

Тихомиров А.В. Хроники непроведенной реформы (апрель 2010) //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. - № 2. – С.5-8.

Недавнее намерение партии «Яблоко» и Российской медицинской ассоциации разработать подробную программу реформирования системы здравоохранения в России<sup>1</sup>, как о том свидетельствует обращение Российской медицинской ассоциации от 21 марта 2009 г. "Социально-ориентированная реформа здравоохранения как антикризисный ресурс модернизации"<sup>2</sup>, основано на предложенной автором Концепции социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения<sup>3</sup>.

Весь ход событий последних лет демонстрирует, что и власть – в оригинале или в пересказе – ознакомлена с названной Концепцией, однако делает все возможное, чтобы предотвратить развитие дальнейших событий по предложенному сценарию. Под давлением обстоятельств власть вынуждена заняться переменами, но ограничивается полумерами, способными привести не к положительным переменам, а к дисбалансу в социальной сфере и к росту социального напряжения.

К настоящему времени власть предприняла несколько шагов, позволяющих их интерпретировать в контексте Концепции социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения.

1. Концепция социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения предусматривает партикуляризацию учреждений бюджетной сферы как способ бесприватизационного превращения их в частные организации, основанные на собственном имуществе. Смысл в том, чтобы, сохранив имущественные активы в государственной собственности, вывести товаропроизводителей (производителей медицинских услуг) за пределы государства – в гражданский оборот.

Вместо этого предусматривается квази-коммерциализация учреждений бюджетной сферы (бюджетная реформа – принятие закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений»).

Целью является экономия на содержании бюджетной сети<sup>4</sup>. Как сообщила на заседании бюджетного комитета Госдумы заместитель главы Минфина Татьяна Нестеренко, "речь не идет о сокращении выделяемых бюджетных ассигнований, но в то же время и их увеличения не будет". Учитывая опыт предыдущей, "завязшей" реформы, правительство хочет максимально

<sup>1</sup> <http://www.yabloko.ru/2010/03/27>

<sup>2</sup> <http://www.rmass.ru/publ/info/akop>; Акопян А.С. Социально-ориентированная реформа здравоохранения как антикризисный ресурс модернизации //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. - № 2. – С.22-31.

<sup>3</sup> Тихомиров А.В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. - М., ЮрИнфоЗдрав, 2007. – 234 с.; Тихомиров А.В. Концепция социально-ориентированной модернизации здравоохранения: Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2008.

<sup>4</sup> <http://www.kommersant.ru/doc-y.aspx?DocsID=1319717>

упростить переходный период. Реорганизации учреждений не потребуется, в течение 2010 года для изменения статуса им будет достаточно внести изменения в свои уставы.

На вопрос, не является ли новая схема переключением ответственности на администрацию самих учреждений здравоохранения, Минздравсоцразвития находит ответ, что на руководителях учреждений здравоохранения и сейчас лежит ответственность за деятельность учреждения, так что скорее к этой ответственности в противовес добавляются определенные права и свободы для оптимизации и улучшения деятельности<sup>5</sup>.

Госдума скоро может принять закон, который позволит сократить бюджетные расходы на школы и больницы. О его последствиях рассуждает политолог Георгий Бовт<sup>6</sup>. Недавний пример с повышением госпошлин наглядно продемонстрировал, что получившие свободу бюджетные учреждения предпочтут пойти по более лёгкому и проверенному пути — оказанию услуг только за плату, причём за максимально высокую.

Настоящее образование, культура и медицина станут привилегиями немногих, применение закона в случае его принятия обернётся ростом недовольства и сыграет важную роль в развертывании политического кризиса в РФ, обусловит который дальнейший экономический спад<sup>7</sup>.

По мнению Ю.М.Лужкова, под благовидным предлогом передачи таким учреждениям доходов от деятельности, выходящей за рамки государственных отраслевых заданий, предлагается перевести госучреждения на самоокупаемость<sup>8</sup>.

Социальная сфера перестает быть государственным приоритетом<sup>9</sup>. Общественные интересы требуют совершенно иного подхода к социальной сфере. Она должна быть направлена на реализацию общих, базовых потребностей населения. В условиях экономического кризиса практика “финансирования заданий” приведет к развалу в социальной сфере. Государство стремится сократить бюджетные расходы, но добьется обострения общественных противоречий. И все же правительственные чиновники ошибаются в своих расчетах. Их вера в то, что кризис сам собой рассосется, что жители России никогда не поймут, что с ними происходит и почему, что многочисленные мелкие неприятности не сложатся рано или поздно в одну большую беду, основана на жизненном и политическом опыте, но все равно наивна. Даже если нет предела наивности и терпению российских граждан, существуют объективные пределы того, что может выдержать экономика. Меры правительства подошли к тому рубежу, когда разрушается уже не просто система образования или здравоохранения, а общество как таковое, когда под вопрос ставится способность к

---

<sup>5</sup> <http://www.gzt.ru/topnews/health/-v-rossii-mogut-poyavitjsya-kazennye-boljnitsy-/286406.html>

<sup>6</sup> <http://www.aif.ru/money/article/32901>

<sup>7</sup> [http://a-rbi.ru/ru/issues?art\\_id=924](http://a-rbi.ru/ru/issues?art_id=924)

<sup>8</sup> <http://ru.trend.az/regions/world/russia/1657267.html>

<sup>9</sup> <http://erpnews.ru/ext4all80.html>

самовоспроизводству целых населенных пунктов и регионов. Это уже не просто очередные реформы, а катастрофа<sup>10</sup>.

Регулирование идет частично по ГК, частично по Закону «О некоммерческих организациях». И на них не распространяется принцип единства бюджетной системы, а, значит, отчетность, бюджетная классификация, контроль, все то, что относится к бюджетной системе. По существу закрепление в законе предлагаемого типа бюджетного учреждения размывает саму конструкцию учреждения, поскольку по объему предоставленной ему правоспособности оно представляет собой фактически разновидность коммерческой организации<sup>11</sup>.

Это не экономика, не социально-экономическое действие - это работа в режиме ранее придуманных автономных учреждений, плавающих в рынке, но без самостоятельности<sup>12</sup>.

Вопреки Концепции социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения власть стремится и сохранить имущественную принадлежность учреждений социальной сферы, и заставить их зарабатывать на «платных» услугах тем, кто не освобождается от бремени уплаты налогов, в том числе на содержание социальной сферы.

Тем самым учреждения бюджетной сферы и не становятся частными, и обязываются выживать своими силами и любой ценой за счет общества.

2. Концепция социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения предусматривает и реформу государственного надзора в отрасли.

Громоздкая, коррупциогенная и неэффективная система государственного надзора в здравоохранении в существующем виде этого сделать не позволит (к 15 мая решается вопрос о реорганизации Росздравнадзора<sup>13</sup> в порядке слияния с Роспотребнадзором).

Минздравсоцразвития готовит отмену лицензирования платных медицинских услуг. Лицензии могут быть упразднены с 1 января 2011 года. Система здравоохранения может оказаться неготовой к изменениям, признают участники рынка. В министерстве подтверждают: по результатам работы представителей общественных организаций малого бизнеса принято решение о необходимости перевести предприятия в здравоохранении на уведомительный порядок осуществления деятельности<sup>14</sup>.

Будь то уведомительный порядок осуществления деятельности или упрощенная процедура лицензирования, это не должно повлечь хаоса в социальной сфере, притом что идеология разрешительной системы в отечественном здравоохранении в целом до настоящего времени не сформировалась.

---

<sup>10</sup> <http://www.rabkor.ru/authored/5256.html>

<sup>11</sup> <http://www.novopol.ru/text81344.html>

<sup>12</sup> <http://kprf.ru/dep/75730.html>

<sup>13</sup> <http://www.rg.ru/2010/03/03/putin.html>

<sup>14</sup> <http://www.sro.ru/sobst/954-gotovy-li-rossijskie-vrachi-k-rabote-bez-licenzij.html>

3. Концепция социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения, исходя из того, что социальная сфера – не для пополнения казны, предусматривает освобождение хозяйствующих субъектов социальной сферы от налогов.

Министр экономического развития РФ отметила, что есть виды деятельности, например образование, здравоохранение, от которых доходы бюджета незначительны, и совсем неопасно освободить такие виды деятельности от налогов, чтобы они развивались<sup>15</sup>. Сначала речь шла об освобождении от налога на прибыль<sup>16</sup>, позже было решено продлить до девяти лет налоговые каникулы для компаний в сфере здравоохранения и образования<sup>17</sup>.

Но Концепция социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения предусматривает формирование идеологии налогообложения товаропроизводителей в социальной сфере: они своей экономической деятельностью прямо создают социальный результат, в отличие от реального сектора экономики, в котором товаропроизводители своей экономической деятельностью участвуют в достижении социального результата опосредованно – через уплату налогов. Это – не милость государства, и не временная мера передержки, а инструмент полноценной политики в социальной сфере, которой в настоящее время нет.

4. Концепция социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения предусматривает наделение граждан дебетовой банковской картой для производства расчетов с товаропроизводителями в социальной сфере. На этих картах предполагается размещение индивидуальных социальных счетов каждого правообладателя. Тогда не бюрократия решает вопросы оплаты, а сам обладатель карты, осуществляющий свой выбор медицинской организации по собственному усмотрению – гражданин, в пользу которого оказываются ему услуги оплачивает государство, голосует государственным рублем за свой выбор.

Это становится возможным тогда, когда расчеты производятся в гражданском обороте, а не в бюджетном процессе. Для этого, по меньшей мере, должен быть уполномоченный государством банк, аккумулирующий средства, выделенные государством на оплату гражданам гарантированных социальных предоставлений. Этого в настоящее время нет.

Поэтому электронные социальные карты, эксперимент с использованием которых предполагается в Татарстане, Башкортостане и Астраханской области, позволяют ее владельцу записаться на прием в регистратуре любой поликлиники. На нее же врач записывает диагноз и выписывает электронный рецепт. Для получения лекарственных средств в любой из аптек, обслуживающих льготников, достаточно карты с рецептом, бумажная копия

---

<sup>15</sup> <http://www.interfax-russia.ru/main.asp?id=119790>

<sup>16</sup> <http://www.klerk.ru/buh/news/176757/>

<sup>17</sup> <http://finam.fm/news/51150/>

не нужна. Карта выполнена на базе MasterCard, ей можно пользоваться для проезда в городском наземном транспорте, получения информации о штрафах в ГИБДД и задолженности по налогам. С помощью карты возможна оплата штрафов и налогов через банкомат<sup>18</sup>.

Но задач в контексте Концепции социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения сейчас электронные социальные карты не решают.

Что остается за пределами внимания власти?

1. Организация товарообмена в социальной сфере. Сохранение учреждений бюджетной сферы в имущественной принадлежности государства притом, что государство же им и платит, т.е. когда и сторону отчуждателя, и сторону приобретателя представляет одна и та же собственность, не формирует товарообмен.

То обстоятельство, что пациент остается за пределами платежного механизма в его пользу, извращает отношения товарообмена, даже если бы они действительно существовали.

А без этого учреждения бюджетной сферы занимают место потребителей в использовании (а не в создании) ВВП. Они не становятся товаропроизводителями, даже в случае переименования в автономные, бюджетные и казенные учреждения – без смены принадлежности и организационно-правовой формы.

2. Непроизводительные расходы. На здравоохранение государство тратит сотни миллиардов, а до практического звена – в виде оплаты медицинских услуг – доходят десятки или единицы миллиардов притом, что в соответствии с Основами законодательства об охране здоровья граждан (ст.ст.12, 13) государственная и муниципальная системы здравоохранения объединяют и органы управления здравоохранением, и учреждения здравоохранения. Очевидно, что при едином финансировании основные потери средств в здравоохранении происходят на уровнях отраслевой бюрократии. Следовательно, проблема не в недостаточном финансировании отрасли, а в неэффективном освоении этих средств.

Таких проблем лишена частная система здравоохранения (ст.14 Основ), в которой органы управления здравоохранением не предусмотрены.

Тем самым придание практическому здравоохранению форм частных организаций и сосредоточение государства только на финансировании практического здравоохранения как на инструменте социальной политики в отрасли позволит радикально сократить бюрократический аппарат, а высвободившиеся средства направить в практическое звено.

3. Определение, измерение и оценка объекта оплаты (медицинской услуги) из государственной казны.

---

<sup>18</sup> <http://www.cnews.ru/news/top/index.shtml?2010/03/30/384803>

Не является объектом оплаты в качестве медицинской услуги койко-день, посещение или исследование. В услугах общественного питания, бытового обслуживания, доставки, поставки (медицинских газов, продуктов, лекарств и пр.) и т.д. ничего медицинского нет. Тем самым в качестве медицинской услуги оплачивается все то, что ею не является и что подчиняется совсем другим правилам, чем оказание медицинской помощи. А собственно медицинская деятельность к экономическим параметрам юридической категории услуги не приведена.

В этом смысле говорить об оплате медицинских услуг нельзя, поскольку оплачиваемая ценность не установлена, и эквивалентный обмен ценностями невозможен.

Следовательно, пока медицинские услуги не имеют известных ценностных характеристик, говорить, что государство их оплачивает, нельзя, а государство до тех пор оплачивает нечто, лишенное свойств товара.

Внятной экономической характеристики медицинской услуги до настоящего времени не сложилось, теория медицинской услуги не получила должного признания, а государство по неизвестным причинам не испытывает потребности определиться, за что оно платит.

4. Экономия расходов. Никто не готов платить не за что. За рубежом до 30% от цены медицинских услуг составляют административные расходы, т.е. стоимость содержания штатов, перепроверяющих цену медицинских услуг.

В России же государство занимается финансированием здравоохранения, а не оплатой медицинских услуг.

Обсуждения двух- или одноканального финансирования здравоохранения настолько же непродуктивны, как и фондодержания, поскольку построены на идеологии освоения выделенных государством средств, а не на выстраивании расходов по доходам.

При существующей в стране товарной организации общества гражданский оборот, в том числе в здравоохранении, складывается на условиях договорных обязательств, ненадлежащее исполнение или неисполнение которых обязанной стороной влечет правовую (имущественную) ответственность. Тем самым экономия расходов в гражданском обороте происходит за счет достижения максимальной эффективности вложений, т.е. получения наибольшей отдачи.

В бюджетном же процессе, цель которого – не создание новых благ, как в гражданском обороте, а сохранение имеющихся в публичной собственности, экономия расходов достигается за счет оптимизации затрат.

Оптимизация бюджетных затрат в здравоохранении в настоящее время происходит своеобразно: можно заморозить строительство медицинских центров, можно сократить закупки оборудования и расходных материалов в больницы и поликлиники, ускорить укрупнение их сети<sup>19</sup>. Так, в Можайской районной больнице Московской области пациентов приучили

---

<sup>19</sup> [http://www.chaskor.ru/article/natalya\\_zubarevich\\_vse\\_paradoksy\\_krizisa\\_15473](http://www.chaskor.ru/article/natalya_zubarevich_vse_paradoksy_krizisa_15473)

госпитализироваться со своими лекарствами, шприцами и бинтами. В бесплатном медучреждении нет ничего, кроме коек и рабочих рук. Ее коечный фонд уже сокращали, с 1 марта ликвидируется еще 50 мест. Ликвидацию сопровождает эксперимент – отделения объединяют. Из 42 фельдшерско-акушерских пунктов на селе разом закрыли 15. На сегодняшний день 8 из оставшихся работают без лицензии, у остальных она истекает в этом году и большинству больниц разрешения не продлят. Затраты уже сейчас "оптимизировали" за счет сокращения койко-мест, половины врачебной ставки и питания больных<sup>20</sup>. Участковую больницу села Утманово Подосиновского района Кировской области «оптимизировали» до одного фельдшера<sup>21</sup>.

С другой стороны, власть вынуждена финансировать учреждения социальной сферы, от которых освобождается бизнес, прежде принявший их в свое время при приватизации. Так, российское правительство выделяет Самарской области 1 млрд. 43 млн. рублей дополнительных дотаций, предусмотренные на финансирование социальных объектов, которые в рамках реструктуризации переданы АвтоВАЗом муниципальным или региональным властям<sup>22</sup>.

При этом весь громадный чиновничий аппарат здравоохранения сохраняется по всей стране в нетронутом виде.

Иными словами, сокращаются неэффективные производительные затраты, а во много раз превосходящие их неэффективные непроизводительные затраты остаются прежними.

Это вместо того, чтобы радикально сократить неэффективные непроизводительные затраты (чиновничий аппарат здравоохранения) и максимально повысить эффективность производительных затрат (по договорным обязательствам), сделав их производительными расходами. Но если первое доступно в бюджетном процессе, то второе – только в гражданском обороте, в отношениях товарообмена. Тем самым – снова замкнутый круг: без партикуляризации учреждений бюджетной сферы товарообмен невозможен, а власть пытается решать проблемы товарной организации общества не в гражданском обороте, а в бюджетном процессе.

В гражданском же обороте есть решение проблемы экономии расходов, предусмотренное Концепцией социально-ориентированной рыночной реформы (модернизации) здравоохранения: это не администрирование цены медицинских услуг, как за рубежом, а управление их себестоимостью – за счет снижения наиболее затратных ее элементов (налогов и арендных платежей). За счет этого государство в качестве плательщика может платить товаропроизводителям в пользу граждан меньше постольку, поскольку они пользуются имущественными преференциями государства.

\*\*\*

---

<sup>20</sup> [http://www.newsmsk.com/article/20Jan2010/med\\_mos.html](http://www.newsmsk.com/article/20Jan2010/med_mos.html)

<sup>21</sup> <http://www.newsler.ru/archiv/2010/03/25/bolnica>

<sup>22</sup> [http://infox.ru/auto/car/2010/03/20/Byyvshiye\\_socobyekty.phtml](http://infox.ru/auto/car/2010/03/20/Byyvshiye_socobyekty.phtml)

Минздравсоцразвития РФ к концу 2010 года представит на рассмотрение правительства ряд законопроектов, в том числе о биомедицинских технологиях, об охране здоровья населения, о защите прав пациентов и "многострадальный" проект закона об обязательном медицинском страховании<sup>23</sup>.

Замминистра В.И.Скворцова в качестве первого принципа деятельности ведомства назвала открытость и диалог<sup>24</sup>. Между тем, как показывает практика, более закрытого ведомства, чем Минздравсоцразвития РФ, в Правительстве нет. Все акты разрабатываются и принимаются в атмосфере строжайшей секретности, и обнародуются уже в том виде, в каком потом лоббируются для вступления в действие.

Учитывая это, можно предположить, что и названные устремления по законодательным инициативам Минздравсоцразвития РФ исключением не станут, а потому вместо конструктивного поиска решений в интересах дела извне предстоит либо критика проектов ведомства, либо создание альтернативных проектов, либо то и другое вместе.

Таким образом, настоящие Хроники непроведенной реформы будут воспроизводиться в обновляемом виде по мере появления новых поводов, которые во множестве порождает Минздравсоцразвития.

---

<sup>23</sup> <http://www.rian.ru/economy/20100326/216551039.html>

<sup>24</sup> <http://www.novayagazeta.ru/data/2010/028/26.html>