

Тихомиров А.В. Бюджетная организация здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2011. – № 1. – С.26-35.

Резюме: показано, что бюджетная организация здравоохранения не способна создать в отрасли гражданский оборот; revealing that public budget health service system financing is unable to create branch civil circulation.

Ключевые слова: финансирование здравоохранения, организация здравоохранения, гражданский оборот; health service system financing, health service system organization, civil circulation.

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

1. ФИНАНСОВО-РАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

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

1.1. БЮДЖЕТ И ВНЕБЮДЖЕТНЫЕ ФОНДЫ.

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

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

В 1991 году был принят Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28 июня 1991 года № 1499-1. Им были предусмотрены фонды здравоохранения (ст.11), распорядителями которых признавались «Советы Министров РСФСР и республик в составе РСФСР, органы государственного управления краев, областей, автономных округов и автономных областей, местная администрация», и фонды медицинского страхования (ст.12), которые «формируются в страховых медицинских организациях за счет средств, получаемых от страховых взносов».

Очень скоро стала понятна нежизнеспособность конструкции, при которой публичные средства сосредоточивались в частном владении, в связи с чем был создан Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – Фонд). Положение о Фонде утверждено постановлением Верховного

Совета РФ от 24 февраля 1993 г. № 4543-I «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год» (создан Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, утверждены Положение о Федеральном фонде обязательного медицинского страхования, Положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, Положение о порядке уплаты страховых взносов в Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования), а 29 июля 1998 г. вместо него принят устав Фонда¹.

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

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

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

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

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

Для организации здравоохранения введение обязательного медицинского страхования означало появление «двухканального финансирования»², поскольку учреждения здравоохранения стали финансироваться частью собственником по смете, частично – в порядке оплаты через механизм обязательного медицинского страхования оказываемых гражданам медицинских услуг.

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

Понятие страхования в новое время подверглось соответствующим изменениям. С 1992 г. четыре раза радикально менялось законодательство в этой сфере. Закон Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «О страховании» установил, что страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления (п.1 ст.9); страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

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

Наиболее глубоким исследователем договора страхования Ю.Б.Фогельсоном было показано, что договор страхования может быть использован двояко – как средство защиты частных⁵ интересов и как механизм реализации публичных обязанностей, и что только в первом

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

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

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

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

варианте его использования договор страхования имеет гражданско-правовую природу. Если страхование используют как механизм реализации публичной обязанности, то отличительным признаком такого использования договора страхования является существование публичной обязанности государства независимо от договора страхования. Соответственно, не условия исполнения этой обязанности зависят от условий договора, а наоборот, условия договора зависят от условий исполнения обязанности. К таким случаям использования договора страхования относится обязательное государственное страхование, но не только оно. В обязательном медицинском страховании договор также используется лишь как механизм. В этих случаях речь идет не о страховании как таковом, а о форме реализации обязанности государства⁶.

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

Финансирование здравоохранения для государства в своем публичном качестве – не более чем инструмент осуществления социальной политики в отрасли. Частный интерес государства в сфере охраны здоровья граждан состоит в том, чтобы материальные вложения в механизм страхования влекли последствия, ради которых они производятся, в виде социального результата.

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

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

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

1.1.1. Отсутствие страхового содержания в медицинском страховании⁷.

Объект обязательного медицинского страхования законом не установлен, а объектом добровольного медицинского страхования признан «страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая» (ст.3 Закона Российской Федерации от 28 июня 1991 года N 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»). Объектом страхования является не риск наступления страхового случая, а риск последующих затрат на оказание медицинской помощи. В соответствии с такой формулировкой страховой случай и страховой риск – разные вещи, когда страховой случай обуславливает страховой риск, не являясь таковым. Между тем именно риск наступления страхового случая служит основанием страхового покрытия, а не некий вторичный риск, следующий за наступлением страхового случая. Если же затраты обуславливает именно вторичный риск, то исключительно он и должен определять страховой случай. Существующая формулировка закона противопоставляет риск заболевания, отравления или травмы (страховой случай) происходящему из него риску затрат на оказание медицинской помощи (страховому риску) притом, что какой риск покрывается страховкой, не ясно.

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

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

В отечественном варианте медицинское страхование изначально лишено структуры отношений страхования.

Страхователями при обязательном медицинском страховании признаются: для неработающего населения - Советы Министров республик в составе Российской Федерации, органы государственного управления автономной

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

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

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

С одной стороны, законом фондам ОМС не придается статус страховщика, и финансирование ими в некоторых регионах медицинских организаций непосредственно или через филиалы является незаконным, формируя практику обращения прокуратуры в суд по этому поводу. С другой стороны, фонды ОМС по существу выполняют функции страхователя от имени государства, будучи созданы «для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования» (ст.12 ЗоМС).

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

Кроме того, в отечественном варианте медицинское страхование изначально лишено также баланса экономических и неэкономических интересов.

Страховой механизм оплаты медицинских услуг позволяет финансировать деятельность медицинских организаций. Вместе с тем медицинское страхование предназначено для минимизации риска неподъемных для гражданина затрат на случай заболевания и возникновения потребности в медицинской помощи. Вопрос в том, какие приоритеты законодательно устанавливаются в государстве, в том числе перед системой медицинского страхования: удовлетворения потребностей гражданина по состоянию его здоровья или исключение вероятности неоплаты медицинской помощи по финансовой несостоятельности пациента? В первом случае центральной фигурой страхового механизма является гражданин, во втором - медицинская организация. Повсеместно принято исходить из законных интересов гражданина. Так сложилась страховая медицина. В противном случае

медицинское страхование существует ради самого себя. Ибо ни благо пациента, ни запросы медицинской организации, предоставляющей пациенту соответствующие услуги, не будут учитываться, если финансовые интересы страховой организации заключаются в том, чтобы по максимуму взять и по минимуму отдать. В этом случае основной задачей страхования становится депонирование денежных средств, а отсюда - препятствование их движению.

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

Смещение интересов от плательщика и исполнителя медицинских услуг к страховщику означает, что эти интересы удовлетворяются средствами государственной казны.

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

1.1.2. Отсутствие товарообмена в ведомственном обороте средств казны.

Медицинская помощь везде стоит денег и нигде бесплатной не бывает. Даже советское здравоохранение имело стоимостную оценку (доля в ВВП). Богатое за счет бедности граждан государство могло позволить себе содержать всю социальную сферу. Богатство государства создавалось за ее пределами и происходило из товарных (с известными оговорками) отношений в производственной сфере. Товарные отношения внутри страны формировались между производителями (в промышленности) и между продавцами и покупателями (в торговле, общепите и бытовом обслуживании). Здравоохранение же, как и вся социальная сфера, считалось непроизводственной сферой народного хозяйства. Товарные отношения в ней (хозрасчет) допускались как исключение. Тем самым бюджет государства складывался из доходов, извлекаемых из товарных отношений вне социальной сферы, и расходов, производимых, в том числе, в социальной сфере. А поскольку государство монопольно позиционировалось в экономике, непротивоправное участие в ней частных товаропроизводителей было ничтожно малым и вообще отсутствовало в социальной сфере.

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

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

здравоохранение и реальной отдачи от них ориентировалась на потенциально предотвращенные потери здоровья.

В целом, здравоохранение пришло к тому, что готово освоить любые вложения. Но дальше больше государство оказывалось не в состоянии соответствовать возрастающим потребностям здравоохранения.

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

Бюджетная организация социальной сферы

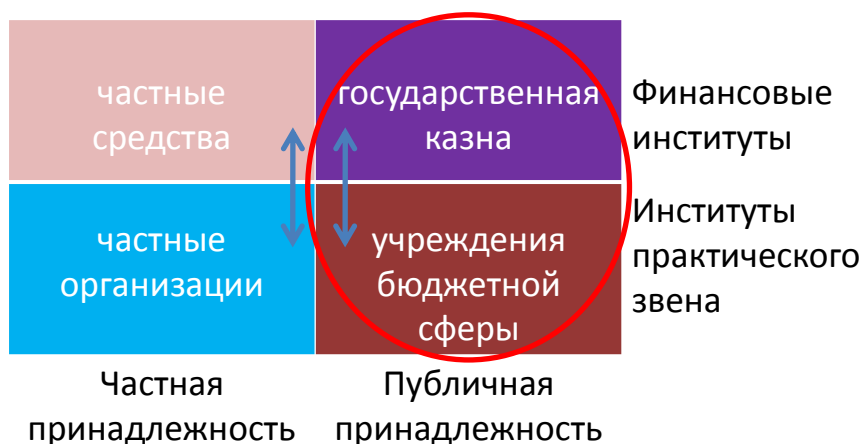


Рис. 1. Схема закрытого рамками бюджетной сферы оборота средств государственной казны.

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

Действительно, доходы, получаемые государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, пополняют собственность государства и муниципальных образований, в том числе и от «платных» услуг сверх налоговых поступлений. Но поступление доходов государственных и муниципальных учреждений в собственность публичного собственника не означало их поступления в казну: имущество

публичного собственника, на котором они основаны, является распределенным (п.1 ст.126 ГК РФ).

Проблема обращения имущественных поступлений в казну возникла с появлением законодательного понятия услуги. Ее создало положение п.2 ст.298 ГК РФ: если в соответствии с учредительными документами учреждению предоставлено право осуществлять приносящую доходы деятельность (в том числе, от оказания услуг), то доходы, полученные от такой деятельности, и приобретенное за счет этих доходов имущество поступают в самостоятельное распоряжение учреждения и учитываются на отдельном балансе. С появлением Казначейства такая самостоятельность стала ограничиваться законами о федеральном бюджете. Поначалу ими предусматривалось завершение перевода счетов по учету собственных средств бюджетных учреждений в органы федерального казначейства с сохранением за учреждениями свободы распоряжения ими⁹. Впоследствии было установлено, что средства, полученные федеральными учреждениями от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, учитываются на счетах, открытых им в органах федерального казначейства, и расходуются федеральными учреждениями в соответствии со сметами доходов и расходов, утвержденными в порядке, определяемом главными распорядителями средств федерального бюджета, в пределах остатков средств на их лицевых счетах¹⁰, а также – что заключение и оплата федеральными учреждениями договоров, исполнение которых осуществляется за счет средств от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, производятся в пределах утвержденных смет доходов и расходов в пределах остатков средств на их лицевых счетах, если иное не предусмотрено законом о федеральном бюджете. Одновременно определено, что заключение и оплата федеральными учреждениями договоров, исполнение которых осуществляется за счет средств от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, производятся в пределах утвержденных смет доходов и расходов, и что органы государственной власти субъектов Российской Федерации вправе принять решение об осуществлении операций со средствами от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, полученными учреждениями, находящимися в их ведении, на счетах, открытых им или органам, осуществляющим кассовое обслуживание исполнения бюджетов субъектов Российской Федерации, в учреждениях Центрального банка Российской Федерации или кредитных организациях с учетом положений бюджетного законодательства Российской Федерации. Более того, предусмотрено, что средства, полученные от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, не могут направляться федеральными учреждениями на создание других некоммерческих организаций, а главным распорядителям средств федерального бюджета поручено обеспечить закрытие счетов, открытых федеральным учреждениям, находящимся в их ведении, в

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

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

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

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

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

А существование государственных внебюджетных фондов лишь опосредует возвращение распределенных средств обратно в казну через государственные и муниципальные учреждения здравоохранения в порядке оплаты оказываемых ими гражданам медицинских услуг. Эти средства не обращаются на цели воспроизводства, используются не в хозяйственном обороте.



Рис. 2. Схема круговорота средств государственной казны в здравоохранении.

Не столько бюджет и внебюджетные фонды нуждаются в обособлении, сколько средства потребления и средства воспроизводства во владении государства и муниципальных образований. Именно это позволяет развести

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

публичное управление и экономический оборот, публичные органы и организации, осуществляющие хозяйственную деятельность.

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

1.1.3. Отсутствие экономичности в распределительном механизме.

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

1.1.3.1. Административные расходы.

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

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

1.1.3.2. Предмет оплаты.

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

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

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

В-третьих, поставка средств производства медицинских услуг в государственные и муниципальные учреждения здравоохранения осуществляется не в счет доходов от медицинских услуг, как в частных

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

медицинских организациях, а по смете публичного собственника, в том числе и в порядке приоритетных национальных проектов и т.д. Тем самым вместо расчета исключительно на самоокупаемость учреждения здравоохранения ставятся в изживенческое положение просителей, ожидающих даров, а не довольствующихся плодами своей деятельности.

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

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

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

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

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

В целом, существующая публичная финансово-распределительная организация здравоохранения демонстрирует свою несостоятельность в сфере гражданского оборота. При этом что охрана здоровья осуществляется в обществе, и субъекты практической медицинской деятельности, и институты ее финансирования субъект публичного права в качестве собственника содержит в публичной (бюджетной) сфере, вопреки тому, что и характер этой деятельности, и характер обусловленных ею рисков имеет частноправовую природу.

1.2. БЮДЖЕТНЫЙ ПРОЦЕСС.

Бюджетный кодекс РФ 1998 года¹³, который многократно подвергался изменениям¹⁴, установил общие принципы бюджетного законодательства РФ,

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

¹⁴ **1999 год:** № 227-ФЗ от 31.12.1999; **2000 год:** № 116-ФЗ от 05.08.2000, № 150-ФЗ от 27.12.2000; **2001 год:** № 126-ФЗ от 08.08.2001, № 194-ФЗ от 30.12.2001; **2002 год:** № 57-ФЗ от 29.05.2002, № 86-ФЗ от 10.07.2002, № 104-ФЗ от 24.07.2002, № 110-ФЗ от 24.07.2002, № 176-ФЗ от 24.12.2002; **2003 год:** № 117-ФЗ от 07.07.2003, № 123-ФЗ от 07.07.2003, № 147-ФЗ от 11.11.2003, № 148-ФЗ от 11.11.2003, № 158-ФЗ от 08.12.2003, № 184-ФЗ от 23.12.2003, № 186-ФЗ от 23.12.2003; **2004 год:** Постановление Конституционного Суда РФ № 12-П от 17.06.2004, Федеральный закон № 111-ФЗ от 20.08.2004, № 120-ФЗ от 20.08.2004, № 174-ФЗ от 20.08.2004, № 173-ФЗ от 23.12.2004, № 182-ФЗ от 28.12.2004, № 195-ФЗ от 29.12.2004; **2005 год:** № 49-ФЗ от 09.05.2005, № 78-ФЗ от 01.07.2005, № 127-ФЗ от 12.10.2005, № 159-ФЗ от 19.12.2005, № 176-ФЗ от 22.12.2005, № 189-ФЗ от 26.12.2005, № 197-ФЗ от 27.12.2005, № 198-ФЗ от 27.12.2005; **2006 год:** № 6-ФЗ от 03.01.2006, № 19-ФЗ от 02.02.2006, № 160-ФЗ от 16.10.2006, № 175-ФЗ от 03.11.2006, № 201-ФЗ от

организации и функционирования бюджетной системы РФ, правовое положение **субъектов бюджетных правоотношений**, определил основы бюджетного процесса и межбюджетных отношений в РФ, порядок исполнения судебных актов по обращению взыскания на средства бюджетов бюджетной системы РФ, основания и виды ответственности за нарушение бюджетного законодательства РФ (преамбула БК РФ).

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

отношения, возникающие **между субъектами бюджетных правоотношений** в процессе формирования доходов и осуществления расходов бюджетов бюджетной системы РФ, осуществления государственных и муниципальных заимствований, регулирования государственного и муниципального долга;

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

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

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

В качестве **участников бюджетного процесса** перечисляются три категории субъектов:

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

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

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

И если между публичными органами или должностными лицами, в том числе, в их функциональной роли в бюджетном процессе, складываются

04.12.2006, № 237-ФЗ от 19.12.2006, № 238-ФЗ от 19.12.2006, № 265-ФЗ от 30.12.2006; **2007 год:** № 53-ФЗ от 20.04.2007, № 63-ФЗ от 26.04.2007 (ред. 24.11.2008), № 212-ФЗ от 24.07.2007, № 247-ФЗ от 02.11.2007, № 257-ФЗ от 08.11.2007, № 333-ФЗ от 06.12.2007, № 159-ФЗ от 09.07.1999 (ред. 09.07.2002); **2008 год:** № 118-ФЗ от 14.07.2008, № 141-ФЗ от 22.07.2008, № 161-ФЗ от 24.07.2008, № 205-ФЗ от 24.11.2008, № 225-ФЗ от 01.12.2008, № 281-ФЗ от 25.12.2008, № 310-ФЗ от 30.12.2008; **2009 год:** № 17-ФЗ от 09.02.2009, № 58-ФЗ от 09.04.2009, Постановление Конституционного Суда РФ № 10-П от 22.06.2009, Федеральный закон № 145-ФЗ от 17.07.2009, № 181-ФЗ от 18.07.2009, № 192-ФЗ от 19.07.2009, № 213-ФЗ от 24.07.2009, № 218-ФЗ от 22.09.2009, № 261-ФЗ от 23.11.2009, № 283-ФЗ от 28.11.2009, № 314-ФЗ от 17.12.2009, № 374-ФЗ от 27.12.2009; **2010 год:** N 69-ФЗ от 30 апреля 2010, N 86-ФЗ от 19 мая 2010, N 216-ФЗ от 27 июля 2010, N 229-ФЗ от 27 июля 2010.

составляющие этот процесс бюджетные отношения, то с получателями бюджетных средств отношения не являются едиными по своей правовой природе и однозначно бюджетными.

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

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

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

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

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

Средствами казны государство участвует и в гражданском обороте, но – уже по правилам гражданского оборота (п.1 ст.124 ГК РФ), и уже не в своем публичном качестве, а потому – не в меру бюджетных предписаний.

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

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

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

Во-вторых, не разделены правовые режимы имущества, обращаемого на нужды освоения самим субъектом публичного права и на нужды приобретений в гражданском обороте. По одним (бюджетным) правилам происходит потребление средств казны механизмом государственной власти или местного самоуправления, по другим (частноправовым) – эти средства размещаются среди товаропроизводителей (для приобретения товаров, работ, услуг).

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

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

1.3. ГОСУДАРСТВЕННЫЕ И МУНИЦИПАЛЬНЫЕ (БЮДЖЕТНЫЕ) УСЛУГИ.

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

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

С экономической точки зрения услуги – это товар, хотя бы и особого свойства. Как любой товар, услуги обладают себестоимостью производства и продажной ценой, с учетом добавленной стоимости формирующейся в соответствии с конъюнктурой экономического оборота, товарообмена. Предметом товарообмена услугу делает экономическая полезность, т.е. услуга обладает меновой стоимостью.

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

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

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

соответствующих механизмах – выступает плательщиком в пользу граждан за оказываемые им медицинские и образовательные услуги.

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

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

Как и в случае с любым другим товаром, в отношениях товарообмена, объектом которого являются услуги, происходит переход прав на встречные предоставления сторон договора: на услугу – к заказчику, на ее оплату – к исполнителю. Иными словами, объекты товарообмена меняют правовую принадлежность.

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

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

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

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

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

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

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

Второй – о правовой характеристике самих государственных услуг. Во-первых, ярлыки – «государственные» или «платные» - никак не меняют товарного существа услуг. Во-вторых, товарным понятием государственной услуги подменяется нетоварное предоставление (например, получение гражданином РФ направления в медицинское учреждение для оказания высокотехнологичной медицинской помощи) члену общества наряду с тем, которое имеет заведомо товарную природу и не может исходить от государства (собственно медицинские услуги), тем самым девальвируя первое и порождая коррупциогенный фактор. В-третьих, в смешении между государственными и муниципальными органами (результат деятельности которых не может иметь товарной формы) и учреждениями бюджетной сферы (результат деятельности которых не может не иметь формы товара) государственные услуги не могут не иметь правовых различий – ведь, например, выдача информации об объекте недвижимости и оказание медицинской помощи объективно обладают неодинаковым значением.

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

Таким образом, понятие услуг неприменимо к тем нетоварным предоставлениям гражданам, которое осуществляет сам субъект публичного права в своем публичном качестве. В тех случаях, когда предоставления гражданам имеют товарную природу, субъект публичного права может выступать лишь в гражданско-правовом значении плательщика в их пользу.

2. ПРОБЛЕМЫ БЮДЖЕТНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.

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

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

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

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

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

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

Появление внебюджетных фондов, распределение финансов по принадлежности Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальным образованиям, рассеивание средств государственной казны по отдельным статьям в бюджетном процессе не изменило существа финансирования здравоохранения – по остаточному принципу, исходя из доли здравоохранения в ВВП, включая содержание государственных, региональных и муниципальных органов управления здравоохранением и – через двухканальное обеспечение – государственных, региональных и муниципальных учреждений здравоохранения.

Однако если за рубежом доля здравоохранения в ВВП оценивается по величине отраслевого оборота, то в отечественном здравоохранении сохранилась прежняя оценка – по величине публичных вложений средств казны. Но не денежный вклад государства в здравоохранение результирует в состоянии общественного здоровья, а деятельность практического звена, измеряемая в услугах в натуральном и денежном выражении – безусловно, не в линейной зависимости. Поэтому именно совокупность оказанных услуг в натуральном и денежном выражении характеризует величину соответствующего оборота в сфере охраны здоровья граждан.

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

Подобный оборот состоит в смене собственности производимой продукции и ее оплаты. В настоящее время лишь частные медицинские организации создают такой оборот – в государственном и муниципальном здравоохранении ни продукция (медицинские услуги), ни ее оплата не выходят за пределы единой собственности, т.е. товарообмена не происходит.

И для оборота медицинских услуг не имеет значения, оплачиваются они за счет средств казны или иного плательщика, включая самого потребителя. Значение имеет лишь то, происходит товарообмен или нет.

Это особенно важно в российской действительности потому, что до сих пор со времен советского прошлого государство позиционируется на стороне своей собственности, на которой основаны учреждения здравоохранения, а не на стороне своих денежных средств, обращаемых на оплату оказываемых ими гражданам услуг (рис. 3). И обусловлено это тем, что и в том, и в другом случае собственность не выходит за круг бюджетного процесса. Тем самым государство в отношении оплаты медицинских услуг позиционируется в соответствии с бюджетно-правовыми правилами центростремительного сбережения имущества, а не гражданско-правовыми правилами его договорного отчуждения. Интересы граждан в качестве выгодоприобретателей не имеют значения для бюджетного процесса распределения средств казны в их пользу, лишенного характера товарообмена.

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

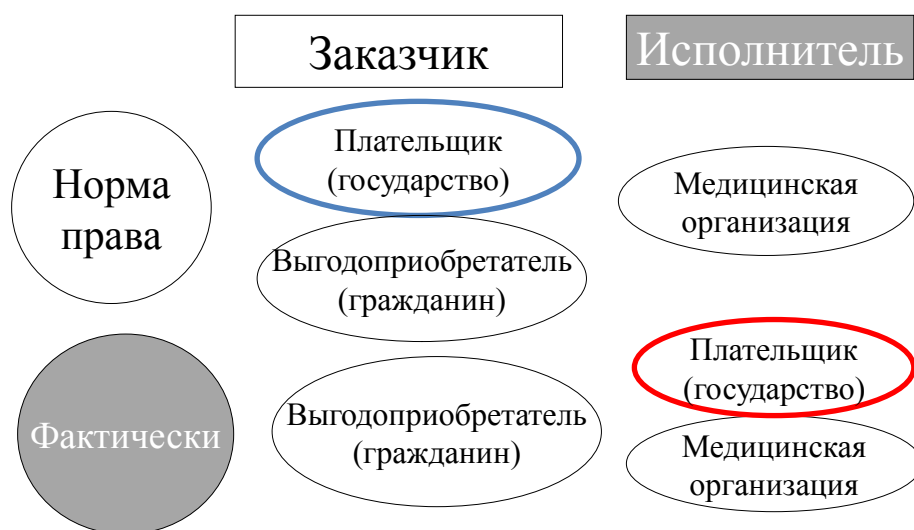


Рис.3. Схема позиционирования государства в отношениях по договору в пользу третьего лица.

Таким образом, доля здравоохранения в ВВП складывается не из финансирования здравоохранения за счет публичных средств, включая содержание органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения, а также оплату оказываемых последними услуг. Доля здравоохранения в ВВП составляет стоимость медицинских услуг, совокупно

оказанных товаропроизводителями, оплаченная равно за счет публичных и частных средств. Государство позиционируется на стороне своей собственности, на которой основаны учреждения здравоохранения, а не на стороне своих денежных средств, обращаемых на оплату оказываемых ими гражданам услуг, постольку, поскольку эти средства не выходят за круг бюджетного процесса. Смены собственности объектов товарообмена не происходит, в связи с чем отсутствует товарообмен.

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

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

Очевидно и то, что отношения товарообмена не могут сложиться в бюджетной сфере, но лишь в гражданском обороте за ее пределами.

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

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

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

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

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

С этими целями нуждаются в обособлении:

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

Оборотная организация социальной сферы

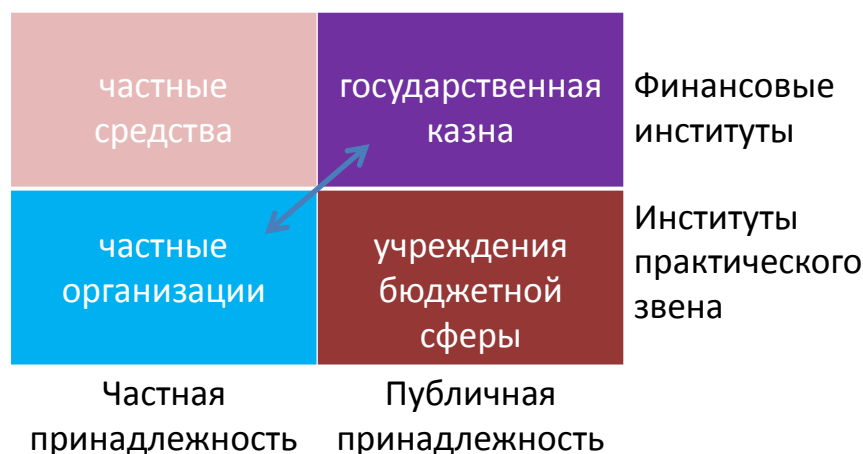


Рис. 4. Схема оборотной организации социальной сферы.

3. БЮДЖЕТНАЯ РЕФОРМА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.

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

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

Однако оборотной стороной экономической самостоятельности учреждений бюджетной сферы в отсутствие доступа к средствам казны являются «платные» услуги, оказываемые за счет частных средств (рис. 5).

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

Как и прежде, приобретшие экономическую самостоятельность учреждения публичной принадлежности, тем не менее, не включаются в общее экономическое пространство в отрасли и не смешиваются в нем с частными медицинскими организациями, поскольку не находятся в

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

Реформа бюджетной сферы

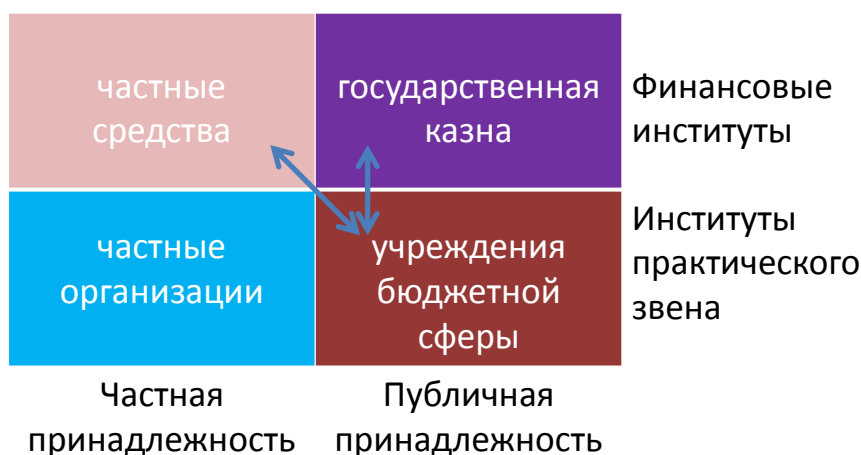


Рис. 5. Схема организации смешанного публичного и частного финансирования учреждений публичной принадлежности разных категорий в результате бюджетной реформы.

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

Однако необходимость реформы – не в простом перенесении бремени содержания учреждений бюджетной сферы на общество и не в том, чтобы

освободить государство от социальной сферы. Оптимизация бюджета состоит в упорядочении трат и освобождении не от необходимых, а от ненужных, излишних и избыточных расходов. Это – вопрос альтернатив.

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

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

Бюджетная сфера может быть освобождена от чуждых ей по товарному характеру деятельности непрофильных активов, т.е. от учреждений социальной сферы при сохранении за государством финансовых обязательств в ней (рис. 6).

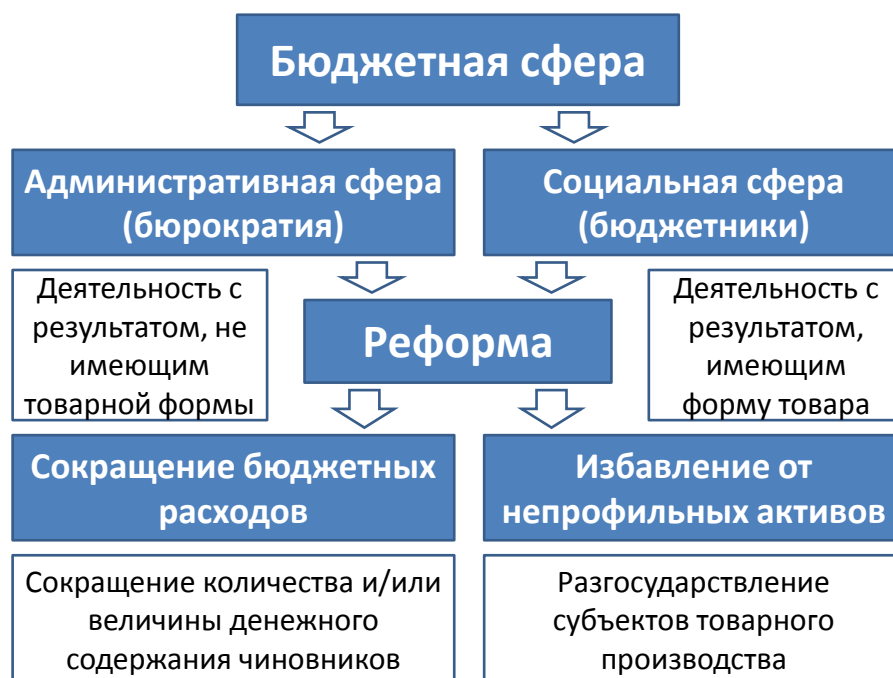


Рис. 6. Структура финансирования бюджетной сферы.

Иными словами, оптимизация бюджета достижима обоими альтернативными бюджетной реформе путями. Однако вместо этого государство решило избавиться от бюджетных расходов на социальную сферу при сохранении в неприкосновенности бюрократии и принадлежности имущества, на котором основаны учреждения бюджетной сферы. Расширяя квази-рынок, государство становится по существу монополистом в квази-экономике социальной сферы. Тем самым сложившийся в отрасли гражданский оборот, созданный частными медицинскими организациями, становится в зависимость от нерыночных интервенций государства как в финансировании, так и в деятельности учреждений здравоохранения.

Таким образом, вопреки необходимости социальной реформы в интересах общества государство провело бюджетную реформу в своих интересах в

ущерб интересам общества. В результате коммерциализации бюджетной сферы существующий гражданский оборот в социальной сфере подвергся значимым искажениям с непрогнозируемыми неблагоприятными для общества последствиями.