

Тихомиров А.В. Ведомственная (административная) организация здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 6. - С.8-18.

Резюме: показано, что ведомственная организация отечественного здравоохранения в настоящее время сохраняет энтропию модели Семашко, непригодную для современных условий; revealing that health service system administrative organization preserves Semashko model entropy failing suit to modern reality.

Ключевые слова: административная организация здравоохранения, модель Семашко, правовые проблемы здравоохранения; health service system administrative organization, Semashko model, health service system legal problems.

1. НОМЕНКЛАТУРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

В России с 1773 года начала действовать Медицинская коллегия (подобно тому, как подобная была образована курфюрстом Бранденбургским в 1685 году), преобразованная из Медицинской канцелярии Петровской поры, происходящей в свою очередь из Аптекарского приказа (прежде – Аптекарской палаты) боярского периода, ведущего начало от Царевой или Придворной аптеки (1581 г.). Находившиеся в ведении Приказов общественного призрения богоугодные, медицинские и иные городские учреждения с 1797 года перешли к врачебным управам. С 1836 года центральное управление медицинским делом осуществлял Медицинский департамент Министерства внутренних дел (как во Франции с 1822 года). Земская реформа 1864 года создала медицинскую службу на селе. В тот же период оформилась фабрично-заводская медицина.

Жертвенно-благотворительный уклад земской медицины, приютско-попечительское устройство медицины в городах Российской империи сочетались с гонорарной системой оказания врачебной помощи. *Возмездность* ее оказания повсеместно в мире была и остается общим правилом. Если такая помощь оказывалась бесплатно для неимущих, то – за счет того, кто ее оплачивал. Вопрос, следовательно, всюду состоял лишь в том, кто является плательщиком.

Чтобы преодолеть разницу между бременем оплаты медицинской помощи самим ее получателем и бременем оплаты медицинской помощи иным плательщиком в пользу получателя медицинской помощи, была применена схема касс *взаимопомощи* – первая больничная касса появилась в России в 1858 году. Поскольку стоимость медицинского пособия повсеместно и всегда была высокой, понадобилось компенсационное участие государства в его оплате – в 1912 году вошел в действие специальный правительственный акт по социальному страхованию, включивший установления по медицинскому страхованию.

Положение-декрет ВЦИК от 22 декабря 1917 года «О страховании на случай болезни» передал все медицинские учреждения разных ведомств больничным кассам, которые обязывались обеспечивать застрахованным –

рабочим, служащим и членам их семей – бесплатную медицинскую помощь. Так сформировались две организации здравоохранения – Наркомздравовская государственная и более финансово-крепкая страховая, существовавшая от отчислений предпринимателей, пока 18 февраля 1919 года СНК РСФСР не принял декрет о передаче всей лечебной части больничных касс Наркомздраву РСФСР. Возникла *монополия* Наркомздрава в отечественном здравоохранении и произошел постепенный переход к финансированию здравоохранения из государственного бюджета. Рамками Наркомздрава оказались объединены и структуры практического здравоохранения, и структуры его финансирования.

Запросы здравоохранения в советский период исчислялись в расчете на соответствие идеалам – целям и принципам его организации, в то время как в действительности оно могло осуществить только доступное для реализации. Деятельность по нормативам, вложения в некупаемые проекты, выход в планах за пределы доступного медицине приводили к неоправданному рассеиванию бюджетных ассигнований. Находясь к тому же на финансировании по остаточному принципу, здравоохранение на протяжении всего советского периода испытывало нехватку средств.

Войны, в которых участвовало Советское государство, скрытая милитаризация экономики страны оказали существенное влияние на организацию отечественного здравоохранения. Здравоохранение переняло построение военных схем медицинской эвакуации и приобрело по-военному четкую структуру соподчиненности, став не менее *регулярным*, чем вооруженные силы.

Административное построение системы санитарно-эпидемиологического надзора, состоящей в ведении Министерства здравоохранения наряду с системой органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений, также оказывало определяющее влияние на субординационное построение последней.

Если согласно Манифесту императора Александра I от 8 сентября 1802 г. «министерства установлены на тот конец, чтобы непрерывным действием их и *надзором* доставить законам и учреждениям скорое и точное исполнение»¹, а в последующем общий *надзор* за всеми гражданскими лечебными заведениями принадлежал (за небольшими изъятиями) министерству внутренних дел², то в советский период *поднадзорность* медицинских учреждений государственному органу отраслевого управления преобразовалась в их *подведомственность* Наркомздраву РСФСР и далее – Министерству здравоохранения СССР³.

В советском государстве институт управления объединял соответствующую отрасль, представленную предприятиями, учреждениями,

¹ Развитие русского права в первой половине XIX века. – М.: Наука, 1993. – 316 с. – С.99

² Энциклопедический словарь. Ф.А.Брокгауз и И.А.Ефрон. В 86 т. – Лейпциг-СПб, 1890-1907. - ст. Лечебные заведения

³ Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Учреждение: pro et contra //Главный врач: хозяйство и право. – 2003. - №1. – С.24-41.

организациями. Институт управления составлял государственный аппарат. «Государственный аппарат состоит из различных по значению, структуре и т.п. органов и учреждений»⁴, когда «в соответствии со своей компетенцией орган издает обязательные к исполнению правовые акты». Органом признавалось не любое, а лишь политическое учреждение. «Орган Советского государства – это политическое учреждение, звено государственного аппарата, участвующее в осуществлении функций государства и наделенное для этого государственно-властной компетенцией». При этом орган как «политическое учреждение» обособлялся от иных учреждений в системе государственного управления.

Произошло разделение на учреждения-органы и учреждения-организации. Учреждения-органы при этом получили политическое, а не правовое значение (юридического лица публичного права). Вместе с учреждениями-организациями (а в производственной сфере – с предприятиями) учреждения-органы составляли отрасль как цепь административного соподчинения.

В позднее советское время развитие получила номенклатурная организация здравоохранения⁵. В здравоохранении понятие номенклатуры использовалось часто: номенклатура мероприятий по охране труда⁶, номенклатура наркотических средств⁷, номенклатура производимых лекарственных средств⁸, номенклатура специальностей⁹, номенклатура должностей¹⁰ (несмотря на то, что соответствующее Положение этого не предусматривало¹¹), и, наконец, неизвестная никаким другим российским ведомствам номенклатура учреждений здравоохранения¹².

⁴ Теория государства и права. /Под ред. С.С.Алексеева. - М.: Юрид. лит., 1985. – 480 с.; С.213.

⁵ Тихомиров А.В. Управление учреждениями здравоохранения в отношениях собственности: Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 154 с. – Глава 3. – С.29-50.

⁶ Приказ Министерства здравоохранения РСФСР от 7 июня 1980 года № 410 «О номенклатуре мероприятий по охране труда»

⁷ Постановление Правительства Российской Федерации от 3 августа 1996 года № 930 «Об утверждении номенклатуры наркотических средств, сильнодействующих и ядовитых веществ, на которые распространяется порядок ввоза в Российскую Федерацию и вывоза из Российской Федерации, утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации от 16 марта 1996 года № 278, а также квот на ввоз (вывоз) наркотических средств»

⁸ Федеральный закон от 22 июня 1998 года № 86-ФЗ «О лекарственных средствах», п.7 ст.15

⁹ Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 14 июня 1995 года № 163 «О внесении дополнения в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»; Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 августа 1999 года № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»

¹⁰ Приказ Министерства здравоохранения СССР от 22 июня 1983 года № 755 «О типовой номенклатуре должностей, подлежащих замещению специалистами с высшим и средним специальным образованием в учреждениях, предприятиях и организациях системы Министерства здравоохранения СССР (без медицинского и фармацевтического персонала); Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 июля 1997 года № 209 «О номенклатуре должностей Министерства здравоохранения Российской Федерации»

¹¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 3 июня 1997 года № 659 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 11.12.1997 № 1551, от 12.11.1999 № 1246, от 01.06.2000 № 426).

¹² Приказ Министерства здравоохранения СССР от 23 октября 1978 года № 1000 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения»; Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 1998 года № 110 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения»; Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 ноября 1999 года № 395 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения»

Министерство здравоохранения Российской Федерации утверждало единую номенклатуру и типовые категории учреждений здравоохранения (п/п. 15 п.7 Положения); определяло номенклатуру специальностей в системе здравоохранения (п/п. 59 п.7 Положения).

Если для других ведомств понятие номенклатуры является одним из средств обособления по каким-либо признакам от общей совокупности и структурирования материальных, кадровых и документально-информационных ресурсов, то номенклатура учреждений здравоохранения и номенклатура должностей органов управления здравоохранением служили целям тотального охвата подчинением и распределения по подчиненности субъектов практического здравоохранения.

Номенклатура учреждений здравоохранения перечисляла существующие виды больниц (госпиталей), поликлиник (амбулаторий), их вариантов и сочетаний (медико-санитарных частей, центров, диспансеров, лечебниц, клиник), а также малых структур медицинской помощи (фельдшерско-акушерских пунктов), наряду с целым рядом учреждений нелечебного или парамедицинского профиля: социального призрения (дома ребенка), хранения (медицинский склад), переработки биопродукции (станции переливания крови, молочная кухня), информационных услуг (медицинский информационно-аналитический центр, Центр гигиенического образования населения), вспомогательных услуг (дезинфекционная станция), помимо тех, которые не относятся к числу осуществляющих здравоохранительную деятельность (бюро медицинской статистики и судебно-медицинской экспертизы, контрольно-аналитическая лаборатория) или осуществляют функции наделенных властными полномочиями органов (Центр контроля качества и сертификации лекарственных средств, Центр сертификации).

Номенклатура должностей федерального, региональных и муниципальных органов управления здравоохранением предусматривала не только ранжирование должностных лиц, но и отнесение к их числу руководителей учреждений здравоохранения – своего рода «командный резерв», из-за чего оставалось непонятно, представляют они учреждение здравоохранения в органе управления здравоохранением или орган управления здравоохранением в учреждении здравоохранения.

После создания в результате административной реформы Министерства здравоохранения и социального развития (Минздравсоцразвития) РФ номенклатурная организация отрасли осталась неизменной в определении единой номенклатуры учреждений здравоохранения¹³ и номенклатуры специальностей в сфере здравоохранения¹⁴ (в связи с изменениями в законодательстве, с действием законов о государственной и муниципальной службе, с появлением Общероссийских классификаторов номенклатура

¹³ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 октября 2005 г. N 627 "Об утверждении Единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения" (с изменениями от 19 февраля 2007 г., 19 ноября 2008 г.)

¹⁴ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2009 г. N 210н "О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации"

должностей трансформировалась в Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих в сфере здравоохранения¹⁵, притом что прежняя номенклатура должностей¹⁶ сохранена в качестве приложения к приказу). Иными словами, в полной мере оставлено подчинение учреждений здравоохранения по подведомственности органам управления здравоохранением, а главные врачи продолжают рассматриваться как кадры должностных лиц.

Таким образом, в советское время надзор был заменен подведомственностью в здравоохранении, и с разделением на учреждения-органы и учреждения-организации первые получили политическое – а не правовое – значение, и вместе со вторыми составляли отрасль как цепь административного соподчинения. В изменившихся постсоветских реалиях номенклатурная организация отрасли осталась прежней.

2. ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕДОМСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

За переменой социально-экономического уклада в стране не последовало изменения существа организации здравоохранения. Отрасль осталась социалистическим анклавом в капиталистическом окружении.

Учреждением стала называться разновидность организационно-правовых форм юридического лица (ст.120 ГК РФ). Однако эта форма, как и прежде, оказалась применима равно к учреждениям-органам и учреждениям-организациям. Разделение юридических лиц публичного права и юридических лиц частного права, как за рубежом, с этим не произошло. Но если учреждениям-органам положение юридического лица нужно лишь для того, чтобы в гражданском обороте приобретать товар (снабжение), то учреждения-организации оказались в положении производящих товар (услуги), хотя бы и реализующих его в ограниченном и обособленном ведомственном обороте. При этом, оставшись в административном подчинении органам управления здравоохранением, учреждения здравоохранения не приобрели и положение хозяйствующих субъектов, основанного на экономической свободе. Выделив учреждения, законодатель отграничил их от остальных форм юридических лиц, осуществляющих деятельность в гражданском обороте, формально – привязанностью к несобственному имуществу, на котором они основаны, фактически – неэкономическим характером деятельности (этим они отличны даже от унитарных, в том числе казенных, предприятий).

¹⁵ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 6 ноября 2009 г. N 869 "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (с изменениями от 3 марта 2010 г.); Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 6 августа 2007 г. N 526 "Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей медицинских и фармацевтических работников" (с изменениями от 20 ноября 2008 г.)

¹⁶ Учетная номенклатура должностей Министерства здравоохранения Российской Федерации (утв. приказом Минздрава РФ от 16 июля 1997 г. N 209)

Сохранившаяся ведомственная организация отрасли, основанная на субординации, номенклатурной иерархии подчинения вышестоящим (учреждениям-органам) нижестоящих (учреждений-организаций) структур, при различии в правовом положении, по сути, выстраивает деятельность вторых по модели деятельности первых: учреждения здравоохранения не могут заниматься экономической деятельностью, если им вменяют публичные социально-политические приоритеты. В номенклатурной иерархии отраслевого ведомства учреждения здравоохранения являются не более чем исполнительным продолжением органов управления здравоохранением.

Правовые проблемы ведомственной организации здравоохранения происходят от того, что в сфере охраны здоровья не разграничены политика и экономика, публичное и частное, отрасль и ведомство.

2.1. ПОЛИТИКА И ЭКОНОМИКА В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ.

Здравоохранение финансируется за счет средств казны в порядке осуществления государством политики в социальной сфере. Здравоохранение, в советское время традиционно относившееся к числу отраслей непродуцированной сферы, в изменившихся условиях столкнулось с необходимостью измерения и соразмерности финансовых в него вложений и отдачи в виде социального результата.

Но, во-первых, не государственная политика, а финансовые вложения в здравоохранение обуславливают наступление социального результата. Государственная политика, не подкрепленная соответствующими финансовыми вложениями, не обеспечит наступление такого результата. Действительно, без адекватных потребностям граждан затрат на охрану их здоровья политические решения государственной власти не способны привести к тому, чтобы их лечили хорошо и бесплатно.

Во-вторых, не вложения средств напрямую создают социальный результат, а практическая деятельность, которая финансируется за счет этих средств. Само финансирование здравоохранения является лишь эквивалентом того, что можно сделать за эти деньги, а социальный результат получается от того, что делается взамен денежного эквивалента. Действительно, на вложения определенного размера можно затратить соответствующие ресурсы того же размера, а невозполняемое истощение ресурсов сделает невозможным их использование в будущем: если учреждения здравоохранения не финансировать или финансировать недостаточно, то персонал уволится, оборудование и медицинская техника износится и испортится, не на что станет приобретать расходные и прочие материалы – лечить нуждающихся будет некому и нечем. И, напротив, вложения, обеспечивающие предоставление гражданам необходимой помощи, неизбежно берегут их здоровье.

В-третьих, отдача от вложений средств, проявляющаяся социальным результатом, не находится в прямо пропорциональной связи с их размером. Эквивалентом того, что оплачивается, является встречное предоставление – то, что делается. То, что делается взамен денежного эквивалента,

обуславливает наступление социального результата, размер которого линейному прогнозированию недоступен, будучи зависим от многофакторного влияния. Действительно, лечить можно случайно и легко заболевшего или страдающего давним хроническим или неизлечимым заболеванием либо инвалида: если вложения требуются в первом случае небольшие и недлительные, то во втором – заведомо крупные и долговременные, но в первом случае обычно наступает выздоровление, а во втором неблагоприятный исход значительно более вероятен.

Отсюда финансирование здравоохранения – это инструмент социальной политики государства в отрасли, посредством которого оно оперирует в среде производства предоставлений гражданам взамен оплаты, т.е. в экономике социальной сферы. Социальная политика государства выражается в размещении средств казны в экономике социальной сферы для достижения социального результата.

Таким образом, во-первых, социальная сфера перестала быть непроизводительной, если через производство предоставлений гражданам достигается социальный результат; во-вторых, в существующих реалиях производство предоставлений гражданам создало экономику социальной сферы, через финансирование которой государство осуществляет социальную политику; в-третьих, финансируемая государством экономика социальной сферы опосредует его социальную политику, нацеленную на достижение социального результата.

2.2. ПУБЛИЧНОЕ И ЧАСТНОЕ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ.

В сфере охраны здоровья взаимодействуют государство и общество. Однако если в обществе, в гражданском обороте, действует максима «Разрешено все, что прямо не запрещено», то в механизме публичной власти (государства) и местного самоуправления действует максима «Разрешено только то, что предписано». Правила организации публичного механизма неприменимы к организации гражданского оборота, и наоборот.

Государство в сфере охраны здоровья выступает в своей публичной роли при осуществлении социальной политики. При этом государство действует не в свою пользу (публичного механизма), а в пользу общества: здоровье – это ценность общества, а не собственно государства; для государства это ценность вторичная, производная – будет здоровее общество, будет сильнее государство (ресурсами, возможностями, потенциалом и пр.).

Действуя в пользу общества, государство не понуждает и не обязывает его к охране здоровья – каждый волен относиться к своему здоровью так, как считает нужным, не нарушая при этом права других. Государство лишь способствует тому, чтобы нуждающийся мог получить то необходимое, что объективно нужно ему для сохранения своего здоровья. Именно в этих целях государство поступает своим имуществом, созданным от налоговых и неналоговых поступлений, на цели охраны здоровья граждан. Поступаясь своим имуществом в пользу общества, государство не организует охрану здоровья граждан в механизме власти или местного самоуправления, где и

действуют правила понуждения, предписания: и публичный механизм для этого не предназначен, и общество не подчиняется его правилам.

Государство не состоит в отношениях с членами общества тех же, что и с составляющими публичный механизм элементами – органами и должностными лицами. Отношения членов общества между собой также иные, чем с властными или муниципальными органами и их должностными лицами. И отношения членов общества между собой иные, чем отношения между властными или муниципальными органами и их должностными лицами.

Несмотря на разнообразие отношений, в сфере охраны здоровья они складываются по поводу единственной ценности (нематериального блага) – здоровья, находящейся в правообладании граждан, членов общества. По поводу этой ценности отношения складываются между теми, кто осуществляет воздействие на объект этой ценности, и теми, кто такое воздействие оплачивает. В этих отношениях встречными ценностями являются действия в дозированном масштабе и их денежный эквивалент.

В этих отношениях каждый участник обладает своими интересами: правообладатель – неимущественным (сохранение здоровья); тот, кто осуществляет воздействие на объект ценности – имущественным (получить денежный эквивалент этого воздействия); тот, кто оплачивает воздействие – также имущественным – (получить от оплаченного воздействия пользу, хотя бы и нематериальной природы – свою или выгодоприобретателя).

Чтобы оплатить пользу такого воздействия, используется имущество (финансовые средства) – частное или публичное (при этом публичная принадлежность имущества никак не меняет ни интерес правообладателя, ни характер отношений по поводу оплачиваемого воздействия на объект принадлежащей ему ценности).

Имущественные интересы того, кто осуществляет воздействие на объект ценности правообладателя, также никак не детерминируются публичной принадлежностью того имущества, которое служит объектом оплаты такого воздействия. Равным образом, эти имущественные интересы не детерминируются и публичными, социально-политическими целями и интересами государства, в том числе, если оно является тем, кто такое воздействие оплачивает.

Именно это обуславливает различия в характере деятельности того, кто осуществляет оплачиваемое воздействие на объект ценности правообладателя, и государством в его публичном качестве: результат деятельности первого имеет форму товара, а результат деятельности государства – включая составляющих его механизм органов и должностных лиц – нет. И с обществом, с гражданами государство также не состоит в товарных отношениях – они платят налоги, т.е. обязательные, индивидуально безвозмездные платежи, взимаемые в форме отчуждения принадлежащих им денежных средств в целях финансового обеспечения деятельности государства и (или) муниципальных образований, или сборы, т.е. обязательные взносы, уплата которого является одним из условий

совершения в отношении них государственными органами, органами местного самоуправления, иными уполномоченными органами и должностными лицами юридически значимых действий, включая предоставление определенных прав или выдачу разрешений (лицензий) (ст.8 НК РФ).

Таким образом, в сфере охраны здоровья различаются публичные и частные, объективные и субъективные, имущественные и неимущественные ценности и интересы, принадлежность имущества, деятельность и ее результат. Тем, как – вне зависимости от принадлежности имущества – позиционированы имущественные интересы в отношениях по поводу неимущественных¹⁷, нематериальных ценностей, определяется возможность эффективности этих отношений.

2.3. ОТРАСЛЬ И ВЕДОМСТВО В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ.

Если в советское время отрасль была тождественной сфере юрисдикции ведомства, то со снятием запрета на предпринимательство, с появлением частной медицины отрасль стала шире границ ведомства. За этими границами появился гражданский оборот, неподведомственный органам управления здравоохранения, а регулируемый в соответствии с действующим законодательством, равно применимым к гражданскому обороту во всех остальных отраслях экономики страны.

Тем самым отрасль распалась на две части: сферу экономики, регулируемую по правилам гражданского оборота, и сферу юрисдикции ведомства, администрируемую по правилам публичного механизма. Несмотря на то, что в той и другой сфере происходит производство и реализация взамен ее оплаты одноименной продукции (медицинских услуг) в одном и том же обществе, осуществляется это по разным правилам и в разных пространствах.

Изменилось поэтому и соотношение понятий «охрана здоровья» и «здравоохранение»: первое расширилось до масштаба отрасли в целом, второе сузилось до пределов ведомства. Этому не помешало установленное ст.ст.12, 13, 14 Основ законодательства об охране здоровья граждан (1993) системообразование здравоохранения, разделившее его на три системы: государственную, муниципальную и частную. В значительной мере это произошло в силу различий организационно-правовых форм: в государственном и муниципальном здравоохранении – это учреждения здравоохранения, подведомственные государственным и муниципальным органам управления здравоохранения, в частной медицине – коммерческие и некоммерческие медицинские организации, отличные от учреждений, и предприниматели без образования юридического лица – частнопрактикующие врачи. Иными словами, то обстоятельство, основаны субъекты медицинской деятельности на несобственном или собственном

¹⁷ Пассек Е.В. Неимущественный интерес и непреодолимая сила в гражданском праве. – М., Статут, 2003. – 399 с.

имуществе, полярно развело публичное здравоохранение и частную медицину.

Отсюда вытекает ряд значимых последствий.

Во-первых, цели охраны здоровья не тождественны целям ведомства. Если охрана здоровья как категория социальной потребности ориентирована на существование социального механизма удовлетворения нужд общества в оказании медицинской помощи, то ведомство заинтересовано не более чем в бюджетных ассигнованиях на деятельность подведомственных структур. Интересы в эффективности этой деятельности ведомство не имеет, и механизма, создающего такой интерес, не существует.

Во-вторых, цели охраны здоровья не тождественны нуждам здравоохранения. Вместо удовлетворения нужд общества в оказании медицинской помощи публичное здравоохранение ориентировано на освоение полученных из казны средств – неважно, как, с каким результатом и насколько оправданно. Если – исходя из официальной статистики – в финансирование здравоохранения государство вкладывает миллиарды рублей, то до практического звена (учреждения здравоохранения) доходят в виде платы за медицинские услуги из внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования сотни миллионов рублей – остальные осваиваются иным образом самим ведомством. Интересы в эффективности отдачи от вложений ведомство не имеет, и механизма, создающего такой интерес, не существует.

В-третьих, нужды отрасли не тождественны нуждам ведомства. Нужды здравоохранения как отрасли экономики социальной сферы состоят в эффективном для потребителей товарообмене вне зависимости от того, оплачивают предоставления они сами или в их пользу – другие плательщики (государство, работодатели, страховщики и пр.), а потому – в развитии отраслевого оборота. Нужды ведомства – при существующей организации здравоохранения – заключаются в том, чтобы возратить былое распространение на всю отрасль. Иного, собственно, и не может быть: основанная на иерархии субординации учреждений здравоохранения и органов управления здравоохранением «регулярная» модель Семашко состоятельна только в условиях унифицированного публичного администрирования и несостоятельна в тех условиях, когда субъективные директивы заменяют требования закона. Частная медицина, неподчиненная директивам, притом что она регулируется законом, общим для всех отраслей, является вызовом ведомству и опровержением действующей модели организации здравоохранения. В этом смысле это – директивная организация здравоохранения.

Отсюда, в целом, правовые проблемы ведомственной организации здравоохранения заключаются в устранении всего того, что препятствует развитию отраслевого гражданского оборота и определению места ведомства в отрасли – отличного от сугубо административного.

И главным препятствием в этом является существование института государственных и муниципальных учреждений здравоохранения как

организаций, основанных на имуществе публичной принадлежности. По гражданско-правовой принадлежности имущества они подвергаются традиционному административному управлению, осуществляя деятельность тоже гражданско-правового характера – с результатом, имеющим форму товара. В итоге и деятельность их не становится хозяйственной, и ведомственное подчинение не ориентирует их на достижение хозяйственного результата. А в отношении собственности в ведомственной части отрасли продолжает осуществляться управление подчиненными лицами (субъектами), а не имуществом (объектами).

3. АДМИНИСТРАТИВНАЯ РЕФОРМА В ВЕДОМСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 9 марта 2004 г. N 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти», положившим начало административной реформе в стране, в 2004 году было образовано Министерство здравоохранения и социального развития (Минздравсоцразвития) РФ¹⁸, как и Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор)¹⁹, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор)²⁰, Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию (Росздрав)²¹; вскоре вместо Федерального управления медико-биологических и экстремальных проблем при Министерстве здравоохранения Российской Федерации было создано Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА)²², позднее, в 2006 году – также Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи²³.

В результате административной реформы²⁴ в структуре исполнительной власти в стране произошло, во-первых, отделение функций политических органов от надзорно-контрольных Служб и имущественно-распорядительных Агентств; во-вторых, разделение функций надзорно-контрольных Служб и имущественно-распорядительных Агентств:

¹⁸ Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 321 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

¹⁹ Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 323 "Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития"

²⁰ Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 322 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека»

²¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 325 «Об утверждении Положения о Федеральном агентстве по здравоохранению и социальному развитию»

²² Указ Президента РФ от 11.10.2004 N 1304 «О Федеральном медико-биологическом агентстве»

²³ Указ Президента Российской Федерации № 658 от 30 июня 2006 года «О Федеральном агентстве по высокотехнологичной медицинской помощи»; Постановление Правительства Российской Федерации от 30 октября 2006 г. № 653 «Об утверждении положения о Федеральном агентстве по высокотехнологичной медицинской помощи»

²⁴ Тихомиров А.В. Комментарий к Указу Президента Российской Федерации от 9 марта 2004 г. N 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти» //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 2. - С.2-5.

Федеральное министерство осуществляет:
функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в установленной актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации сфере деятельности
правовое регулирование в установленной сфере деятельности
координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении федеральных служб и федеральных агентств

в установленной сфере деятельности не вправе осуществлять функции по контролю и надзору, правоприменительные функции, а также функции по управлению государственным имуществом, кроме случаев, устанавливаемых указами Президента Российской Федерации

Федеральная служба осуществляет:	Федеральное агентство осуществляет:
функции по контролю и надзору в установленной сфере деятельности	1) функции по оказанию государственных услуг; 2) функции по управлению государственным имуществом; 3) правоприменительные функции

Подобное устройство исполнительной власти уже существует в большинстве развитых стран. Действительно, политическое руководство осуществляет Министерство, функцию государственного надзора – контрольно-надзорные Службы, функцию размещения средств казны среди товаропроизводителей – имущественно-распорядительные Агентства. Это логичная и вполне обоснованная структура ведомства в любой отрасли.

Однако в отечественных реалиях организации здравоохранения по модели Семашко проблему представляет, во-первых, подчиненность ведомственных структур Министерству; во-вторых, предмет деятельности надзорно-контрольных Служб; в-третьих, предмет деятельности имущественно-распорядительных Агентств.

3.1. Подчиненность Федеральных служб и Федеральных агентств Министерству здравоохранения и социального развития.

По замыслу административной реформы прямая субординация Служб и Агентств Министерству не предусмотрена – по общему правилу, назначение и смещение с должности руководителей Служб и Агентств является прерогативой Правительства РФ по представлению отраслевого Министра.

Но такое отклонение от административной иерархии вертикали власти не является жизнеспособным. Кроме того, в рамках единого ведомства оказались разделены политические и финансовые структуры. Тем самым политическая структура (Министерство) оказалась не в состоянии осуществлять политику в отрасли в отсутствие финансовых инструментов, а финансовые структуры (Агентства) оказались без направляющего

политического начала. Кроме того, в здравоохранении Агентства оказались в противостоянии с внебюджетными фондами обязательного медицинского страхования, интегрированными в структуру Министерства. Из числа Агентств относительно жизнеспособным оказалось только ФМБА (осуществляющее функции Третьего главного управления Минздрава СССР²⁵, т.е. обслуживающее безопасность государства и традиционно дистанцированное от обслуживания общества).

Поэтому еще через два года, в 2008 году, Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию и Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи были упразднены с передачей их функций Минздравсоцразвития РФ и ФМБА²⁶.

Федеральные службы оказались более устойчивыми, хотя в ходе бюджетной оптимизации в 2010 году вопрос о слиянии Росздравнадзора и Роспотребнадзора вставал²⁷.

Кроме того, Министерство, оберегая свои прерогативы политической структуры, предпринимает интервенцию в прерогативы других структур ведомства (Служб) и своих структурных – прежде всего финансовых – подразделений, хотя чаще это – вопрос персоналий их руководителей. Так, впервые с запретом на перспективу освобожден от занимаемой должности глава Росздравнадзора Николай Юргель в связи с нарушением закона о государственной гражданской службе²⁸. Незадолго до Юргеля был снят со своего поста глава Федерального фонда соцстрахования Сергей Калашников. Он довольно часто оппонировал Министерству, пусть и непублично. Калашникову не нравилось, что фонду сокращают полномочия. Юргель волновался по похожему поводу²⁹.

В целом, история административной реформы в здравоохранении свидетельствует, что в условиях сохранения прежнего ведомственного уклада новая административная иерархия не является жизнеспособной. Потребности административного управления требуют сосредоточения ресурсов и жесткой субординации нижестоящих звеньев вышестоящим. Появление в ведомственной структуре вертикали власти звеньев, подчиненных ей частично или подчиненных надведомственным вышестоящим звеньям, создают ситуацию конкуренции там, где она

²⁵ 21 августа 1947 года постановлением Совета Министров СССР было создано 3-е Медицинское управление при Минздраве СССР, на которое было возложено руководство медицинским обслуживанием предприятий и научных учреждений, работающих в системе 1-го Главного управления при Совете Министров СССР, предприятий 2-го Главного управления Министерства цветной металлургии СССР и других министерств. В феврале 1954 года распоряжением Совета Министров СССР 3-е Медицинское управление при Минздраве СССР реорганизовано в 3-е Главное управление при Министерстве здравоохранения СССР.

²⁶ Указ Президента РФ от 12.05.2008 N 724 «Вопросы системы и структуры федеральных органов исполнительной власти»

²⁷ Нетреба П., Сапожков О. Правительство ставит на естественный отбор. Роспотребнадзор и Росздравнадзор поглощают друг друга / Газета «Коммерсантъ» № 36 (4336) от 03.03.2010 - <http://www.kommersant.ru/doc.aspx?DocsID=1330686&NodesID=2>

²⁸ Отклонения от позиции по обращению лекарств будут пресекаться – Путин // РИА Новости - <http://www.rian.ru/society/20100205/207871951.html>; <http://rian.ru/economy/20100206/207983664.html>; Барсуков Ю. Глава правительства Владимир Путин уволил руководителя Росздравнадзора Николая Юргеля за публичное несогласие с законопроектом об обращении лекарств - http://infox.ru/authority/mans/2010/02/06/Putin_uvolil_glavu_R_phtml

²⁹ Иваницкая Н. Стратегическая таблетка // <http://www.runewsweek.ru/country/32620/?referer1=rss&referer2=news>

невозможна. Реконструктивные процессы, восстанавливающие административную стабильность, в этом случае неизбежны.

3.2. Предмет деятельности Федеральных служб в сфере охраны здоровья.

Государственному надзору присущи следующие свойства³⁰:

1. надзор (включая лицензирование) – это функция государства, которую от его имени осуществляют уполномоченные государственные органы;

2. надзор подзаконен:

2.1. надзор может осуществляться только на соответствующих правовых основаниях – все, что осуществляется в порядке надзора, основывается (должно основываться) на норме права, положении закона;

2.2. надзор не создает норм права, подменяя положения закона – он следует (должен следовать) положениям федерального законодательства;

2.3. надзор осуществляется не ради надзора и не в интересах государства, а в интересах общества: он обладает (должен обладать) идеологией, которая служит отправной точкой и мерилom надзорных действий;

3. механизм надзора не допускает товарных отношений и участия государственных организаций (учреждений), их опосредующих.

В сфере охраны здоровья образовано две Федеральные службы: Росздравнадзор и Роспотребнадзор.

В соответствии с п.2 «б» Указа Президента Российской Федерации от 9 марта 2004 г. N 314 под функциями по контролю и надзору понимаются:

- осуществление действий по контролю и надзору за исполнением органами государственной власти, органами местного самоуправления, их должностными лицами, юридическими лицами и гражданами установленных Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами и другими нормативными правовыми актами общеобязательных правил поведения;

- выдача органами государственной власти, органами местного самоуправления, их должностными лицами разрешений (лицензий) на осуществление определенного вида деятельности и (или) конкретных действий юридическим лицам и гражданам;

- регистрация актов, документов, прав, объектов, а также издание индивидуальных правовых актов.

При существовании в здравоохранении двух надзорно-контрольных Служб в настоящее время для осуществления деятельности по оказанию единственной медицинской услуги порой необходимо получение до семи лицензий³¹.

В качестве критериев определения лицензируемых видов деятельности в законе рассматривается возможность нанесения в результате осуществления определенной деятельности ущерба правам, законным интересам, здоровью граждан, обороне и безопасности государства, культурному наследию

³⁰ Тихомиров А.В. Правовые аспекты государственного надзора в здравоохранении. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 4. - С.3-12.

³¹ Лазарев С.В. Состояние существующей в здравоохранении разрешительной практики для поднадзорных хозяйствующих субъектов //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. - № 2. – С.36-44.

народов Российской Федерации. Применительно к медицинской деятельности в качестве критерия отнесения ее к лицензируемому виду деятельности³² рассматривается возможность нанесения вреда, ущерба здоровью при оказании медицинской помощи. Обязательным условием отнесения видов деятельности к числу лицензируемых является невозможность регулирования данных видов иными методами, кроме лицензирования³³. Для государства важна безопасность – прежде всего, для пациентов – экономической деятельности в здравоохранении, которая подлежит лицензированию, если ее невозможно регулировать иным образом.

Соответственно, надзор в здравоохранении призван обеспечивать соблюдение хозяйствующими субъектами требований безопасности медицинской деятельности, оборота изделий и товаров медицинского назначения.

Если стратегия государственного надзора правильна, экономический оборот развивается, численность товаропроизводителей и величина товарной массы увеличивается, растет оборот капитала, удовлетворяется все больше потребностей общества в соответствующих товарах, работах, услугах. Если же стратегия государственного надзора неправильна, экономический оборот не растет так, как мог бы, общество недовольно ценностью и безопасностью товаров, работ, услуг³⁴.

В настоящее время надзор в здравоохранении сосредоточен на соблюдении лицензионных требований и условий³⁵, в том числе (п/п «з» п.5 Положения) на обеспечении лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам). Между тем закон у нас никак не определяет ни понятие «качество медицинских услуг», ни понятие «надзор и контроль за качеством медицинских услуг», притом что качество медицинских услуг – это категория частных (потребительских) предпочтений³⁶. При этом требований к безопасности медицинской деятельности Положение вообще не содержит. Тем самым на подзаконном уровне произошла подмена требований закона так, что вместо безопасности медицинской деятельности государственный надзор сосредоточился на качестве медицинских услуг.

Проблемная область государственного надзора в целом обусловлена следующими обстоятельствами³⁰:

1. Проблема надзора в здравоохранении создается неразработанностью политики, отсутствием формальной определенности оснований и

³² ст.4 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 8 августа 2001 года N 128-ФЗ

³³ Лазарев С.В. Состояние существующей в здравоохранении разрешительной практики для поднадзорных хозяйствующих субъектов //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. - № 2. – С.36-44.

³⁴ Лазарев С.В., Тихомиров А.В. Перспектива совершенствования государственного надзора в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 4. - С.25-29.

³⁵ Постановление Правительства Российской Федерации от 22 января 2007 г. N 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности»

³⁶ Мисюлин С.С. Качество медицинских услуг как категория частных (потребительских) предпочтений //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. - № 1. – С.8-10.

усугубляющейся порочностью сложившейся практики государственного надзора.

2. Политика правового государства в сфере надзора в гражданском обществе вкратце должна сводиться к следующему:

2.1. актом надзора государство ручается перед обществом за лицензиата в том, что при соблюдении им требований безопасности неправомерные неблагоприятные последствия его деятельности не наступят;

2.2. за отклонение от этих требований безопасности лицензиат несет самостоятельную ответственность;

2.3. за наступление неблагоприятных последствий деятельности при соблюдении лицензиатом требований безопасности государство несет солидарную с ним ответственность перед пострадавшим.

3. Основания государственного надзора должны соответствовать политике государства в области надзора, основываться на положениях Конституции и иных законов и быть исчерпывающе определенными, чтобы подзаконное нормотворчество не смогло их иначе истолковывать, расширять и восполнять содержащиеся в них пробелы.

4. Осуществление не являющимися государственными органами, но состоящими в инфраструктуре государственных органов и причастными к осуществлению ими публичных функций государственными учреждениями товарной деятельности (оказание консультационных услуг бизнесу), в том числе в сфере государственного надзора, противозаконно.

Государственный надзор в сфере здравоохранения и социального развития в настоящее время носит репрессивный характер, которому подчинена политика расширительной интерпретации Росздравнадзором недостаточно определенных и пробельных оснований его деятельности. В рамках формальной дозволенности Росздравнадзор самостоятельно создает новую реальность своей компетенции на основе собственного усмотрения³⁷.

Нуждаются в формальной определенности и взаимной разграниченности, во-первых, понятия надзора и контроля; во-вторых, предмет надзора и контроля; в-третьих, объекты надзора и контроля в здравоохранении и социальной сфере.

Требует одинаковых подходов общность предмета и объекта надзора и контроля и неодинаковых – их различие.

Предмет надзора или контроля должен, во-первых, соответствовать характеру деятельности, являющейся их объектом; во-вторых, быть ограниченным пределами такого соответствия; в-третьих, быть ограниченным пределами соответствия своему назначению.

В целом, надзорно-контрольные Службы в здравоохранении, призванные обеспечивать безопасность медицинской деятельности для потребителей (пациентов), занимаются в настоящее время нормативной самостоятельностью, подменяющей требования закона и создающей

³⁷ Лазарев С.В., Тихомиров А.В. Врожденная патология Росздравнадзора //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 6. - С.38-43.

административные барьеры для хозяйствующих субъектов, не принимая никакой ответственности государства перед обществом за плоды своей деятельности.

3. Предмет деятельности Федеральных агентств в здравоохранении.

В соответствии с п.5 Указа Президента Российской Федерации от 9 марта 2004 г. N 314 Федеральное агентство:

а) является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим в установленной сфере деятельности функции по оказанию государственных услуг, по управлению государственным имуществом и правоприменительные функции, за исключением функций по контролю и надзору. Федеральное агентство возглавляет руководитель (директор) федерального агентства. Федеральное агентство может иметь статус коллегиального органа;

б) в пределах своей компетенции издает индивидуальные правовые акты на основании и во исполнение Конституции Российской Федерации, федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов и поручений Президента Российской Федерации, Председателя Правительства Российской Федерации и федерального министерства, осуществляющего координацию и контроль деятельности федерального агентства. Федеральное агентство может быть подведомственно Президенту Российской Федерации;

в) ведет реестры, регистры и кадастры;

г) не вправе осуществлять нормативно-правовое регулирование в установленной сфере деятельности и функции по контролю и надзору, кроме случаев, устанавливаемых указами Президента Российской Федерации.

Агентства призваны выполнять частноправовые функции агента. Агентом является посредник, совершающий по поручению другой стороны (принципала) юридические и иные действия от своего имени, но за счет принципала либо от имени и за счет принципала (п.1 ст.1005 ГК).

Отсюда следует, что:

1) агентство призвано выполнять функции посредника;

2) посреднические функции агентство осуществляет в договорных отношениях.

Агентство в здравоохранении выполняет посреднические функции агента между публичным субъектом (государством) и исполнителями соответствующих услуг (субъектами медицинской деятельности).

Между государством как плательщиком и субъектами медицинской деятельности устанавливаются договорные отношения в пользу граждан как получателей этих услуг (ст.430 ГК), а Федеральное агентство в здравоохранении опосредует эти отношения.

Отсюда следует, что:

1) Федеральное агентство в здравоохранении не является исполнителем медицинских услуг;

2) Федеральное агентство в здравоохранении действует не в порядке административного управления деятельностью исполнителей медицинских услуг, а в качестве стороны договора;

3) Федеральное агентство в здравоохранении от имени государства осуществляет функции плательщика за медицинские услуги, предоставляемые гражданам субъектами медицинской деятельности.

Таким образом, возлагаемые на агентства функции по оказанию государственных услуг являются функциями по оплате государством услуг, оказываемых их исполнителями.

Однако наряду с Агентствами в структуре Минздравсоцразвития РФ сохранились внебюджетные фонды (обязательного медицинского страхования, социального страхования и др.), осуществляющие те же платежные функции.

Кроме того, в результате административной реформы из состава Министерства финансов РФ с 1 января 2005 года было выделено Федеральное казначейство и преобразовано в федеральную службу с подчинением Министерству финансов Российской Федерации³⁸. В соответствии с этими преобразованиями правоприменительные функции по обеспечению исполнения федерального бюджета перешли от Министерства финансов Российской Федерации к Федеральному казначейству. На деле Казначейство стало фактически финансово-разрешительной структурой, без которой функции внебюджетных фондов и Агентств оказались неисполнимы.

Таким образом, на пути движения финансовых средств из казны к субъектам медицинской деятельности встал целый ряд публичных финансовых структур.

Если бы такое усложнение механизма финансирования касалось собственно бюджетного процесса, т.е. прохождения средств казны от одного публичного органа к другому, это сказалось бы на эффективности самого государства.

Если бы подобное усложнение механизма финансирования касалось государственного заказа, т.е. прохождения средств казны от публичного органа к продавцу товара (исполнителю работ или услуг), приобретаемого государством в свою пользу, это сказалось бы также на интересах самого государства, его безопасности и обороноспособности страны.

Однако если подобное усложнение механизма финансирования касается заказа государства в пользу общества, т.е. прохождения средств казны от публичного органа к продавцу товара (исполнителю работ или услуг), приобретаемого государством в пользу граждан, это сказывается социальными последствиями. Иными словами, именно там, где – по характеру отношений и последствий – требуется максимально простой и эффективный платежный (а не бюджетно-распределительный) механизм, он сделан наиболее громоздким и не рациональным, не приспособленным для достижения эффективности.

Целесообразность существования Казначейства для целей бюджетного процесса сомнению не подвергается (хотя такие вопросы и ставит наличие

³⁸ Постановление Правительства Российской Федерации от 01 декабря 2004 года № 703 «О Федеральном казначействе».

Счетной палаты). Целесообразность существования внебюджетных фондов в качестве субъектов под сомнение поставлено уже давно³⁹: достаточно их существование в качестве объектов и нет необходимости тратить средства казны на содержание большого бюрократического аппарата. Агентство же – это наиболее целесообразный публичный орган, опосредующий размещение средств казны в гражданском обороте. Ликвидация таких Агентств свидетельствует лишь о нежелании государства в интересах общества формировать в здравоохранении гражданский оборот.

При восстановлении Агентств, уроки их предшествующего существования таковы, что они должны быть:

- во-первых, исполнительной структурой, инструментом социальной политики государства в здравоохранении;
- во-вторых, единственной финансовой структурой ведомства, средоточием публичных средств казны в здравоохранении;
- в-третьих, выступающей вовне бюджетного процесса структурой, а потому в отношениях с контрагентами действующей по правилам гражданского оборота. Именно в этом Агентствам может быть альтернатива – как частнопубличная инициатива публичного субъекта (государства).

Таким образом, ведомственная организация отечественного здравоохранения в настоящее время сохраняет энтропию модели Семашко, непригодную для современных условий. Административная реформа в стране, правильная по замыслу, не достигла и не могла достигнуть изменений в отрасли без изменения самой парадигмы ее организации. Парадигма организации сферы охраны здоровья в существующих реалиях основана на различении публичных и частных, объективных и субъективных, имущественных и неимущественных ценностей и интересов, принадлежности имущества, деятельности и ее результата, что не учтено идеей административной реформы. Отказ государства от номенклатурно-директивного администрирования практического здравоохранения и создание гражданского оборота в отрасли – это то, что может изменить ситуацию.

³⁹ Тихомиров А.В. Фондирование государственных средств финансирования практического здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.11-17.