формы отчетности и процессы перераспределения средств. До давно обещанных и необходимых изменений отраслевой структуры дело так и не дошло. Хотя об этом заявлялось в Программе приватизации 1994 г., и в Программе реструктуризации сети лечебных учреждений 2003 г., и в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки РФ 1997 г., которая закончила свое действие в 2006 г. На эту концепцию много ссылались, но не было решено ни одной актуальной из заявленных ею значимых задач: изменения пропорций оказания стационарной и амбулаторной помощи; введения федеральных медико-экономических стандартов; изменений организационно-правовых форм учреждений; поддержки развития частной медицины путем предоставления в аренду избытка площадей государственного здравоохранения, сокращения коечного фонда, разделения стационаров по эффективности и т. п. Нынешнее руководство Минздравсоцразвития считает, что хотя задачи, провозглашенные концепцией, по-прежнему актуальны, сегодня ее место занял национальный проект "Здоровье".

Нерешенность принципиальных структурных проблем отрасли, чему в немалой степени способствуют ее окостеневшие институты, на практике приводит к тому, что простой человек сегодня остается слабым и беззащитным перед болезнью. Даже при явном нарушении его прав он не уверен в благоприятных последствиях их отстаивания, не готов к этому, скорее он готов доплатить, докупить лекарства и расходные материалы,

обратиться за помощью к знакомым. Тем более что еще в советское время неформальная практика оплаты врачей, особенно узких специальностей в стационарах, составляла много большую, чем официальная зарплата, часть дохода от врачебной деятельности. И действительно, уставы большинства государственных учреждений здравоохранения сегодня написаны таким образом, что вполне соответствуют процедурам и структурам частных корпораций. Создан особый тип законодательства, с помощью которого при желании можно парализовать деятельность коммерческой организации, легально работающей в сфере платной медицины, и даже не регулировать цену платных услуг государственных учреждений, формально уже оплаченных из бюджета. Это не приносит пользы финансовой дисциплине, отрицательно сказывается на новых производственных отношениях. При слабой, около 1% стационарной и 8% - 9% амбулаторной представленности частных медицинских организаций, объем платной помощи в последние три года приближается к 50% совокупных расходов на здравоохранение и продолжает расти, уже вдвое превысив аналогичный показатель в странах Европы [Вишне夫斯基... 2006, с. 23].

Минздрав, а ныне Минздравсоцразвития как орган исполнительной власти, на мой взгляд, все прошедшие годы работал **без цели**, в основном находился в ожидании кадровых и политических перемен. Что касается первоочередных мер законодательного обеспечения здравоохранения (новый закон об ОМС, законы о государственных гарантиях, об организационно-правовых формах, автономном учреждении), то они в очередной раз заявлены на расширенной коллегии Минздравсоцразвития в октябре 2005 г. [Справка... 2005] в среднесрочной программе Минэкономразвития на 2005 - 2008 гг. Сегодня все происходящее в сфере здравоохранения оценивается, благодаря мажорному информационному обеспечению, в соответствии с приоритетами Национального проекта Здоровье 2006 - 2007 гг. На его реализацию выделено 145,6 млрд. руб.

Никто не отрицает необходимость массивного вливания средств в сферу здравоохранения и оплату труда медработников. Хотя при этом не стоит закрывать глаза и на то, что немалые средства фактически по "флангам" добавляются в сложившуюся определенно-неопределенную институциональную структуру, окрепшую на коммерциализации в кризисных условиях 1990-х гг., с размытыми обязательствами, способную лишь к перераспределению долей в оплате социальных услуг между государством и населением в сторону последних [Плискевич, 2004].

После развала советской системы хозяйствования по мере "адаптации" учреждений к работе в новых условиях "коридор возможностей" здесь сужался, а "порода" из рыхлой становилась все более твердой и непреодолимой. Образ хорошего руководителя-менеджера воплотился в оборотистом, крепком хозяйственнике со связями, умеющем договариваться, дружить с органами управления, силовыми и криминальными структурами, политиками, страховыми компаниями, богатыми предприятиями и предпринимателями и т. п. Основной мерой доблести учреждений на ниве "выживания" стали доходные промыслы в виде поборов от санитарок до администраторов при праве предоставления платных услуг с использованием кассовых аппаратов. Чаще их сочетанием.

Доходы от легальной предпринимательской деятельности учреждений, как правило, мало влияли на материальное состояние больших трудовых коллективов. Разрыв по доходам внутри отрасли стал беспрецедентным. Сотрудники одного учреждения сегодня могут находиться на разных полюсах благосостояния, что не способствует снижению депрессивных настроений в среде медработников и нагнетает раздражение внутри коллективов. В то же время нельзя закрывать глаза, например, и на такой факт: на многих медицинских объектах федерального и академического подчинения до 30% бюджетного финансирования уходит на земельный налог, если он платится, а "выживание" идет через платные услуги, доход от непрофильных арендаторов, аффилированных частных клиник и коммерческих структур.

Анализируя сложившуюся ситуацию, можно констатировать, что в целом население с пониманием подошло к системе соплатежей, которые стали синонимом платных услуг. **Соплатежи** - это форма участия населения в финансировании оказываемой ему

медицинской помощи. В некоторых странах, например в Финляндии, Объединенных Арабских Эмиратах они легализованы и солидарны: любой пациент, госпитализированный или пришедший на консультацию, доплачивает строго определенную сумму. В наших условиях под этим термином скрывается система рыночного предоставления платных медицинских услуг на договорной основе по демпинговым ценам независимо от формы собственности медицинских учреждений, их организационно-правовых форм, тарифов, методик ценообразования, экономического обоснования. Сформировался плохо обустроенный, административно регулируемый рынок платных услуг на базе государственных учреждений.

В целом при наличии рыночной экономики и легального института частной собственности более естественной представляется модель **государственно-частного здравоохранения**, с особняком стоящей системой медицинского страхования в качестве платежной стороны, где на одном полюсе находятся **государственные бюджетные учреждения**, работающие по смете, тарифу, выплатам из системы ОМС и обеспечивающие выполнение государственных гарантий. Дополнительные платные услуги таких учреждений не должны дублировать ассортимент утвержденных государственных гарантий, а ценообразование на них должно подлежать государственному регулированию на основе экономических обоснований затрат, реальной себестоимости, предела доходности, а не спроса и предложения. Сегодня так называемые государственные учреждения здравоохранения, которые по смете давно не работают, демонстрируют лишь примеры государственной организации предоставления платной медицинской помощи. Возможности, предоставляемые Гражданским кодексом, законом "О некоммерческих организациях", позволяют это и без дополнительного нормотворчества. Ряд учреждений государственного сектора, пожелавших сохранить и расширить экономическую самостоятельность, давно могли бы претендовать на акционирование с учетом того, что с начала реформ так и не были учтены экономические права медицинских работников. Такая форма, как "автономные учреждения", планируемая специальным законом, этих задач не ставит, да и по планам Минздравсоцразвития она будет вводиться с отсрочкой до 2008 - 2009 гг., когда закончится финансирование национального проекта "Здоровье" и произойдет плановая отставка правительства перед вновь избранным президентом.

Предполагается, что значительная часть государственных учреждений будет преобразована в автономные учреждения, где легализуется сложившийся *status quo* сегодняшнего дня - финансирование преимущественно по линии ОМС, добровольное медицинское страхование, дополнительное страхование (вероятно, это положение будет принято), платные и иные услуги, широкие полномочия главного врача. С моей точки зрения, в законе желательно предусмотреть участие в управлении такими учреждениями трудового коллектива, профсоюза. Важно также, чтобы у этих учреждений были реальные, а не "птичьи" права на занимаемые площади государственных медицинских учреждений, арендуемое и приобретенное оборудование и т. п. Принадлежать автономные учреждения будут муниципалитетам или субъектам Федерации. Руководитель будет назначаться главой муниципалитета или субъекта Федерации, им же сменяться [Стародубов, 2005]. Думаю, для создания конкурентного рынка медицинских услуг на базе государственных больниц вполне можно выделить под аренду 10% - 15% имеющегося коечного фонда, с приоритетом трудоустройства для своих сотрудников, административно и имущественно не связанных с балансодержателем (базовой больницей, точнее - ее руководством), но с более сервисными условиями пребывания, отсутствием очереди, выбором лечащего врача и т. д. Это позволит не разделять больницы для "богатых" и "бедных" и не вызывать дополнительного раздражения людей с низкими доходами.

Платная медицина в рамках государственного здравоохранения - уже реальность. У нее есть своя конкуренция, свой рынок, пусть и плохо обустроенный. Государственная организация предоставления платных медицинских услуг, уже оплаченных государством по заниженным тарифам, кроме снижения доступности помощи, ухудшает и возможности развития частной системы, снижает ее конкурентоспособность, создавая привилегированные условия для государственных учреждений, различия в доступе к ма-

термальным и административным ресурсам. Ставка на российский вариант государственного капитализма и номенклатурного ультралиберализма в качестве привилегии, возможно, окажется очень эффективной в энергетической сфере, но в медицинской это уже вылилось в рост цен на лекарства и медицинские услуги, в почти тотальную коммерциализацию государственного сектора. Это дополнительно снизило доступность лечения, увеличило число добровольных отказов от лечения тяжелых, часто смертельных заболеваний по материальным ограничениям в интересах других членов семьи. Власть все эти годы как раз и действовала в рамках "коридора", скорее "дрейфа" возможностей. Реальное участие медработников, их среднего звена в модернизационном процессе, правда, даже не обсуждалось. Все решения принимались и принимаются без официальной мотивации, узким кругом неопределенно уполномоченных лиц в строго групповых интересах. Центральным принципом, главным акцентом и инструментом в заявленной реформе, по мнению Минэкономразвития и независимых экспертов, является постепенный переход на одноканальное финансирование. Инструментом борьбы с коррупцией, нецелевым использованием средств объявляется определение обязательств, обеспечение государственных гарантий и формирование системы доплат по экономически обоснованным прејскурантам только за их рамками, информированием пациента о дополнительных платных услугах. Деньги должны не начисляться по факту существования учреждений, а "быть заработаны", следовать за пациентом.

Экономический блок Правительства РФ последние годы обоснованно заявлял, что без структурных реформ финансовые вливания в существенно коммерциализированную и недофинансированную отрасль с неопределенными обязательствами, большим числом коммерческих посредников, несоответствием организационно-правовых форм учреждений их уставным функциям, вольным предоставлением платных услуг на основе идеологии выживания лишь усугубляет сформировавшиеся диспропорции. Поэтому возникает вопрос об эффективности новых финансовых вливаний при фактическом отсутствии структурных преобразований.

Ясно, что реформа без денег невозможна, а при их наличии - не до нее. Это отечественная традиция. Финансовые приоритеты Национального проекта "Здоровье" с позиций изложенного представляют собой обычную практику "латания дыр", в которую все приоритеты все равно не вмещаются. В выбранных приоритетах (развитие первичной медицинской помощи - 96,2 млрд. руб.; обеспечение высокотехнологичной помощью - 48,1 млрд. руб.; информационная поддержка и управление - 1,3 млрд. руб. [Справка... 2005, с. 13]) структурных изменений не предполагается, а финансирование направлено на поддержку и попытку реставрации элементов и методов старой советской системы управления.

Признавая, что все может быть предметом критики, нельзя не отметить и другой аспект проблемы: давно назревшее повышение зарплат первичному звену участковых врачей само по себе не мотивирует роста качества услуг, не расширяет хозяйственных прав врачей общей практики, участковых врачей и не приводит к перемещению медицинской помощи из стационарного сектора в амбулаторный. Кстати, в Чехии 70% участковых врачей перешли на частную общеврачебную практику, и задача реструктуризации медицинской помощи в пользу амбулаторного предоставления услуг была решена.

Удержать врачей на участках мало. Туда надо еще и население вернуть. Почему знающим врачам, заслуженным людям не дать, по желанию, право на открытие врачебных практик, юридически самостоятельных, превращающих служащего, винтика системы в свободного частнопрактикующего врача, врача в составе групповой практики? Почему не передать им частичные права фондодержания, а если это сложно, хотя бы помочь сформировать прикрепленный контингент по месту жительства, коль скоро страховая компания оплачивает, как во всем мире, лечение и обследование пациента? Мы же отдаем государственные средства частным страховым компаниям. Думаю, аренда офисов на базе своих же поликлиник для врачей общей практики, семейных врачей - социально наиболее приемлемый и устойчивый институт, с ресурсом развития. И у населения по-



явится реальный выбор: люди будут знать, какой врач лучше, и это обретет свое материальное воплощение. А у страховщиков наконец появятся подлинные страховые функции. Однако для руководства отрасли более привычен административный контроль поликлиник, вопрос же расширения хозяйственных прав медработников серьезно не рассматривался.

Вся система исполнительной власти сегодня, в отсутствие действенного текущего контроля за использованием ресурсов, ощущает себя более бизнес-корпорацией, "закрытой надменной кастой" (как определяет сам В. Путин), нежели структурой, созданной на деньги налогоплательщиков для выполнения общественных функций. Если добавить к этому, в качестве скрепляющего звена, самостоятельное освоение средств бюджета и внебюджетных фондов, то это будет самый короткий путь к **корпоративно-консервативному режиму**, с самой что ни на есть "должной" иерархией статусов, очередным вариантом пирамиды власти-собственности. Так что всем нам, включая Льва Ильича, при отсутствии выбора скоро будет не о чем и беспокоиться. Вся остальная "корпоративизация" будет неизбежна, как восход солнца. А коль скоро возможны различия в понимании "должного", то "коридор" по мере следования неизбежно будет становиться все более узким, а его стены со временем все больше будут сливаться в железобетонном экстазе административного рынка, номенклатурного бизнеса и исполнительной власти. Проблема в том, что для "чужих" врачей и нежеланных больных в этом коридоре места не предусмотрено. Впрочем, только до того момента, пока не "опустеют закрома", как это было в совсем недавнем прошлом, и "коридор" вдруг превратится в бесформенное желе.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

*Вишневский А. Г., Кузьминов Я. И., Шевский В. И., Шейман И. М., Шишкин С. В., Якобсон Л. И., Ясин Е. Г.* Российское здравоохранение: как выйти из кризиса: доклад на VII Международной научной конференции "Модернизация экономики и государство" (4 - 6 апреля 2006 г.). М., 2006.

*Плискевич Н. М.* Социальная политика 1990-х годов: декларации и реалии (размышления над новой монографией) // Общественные науки и современность. 2004. N 5.

Справка к расширенной Коллегии Министерства здравоохранения и социального развития РФ "О задачах по реализации приоритетного Национального проекта в сфере здравоохранения" // Менеджер здравоохранения. 2005. N 12.

*Стародубов В. И.* Актуальное интервью // Менеджер здравоохранения. 2005. N 12.

*Сушкевич А. Г.* Страх взрослого одиночества // Политбюро. 2003. 3 февраля.

*Филатов В. Б., Кальфа Ю. И., Погорелов Я. Д., Жилиева Е. П.* Организационные технологии в здравоохранении. М., 2001.

*Якобсон Л. И.* Модернизация образования: от логики выживания к реинтеграции в общество // Общественные науки и современность. 2003. N 4.

*Якобсон Л. И.* Российская медицина: стимулы и система репутаций, 2005 // <http://www.polit.ru/analytics/2005/10/04/med2.html>.

*Якобсон Л. И.* Социальная политика: коридоры возможностей // Общественные науки и современность. 2006. N 2.