

ОБЩЕСТВО И РЕФОРМЫ

А.С. АКОПЯН

Десталинизация здравоохранения как условие модернизации

Автор показывает, что важнейшая черта современной российской социальной сферы, прежде всего здравоохранения, – сохранение созданной при Сталине институциональной среды. Обрисованы основные черты этой среды и показаны пути ее реформирования в соответствии с принципами социального рыночного хозяйства.

Ключевые слова: десталинизация, институты здравоохранения, система “власть-собственность”, учреждение, государственно-правовые отношения.

The author shows that the major line of modern Russian social sphere, first of all public health services is a preservation of the institutional environment created at the time of Stalin. The basic lines of this environment are depicted and ways of its reforming according to principles of a social market economy are shown.

Keywords: destalinization, public health services institutes, system “power-property”, establishment, it is state-legal relations.

Проблема десталинизации, десоветизации в контексте разрыва с тоталитарным прошлым, признания его пагубности поднимается не в первый раз, никогда не получая однозначной общественной оценки. Для “модернизации сознания” мер символического характера типа, например, программы “Об увековечивании памяти жертв тоталитарного режима и о национальном примирении”, предлагаемого Советом по развитию гражданского общества и правам человека при Президенте РФ, явно недостаточно. Устойчивость большевизма, сталинизма определяется когнитивно-ментальной и поведенческой основой этих проявлений, которые вплетены в отечественные институты управления. Особенно это касается нереформированных отраслей “полусоветской” социальной сферы. Повседневная практика работников этих сфер определяет их сознание и поведение, не говоря уже о том, что все граждане без изъятий контактируют с институтами социальной сферы на протяжении всей жизни. Желание разобраться в этом и послужило основанием для рассмотрения данной проблемы на примере близкой мне по роду деятельности системы здравоохранения. Это тем более важно, что все связанное с данной сферой крайне мифологизировано из-за высокого гуманитарного статуса этого вида человеческой деятельности.

Как свидетельствует многолетняя отечественная практика администрирования, бюджет здравоохранения, формируемый по целевым демографическим и медико-

Акопян Андрей Степанович – доктор медицинских наук, директор Республиканского центра репродукции человека и планирования семьи МЗ РФ, председатель Национального этического комитета Российской медицинской ассоциации.

статистическим показателям, может быть весьма манипулируемой величиной при любых показателях общественного здоровья [Акопян, 2009]. В течение всего советского периода демографические показатели при необходимости цензурировались или засекречивались, легко поддавались фальсификации в соответствии с конъюнктурой текущего момента. Манипулирование нелепыми или удобными показателями и сегодня остается стандартным бюрократическим приемом при составлении планов, отчетов и программ [Вишневский... 2006]. Реальным итогом столетнего “демографического разорения” России, особенно первой половины XX в., стало то, что практически все достижения свелись к успехам в борьбе с младенческой и детской смертностью. Смертность же взрослых мужчин осталась почти такой же, какой была и сто лет назад [Демографическая... 2005, с. 276, 446].

Для российского общества исторически сохраняется знак тождества между медициной и здравоохранением, хотя здравоохранение – система охраны здоровья граждан (образ жизни, экология, безопасность, питание, транспорт, условия труда, психологическое состояние и т.д.), а медицина – собственно врачевание, образование и наука. Минздравсоцразвития РФ с удовольствием берет на себя решение общегосударственных задач *охраны здоровья* инструментами организации медицинской помощи. Это предопределяет оперирование преимущественно итоговыми демографическими показателями в ущерб экономическим, отражающим количество и характер медицинских услуг, оказываемых каждому человеку и приводящих к социальному результату. Финансирование деклараций, а не собственно осуществленной деятельности по предоставлению медицинских услуг, унаследованное от прежней советской системы, и сегодня остается основой функционирования отечественного здравоохранения и определяет логику его внутреннего устройства.

Постсоветское здравоохранение – направление трансформации

Несмотря на многолетние разговоры о крайней недофинансированности охраны здоровья, Россия вкладывает в медицину приблизительно столько же, сколько и другие страны со сходным ВВП на душу населения. Половину из совокупных расходов составляют личные средства граждан [Вишневский... 2006]. Но при вполне пропорциональных затратах поражают более чем скромные демографические результаты даже на фоне постсоветских территорий. К тому же анализ показывает практическое отсутствие связи (во всяком случае, на данном уровне государственного финансирования – 7,6 тыс. рублей на человека в год) между его объемом и основными показателями продолжительности жизни, смертности и здоровья жителей административных территорий [Доклад... 2009; Human... 2007]. Это заставляет задуматься не просто об отдельных причинах сохраняющегося многие десятилетия неблагополучия, а о несответствии запросам нового времени.

Осознание новых задач, отвечающих “второму эпидемиологическому переходу”, связанному с постарением популяции, увеличением продолжительности жизни и сменной структуры заболеваемости с преимущественно инфекционной на соматическую, позволило большинству развитых стран, начиная с 1960-х гг., выработать новую стратегию действий. Инициатива перешла к обществу, гражданам, так как источники опасности для здоровья и жизни оказались за пределами прямого влияния медицины. Система же здравоохранения в СССР создавалась именно как мобилизационная система для страны, представлявшей собой жестко централизованное, в значительной мере военизированное государство. Институты в новых условиях во многом просто перестали выполнять свои функции.

Сегодня (по примеру развитых стран с социальной рыночной экономикой) самое актуальное – отказ от прямого *субъектного* управления государством медицинскими учреждениями через их административно назначаемых руководителей в пользу *объектного* управления производственной базой (имуществом) системы здравоохранения и оплаты лечения из общественных фондов за каждого гражданина в пределах утвержденных гарантий независимо производителю на договорной (контрактин-

говой) основе, а не на основе ограниченного вещного парва (оперативного управления имуществом для предоставления соответствующих услуг), как сегодня. То есть основная задача – перевести систему здравоохранения из бюджетно-ведомственного в гражданский оборот. Однако такая постановка вопроса вызывает непонимание и раздражение безмерно разросшегося административно-управленческого аппарата органов здравоохранения, склонного принципиально ничего не менять.

Доступность медицинской помощи сегодня – все, что угодно, кроме внятно гарантированной бесплатности. Но есть второе требование – *качество* медицинских услуг (медицинской помощи в товарной оболочке). Так как качественное исполнение услуги неотделимо от ее исполнителя, проконтролировать его как *объект* просто невозможно. По сути, тут речь должна идти о контроле деятельности самого врача как *субъекта* договорных отношений, что органы управления физически проконтролировать не в состоянии. Во всем мире этот вопрос решается через инструменты профессионального (корпоративного) самоуправления. Безопасность же медицинской помощи (услуг) – совместная компетенция государства и профессионального сообщества, реализуемая через разрешительную систему лицензирования, стандартизации, аккредитации, аттестации, сертификации медицинского персонала, помещений, организационных технологий, лекарств и оборудования.

Важный индикатор, подтверждающий невозможность решить стоящие сегодня перед страной задачи в рамках советской модели организации медицинской помощи, – тенденции и факторы занятости в российском здравоохранении. В России показатель числа врачей на 10 тыс. населения с советских времен был очень высок, и он за годы реформ продолжал увеличиваться¹. Правда, в отечественную номенклатуру собственно врачебных специальностей входят и те, которые за рубежом таковыми не являются (например, физиотерапевты, дантисты, медстатистики, управленцы и пр.).

Важно также структурное соотношение различных представителей самого врачебного сообщества. Если по данным официальной статистики доля собственно врачей в общей численности занятых в здравоохранении США составляла в 2004 г. 6,3%, то в России аналогичный показатель много выше и продолжает увеличиваться: в 1995 г. – 17,9%, в 2000 г. – 18,3%, в 2004 – 18,8%, в 2006 – 19,3%. При этом число врачей общей практики в России составляет мизерную долю – лишь 3 врача на 100 тыс. человек. Соотношение врачей и медсестер у нас самое плохое: один к двум, хотя в современных условиях оно должно быть не менее одного к пяти–шести. Врачи, главным образом, сосредоточены в городах, на селе их всего 7,4%, хотя там проживают 26–27% граждан и плотность расселения значительно ниже. В первичном звене здравоохранения не хватает, как минимум, 60 тыс. врачей, в то время как в стационарах переизбыток свыше 100 тыс. [Комаров].

Эти показатели убедительно свидетельствуют об усугублении диспропорций в использовании наемного труда врачей, их малой загруженности по прямому назначению, отсутствию продуманной кадровой политики и слабости органов управления здравоохранением, неспособности “штаба отрасли” бюрократическими методами создать набор необходимых мотиваций для своих работников. Во многом здравоохранение с его институтами, характером административного управления учреждениями (точнее – руководителями), персоналом и бюджетом “висит в воздухе” – существует для самого себя, действуя в режиме самосохранения прежней системы, разваленной платными услугами в так называемых государственных учреждениях здравоохранения.

Существование во “враждебном рыночном окружении” за рамками полноценного правового регулирования, адекватного типу нынешнего государственного устройства,

¹ Если по состоянию на 2004 г. Россию по числу врачей опережали лишь две страны – Италия и Грузия, то в 2006 г. Россия вновь вышла на первое место в мире с показателями числа врачей 49,9 на 10 тыс. человек. Численность студентов в государственных медицинских вузах с 1990/96 по 2006/07 учебный год возросла со 193 до 204 тыс. человек, хотя численность населения все эти годы сокращалась [Колосницина, Мушинкин, 2009]. Связь рабочей профессии с полученной в вузе специальностью в медицине и фармакологии остается самой высокой – 91,3% и 100%, соответственно [Аврамова, 2009].

приводит к ситуационному манипулированию подзаконными актами, не способными выдержать ни одной серьезной правовой экспертизы на соответствие даже действующему законодательству, сделавшими чиновника основным субъектом и рынка и управления. Яркий пример тому – проект новой редакции “Основ охраны здоровья в РФ”, предлагаемый взамен действующих с 1993 г. “Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан”, выполняющих роль медицинской конституции. Новый акт, несмотря на попытки его редактирования, не выдерживает никакой критики. В нем пытаются лишь узаконить сложившееся положение вещей, особенно в части платных услуг. По сути, это – низкокачественная инструкция конца 1980-х гг., абсолютно несоотносимая с действующим Гражданским кодексом (ГК) и антимонопольным законодательством, акт ведомственной колонизации отрасли. Новый закон перестает быть “основами законодательства”, приобретая статус федерального закона прямого действия, который практически все – от сроков беременности до контроля качества – передает на усмотрение правительства и федерального органа исполнительной власти, что делает его удобным лишь для чиновников. Даже профессиональные ассоциации (объединения граждан) планируется аккредитовывать в Минздравсоцразвитии, что прямо противоречит Конституции РФ.

При этом новый законопроект снимает с государства практически всю ответственность, наделяя министерство дополнительными полномочиями. Но ведь болеет не государство, а люди, составляющие общество. Часть же общества – врачи – этих людей лечат. Государство же, вместо регулирования процесса, озабочено лишь усилением своих и без того мощных посреднических функций, лишь мультиплицируя неэффективность расходования ресурсов. В итоге закон, если он будет принят в заявленной концепции, окажется нежизнеспособным: “теневые” отношения не устранил, но на длительное время сделает невозможной модернизацию здравоохранения. Такие понятия, как “экономика здравоохранения”, “индустриальная трансформация”, “индустрия здоровья” по-прежнему не выйдут за рамки диссертационных работ и монографий. Безвозвратно утерянная системность функционирования отрасли, ее фрагментированность по юридическим лицам, приватизированность по объектам, ведомствам и фондам выливается в “ручное управление” по принципу “кто во что горазд”. Реальная же экономика здравоохранения остается по-прежнему теневой.

Учреждения как феномен “русской модели управления”

Учреждение – основная и по-своему уникальная форма организации, утвердившаяся в нашей деловой культуре. Все мы, родившиеся и выросшие в этом “воздухе”, привыкли к нему, просто не знаем иного. Для советских учреждений были характерны основанность на несобственном имуществе и неэкономический характер деятельности. Сегодня эта организационно-правовая форма (ОПФ), как и прежде, применима и к учреждениям-органам, и к учреждениям-организациям. Разделение юридических лиц на лица публичного и частного права, как за рубежом, у нас не произошло. Плательщик и получатель бюджетных средств по-прежнему совпадают в имущественной принадлежности, ведут по сути предпринимательскую деятельность под гарантии государства². Если в производственной сфере по самой своей сути революционные изменения форм собственности и ОПФ состоялись и положили начало процессу формирования институтов корпоративного управления, основанных на разделении функций собственности и управления, то социальной сферы этот процесс практически не затронул. Даже партии и общественные организации по существу у нас являются учреждениями. Борьба личностей и ведомств в подавляющем большинстве случаев предстает перед обществом в виде борьбы учреждений.

² Ведь учреждение и принадлежит государству, и им же финансируется в рамках бюджетного процесса. Врачи и пациенты к этому не причастны.

Учреждение – уникальный инструмент слияния “Я”-руководителя с “Мы”-родиной (партией, государством) и возможностью полной идентификации себя и учреждения (партии, государства). По закону и реальному представительству учреждение – и есть его руководитель, то есть лицо, принимающее решение (ЛПР). В советской истории учреждения и унитарное управление отлично зарекомендовали себя в качестве формы и способа достижения высокой мобилизационно-перераспределительной эффективности, не говоря уже об административной лояльности. Правовая же модель корпоративного управления способна выжить и нормально функционировать лишь в комплексе с другими общественными институтами (независимый суд, уважение к частной собственности, доверие к государству и многое другое). В ином случае разделения перекрещивающихся полномочий приводят к двоевластию, которое при шаткости нормативной базы переводит эти коллизии в неформальную плоскость [Верников, 2009].

Общая характерная особенность российской деловой культуры, основанная на господствующих в стране неформальных нормах, определяющая ее “неконгруэнтность” с импортируемыми институтами (страхование, аренда, саморегулирование и т.д.), – ее основанность на высокой концентрации собственности, вовлеченность собственника в управление, преобладание неформальных отношений над формальными, нетерпимость к конкуренции и конкурентам [Олейник, 2005]. А. Прохоров видит основополагающий принцип “русской модели управления” (в отличие от британской и германской) в том, что “внешний орган крайне централизованного управления, который выглядит абсолютно всесильным и формально имеет все права на подчиненного и имущество, тем не менее, не доходит до текущего повседневного управления да и не имеет такой физической возможности” [Прохоров, 2006]. Русскую модель управления можно сравнить с “гроздьем винограда”, где каждая ягода (кластер) находится в своей оболочке. Внутри кластера – региона, завода, полка, бригады, больницы и т.д. – господствуют неформальные, неправовые отношения, “круговая порука”, благодаря которой, несмотря на неэффективность в каждой ситуации, в каждый момент времени и в каждом месте, задача тем не менее решается. Модель эта неконкурентна, основана на “конкуренции администраторов”, а не “администрировании конкурентов”. Она позволяет в нужный момент за счет волевой мобилизации ресурсов и их перераспределения, не считаясь с интересами отдельного человека и “ценой вопроса”, охватывать все общество, живущее в условиях неправовой повседневности. Здесь корни того, почему не идет модернизация, не внедряются изобретения, неконкурентоспособна продукция, не работает законодательство о труде.

Внешне коллективистская культура управления при агрессивном индивидуализме каждого исполнителя приводит к тому, что все контрагенты подразделяются на “своих” и “чужих”, нет доверия к внешним лицам и органам, господствует “двойная” мораль (для себя и для внешнего пользования), что придает ей оборонный характер. Право нацелено на защиту групповых, а не индивидуальных интересов. Действует принцип централизма и дисциплины с узурпацией “на самом верху” максимального объема полномочий. В рамках такой парадигмы минимальная независимость любого элемента воспринимается как угроза, а прямой владетельный контроль, минуя коллегиальные механизмы, лишь еще больше повышает уровень общей неэффективности. Задачи развития требуют отказа от такой модели трудовых отношений в пользу гражданско-правового договора, подразумевающего оплату услуг специалиста, а не его рабочего времени.

В сохранившейся всеобъемлющей системе государственных учреждений почти каждое из них, наряду с правом на предпринимательскую деятельность, в “новые времена” дополнительно прирастило себе права юридического лица³. Это окончательно обрело данный институт на функционирование в условиях неформальных отноше-

³ По сути это аналогично праву воинского формирования заниматься на свой страх и риск предпринимательством. Такие формирования достаточно быстро превращаются в банду мародеров.

ний. Тем самым была реализована идеальная для личных целей бюрократии архетипическо (социокультурно) гармоничная “лжегосударственная форма существования частного (частно-бюрократического) капитала” [Гайдар, 2009, с. 323].

Живущим своей жизнью государственным учреждениям здравоохранения было делегировано право извлечения прибыли “из всех источников, не запрещенных законодательством РФ” в пределах уставной деятельности. Мотивировалось это, наряду с постоянным расширением прав руководителей, целью спасения учреждений в условиях масштабного социально-экономического трансформационного кризиса. На практике все привело к тому, что руководитель в качестве фидуциара⁴ оказался в центре конфликта интересов государства с экономическими интересами учреждения (то есть со своими интересами)⁵. Интересы же государства (органа управления) и учреждения (руководителя) оказались диаметрально противоположны экономическим интересам его работников. В условиях неопределенности отношений собственности конфликт интересов институционально закреплен по всей вертикали администрирования [Тихомиров, 2007; Акопян, 2009].

Сегодня в основе институтов государственного и муниципального здравоохранения по-прежнему лежит так называемое **оперативное управление** учреждением и его имуществом, осуществляемое административно уполномоченными лицами – балансодержателями, хотя Гражданский кодекс такого понятия не содержит. Большевикско-сталинское по происхождению, оставшееся в наследство от времен “военного коммунизма” неэкономическое ограниченное вещное право оперативного управления, положено в основу прав владения, пользования, извлечения прибыли и административной ренты из управления объектами государственной собственности, в целом соответствуя логике предшествующего развития российской цивилизации.

Этот тип управления и владельческого контроля, делегированный руководителю, в пределах вверенного объекта характеризуется всеобъемлющим, недифференцированным, неопределенным и неограниченным наполнением в виде совмещения всех организационно-распорядительных, кадровых, финансово-хозяйственных и профессионально-производственных полномочий. Сегодня он опирается на манипулирование в управлении несобственным имуществом: “квадратными метрами” учреждений, задействованными в гражданском обороте, предоставлением платных услуг. Не предусмотренное законом “балансодержание” (ГК РФ такого понятия не содержит) позволяет реализовывать волю “верховного” собственника в условиях административно-командной системы управления социальной сферой при полной, по сути крепостной, зависимости работников от рабочего места, включая и самих руководителей учреждений, административно управляемых “страхом оказаться на улице и сдохнуть под забором”. Такая система становится внутренним мотивом наращивания новых площадей, лоббирования новых объектов-“центров” и строительств пристроек с целью укрепления личных позиций в хозяйственном обороте.

В такой ситуации неизбежно нарастает процесс дублирования мощностей и дорогостоящего оборудования. Любой прибор, попавший в оперативное управление учреждения, заканчивает свою легальную историю, не имея возможности сменить владельца независимо от того, доведется поработать этой технике или нет. Вторичный рынок оборудования, его аренда у нас вообще отсутствуют, не в пример странам более обеспеченным. В новой конфигурации отношений сложилась ранее неизвестная ситуация абсолютного зависимого и униженного положения кафедр вузов и НИИ, не имеющих своих площадей, но исторически работающих на базе государственных больниц и поликлиник [Акопян, 2003].

⁴ Фидуциар – доверенное лицо, наделяемое полномочиями принципалом (собственником, государством) для управления его активами.

⁵ По закону (ГК РФ) учреждение не отвечает по обязательствам учредителя (государства), государство же несет субсидиарную ответственность по результатам его деятельности.

Сегодня по закону руководитель учреждения – ни государственный служащий, на которого распространяются соответствующие льготы и ограничения (например, касающиеся декларирования доходов, “социального пакета”, конкурса или ротации), ни предприниматель, действующий в пределах установленной законом компетенции, ибо находится в прямой административной зависимости от собственника – органа управления здравоохранением. Административное управление не терпит половинчатости и частичной подчиненности. Положение лица, принимающего решения (ЛПР), и требования к нему в большей степени описывается понятиями “эффективный менеджер”, “слуга государства”, “балансодержатель”, “крепкий хозяйственник”. По сути, ему отведена роль доверенного “приказчика”, имеющего возможность получения дополнительных доходов, связанных с административной рентой, но при этом находящегося либо под угрозой их потери в случаях неспособности обеспечить полную управляемость коллективом, либо по иным обстоятельствам, никак не связанным с результатами деятельности. Поэтому правовая, а не административная защищенность – в интересах модернизационно настроенной части корпуса главных врачей и директоров, уже сконцентрировавших вокруг своих должностей все доступные административные, экономические, финансовые и статусные полномочия, научные степени и звания. Ныне же “неформальные” привилегированные отношения с собственником имущества в условиях гражданского оборота значительно повысили общую коррупционность системы без повышения эффективности ее основной деятельности.

Переход общества к рынку диктует необходимость отказа от малоэффективного административного управления коллективами в пользу легальных экономических и доверительных форм и методов управления, веками сопровождавших врачебную деятельность. Это важно в первую очередь для системы государственного здравоохранения, его учреждений, повсеместно представленных на рынке медицинских услуг. Но система “оперативного управления” имуществом учреждения играет тут роль институциональной ловушки.

Незавершенные, хаотичные реформы платежного механизма, мало затронувшие институциональную основу социальной сферы в целом и здравоохранения в частности, вместо модернизации привели к новой институционализации системы “власть-собственность” [Нуреев, Рунов, 2002; Плискевич, 2006], закрепляющей распределение власти не по полномочиям, а по объектам контроля [Явлинский, 2007, с. 28]. Системная коррупция в этих условиях становится частью общей институциональной системы, а полноценная организационная (деловая) культура мимикрирует под новый тип государственного и экономического устройства. Для него характерно управление зависимыми субъектами (руководителями), а не объектами (имуществом), хотя следовало бы наоборот, как принято в странах с социальной рыночной экономикой.

Институциональная цена задержки реформы отношений публичной собственности в социальной сфере – невозможность выхода темы “инноваций и инвестиций”, в частности в здравоохранение, за рамки разговоров, “круглых столов” и дискуссий. Это предопределено самой инфраструктурой и монополизированным имуществом комплексом отрасли, находящимся в коллективной собственности бюрократии в виде формально государственного имущества, задействованного в гражданском обороте. Такое системообразование не нуждается в конкуренции: она заложена внутри самой системы.

В новых обстоятельствах институт учреждений, расширивший свои бизнес-права и возможности привлечения средств, стал идеальным местом реализации институциональной формулы “коррупция = монополизм + произвол – ответственность”, тем более, в условиях информационной закрытости. Сегодня вне зависимости от личных качеств и размера финансирования никто из руководителей не может работать, выходя за рамки установившихся институциональных норм. Хотя именно руководители медицинских учреждений и их подразделений в большинстве своем относятся к наиболее адекватным, дееспособным и этически мотивированным представителям врачебного сообщества.

Десталинизация институтов управления как основа модернизации

Создание условий, при которых люди ведут себя надлежащим образом, независимо от “уровня нравственности”, – центральная проблема институциональной экономики. Подавляющее большинство медицинских работников – люди, пришедшие в профессию по “зову сердца”, благодаря корпоративной солидарности сумевшие сохранить доброжелательную среду взаимопомощи и человечности, искони присущую врачебной деятельности. Эта социальная среда противостоит многим дефектам в системообразовании отрасли, сохраняя высокую привлекательность профессии. Врачебное сообщество – наиболее благоприятная среда для организованного, справедливого и понятного социального реформирования.

Даже самое “долгое время” не может быть вечным. Процесс десталинизации, ставший предметом общественной дискуссии, – не только преодоление пережитков тоталитаризма в общественном сознании, но и в институтах, определяющих характер общественных отношений. Вертикализация, присутствующая оперативному управлению, – его родовой признак, неизбежно вызывает к жизни феномен самоцентризма. Последний, будучи инструментом власти и связанной с ней экономики, определяет и закрепляет ригидный, демотивирующий стиль административного управления учреждениями, гасящий энергетику организаций, попытки инновационной деятельности и локальных модернизаций. Преимущества унитарной системы управления, при всех ее возможностях с управленческо-бюрократической точки зрения, в то же время несут обществу серьезные потери.

Уровень психологической депрессии внутри такой вертикали сочетается с высокой зависимостью от “первых лиц”, каждое из которых стремится выстраивать “собственные” цепочки из “своих” людей. Поэтому стабильность положения администраций связана исключительно с устойчивостью руководителя. Это способствует институционализации неформальных практик на основе критериев “включенности” и личной преданности. При этом особого профессионализма не требуется, необходимо лишь сконцентрировать все полномочия – от экстренной госпитализации и пропуска автомобиля сотрудника на территорию больницы, до цвета плитки и туалетной бумаги – на уровне первого лица – крепкого “хозяина”. По примеру “вождя всех народов”, он должен “обладать огромной работоспособностью и вникать в каждую мелочь”. В нереструктурированной социальной сфере этот механизм и стал способом замены одного “большого Сталина” на тысячи “маленьких”.

Примитивность административных отношений, сводимая к возможности снятия и создания ограничений, компенсируется их эмоционально-психологической сложностью в качестве ответа на характер распределения собственности и прав, с ней связанных. Неопределенность отношений собственности в условиях экономики властных групп является стратегией выживания, направленной на сохранение доступа к финансовым и административным ресурсам любым путем. При частично-правовом характере осуществления публично-правовых отношений и полномочий, пронизывающих все современное российское законодательство и обеспечивающих безусловное доминирование власти над бизнесом, *a priori* исключена возможность поставить власть под контроль граждан. Власть, подконтрольная гражданам, характерна для “правового государства”, но никак не для “государства законности”, где управление идет не *на основе* законов, а *с помощью* закона.

Сегодня даже верховная власть вынуждена признать утверждение в стране сравнительно “мягкого” монетократического (клетократического) авторитарно-бюрократического режима, методы управления которого соединяют власть и собственность и построены на абсолютной личной зависимости и фактическом упразднении гражданских прав и свобод. Институционально эта система восходит к большевизму как разновидности тоталитаризма, и использовавшему идеи справедливости для достижения своих утилитарных целей. Сегодня очевидно, что построение правового демократического государства в России возможно лишь на основе устранения систе-

мы большевизма (сталинизма), институциональной основой воспроизводства которой служит сам характер управления государственной собственностью в виде оперативного управления имуществом.

В такой системе деформация личности руководителя любого уровня, имеющего возможность пренебрегать правами по сути беззащитного наемного работника, происходит достаточно быстро. Кроме того, в ней естественным путем вырастает феномен “неопределенности привилегий”. Именно размытые привилегии на основе группового инстинкта, групповой иерархии и координации стягивают госслужащих и должностных лиц, по отдельности добропорядочных и образованных, в “социальную разумную систему”, работающую прежде всего на себя, и в силу своего высшего положения в стране подминающую под себя и государство, и бизнес, и вообще все живое [Хайтун, 2005].

Когда целью государственной бюрократии становится извлечение прибыли, каркас бюрократической системы неизбежно становится каркасом системы мафиозной, а власть обретает черты организованного преступного сообщества. Граница же между ними становится неразличимой. Чиновник всегда потенциально более криминогенен, чем предприниматель, поскольку может обогатиться только бесчестно⁶. В силу видовых, природных особенностей человеческой личности сочетание властных и хозяйственных полномочий оказывается основой системной коррупции, носящей вполне “естественный” характер. По аналогии с эволюцией экосистем и функционирования экономики “в природе имеется огромное количество видоэкологических эквивалентов, то есть таких, которые, заняв сходные пищевые ниши в разных экосистемах, приобретают внешнее сходство, несмотря на отсутствие близкого родства” [Лекавичус, 2009, стр. 240]. Это общий эволюционный механизм, независимо от особенностей нормальной человеческой личности обеспечивающий максимизацию собственной полезности на основе “практического здравого смысла”.

Биологическая эволюция принципиально отличается от эволюции социокультурной, поскольку первая представляет собой “дарвиновскую” эволюцию самовоспроизводящихся изменчивых организмов под влиянием генетического отбора, а вторая – много более быструю “ламарковскую” эволюцию приобретенных признаков в виде институтов и других продуктов человеческой деятельности, которые сами по себе, без участия людей, не воспроизводятся и не изменяются. Эволюция социокультурного фонда сводится к преобразованиям его разнородных компонентов: форм организации производства и производственных отношений, орудий труда, трудовых навыков, технологий и технических устройств, научных знаний и концепций, идеологий, верований и др. [Иорданский, 2009, с. 170].

Система оперативного (“ручного”) управления – основная стигма и базовый элемент сталинизма, инструмент мобилизации, системы давления на людей, делающих их сервильными, послушными, управляемыми, в общем “ручными”, противостоящая возможностям формирования свободной и самостоятельной личности. Как раз той, отсутствие которой сегодня заявляется как предмет озабоченности верховной власти. Для решения задач долгосрочного стратегического планирования и развития такое “ручное управление” на основе “здравого смысла” перестает работать. В обществе с растущей сложностью социальных систем и связей об этом даже неудобно напоминать.

Судьба врачебного самоуправления в России XX века

Исторически огромный вклад в решение проблем охраны здоровья жителей дореволюционной России принадлежит Обществу русских врачей в память Н. Пирогова и Пироговским съездам конца XIX–начала XX в. Обобщенные и сформулированные Пироговскими съездами единые подходы к организации медицинской помощи населению страны и основополагающие принципы системы государственного здраво-

⁶ Правда, у нас этот тезис не подтверждается ни судебной практикой, ни составом заключенных, осужденных по соответствующим статьям, ни общественным мнением.

охранения (необходимость государственного субсидирования мероприятий по охране здоровья населения, бесплатная, доступная и равная для всех медицинская помощь с участковым принципом ее оказания, создание государственной системы санитарных учреждений, единые подходы в статистике и учете общей заболеваемости населения, необходимость информационного обеспечения профессиональной медицинской деятельности, развитие врачебного самоуправления и т.д.) были положены в основу советской системы здравоохранения, получившей название “модели Семашко” без указания источника их происхождения. Итогом огосударствления здравоохранения после Октябрьской революции 1917 г. стало то, что в медицине исчез человек независимого образа мыслей, а в здравоохранении появился работник как исполнитель ведомственных предписаний. Закрепилась сталинская идеологема, согласно которой “хорошего врача народ прокормит, а плохому и этого хватит” (по легенде ответ И. Сталина наркому здравоохранения Н. Семашко в ответ на просьбу об увеличении размера заработной платы врачам).

Со временем врачи начали ассоциировать свою позицию не с медицинским сообществом, а с отраслевым ведомством – сместилась система координат. Вместо тенденций консолидации по общности профессии произошло растворение профессии в должностных, научных и иных различиях в единстве общественного конформизма и лояльности к публичным институтам. Многовековая независимость медицинской профессии от внешних влияний в России оказалась утрачена, и сегодня подвластность отраслевому ведомству позволяет противопоставлять медицинское сообщество остальному обществу, оставляя, как правило, само отраслевое ведомство вне поля такого противопоставления [Мамонтов, Тихомиров, 2011]. Обладатели медицинской профессии оказались разрозненными ведомственным и трудовым подчинением при неопределенностях статуса. В частности, врачи, не будучи госслужащими, тем не менее, стали главными фигурантами разворачивающейся кампании против “коррупции”. С подачи СМИ врачи в глазах общества предстают ответственными за несовершенство организации здравоохранения и отсталость медицины. Постоянно муссируется тема “убийц в белых халатах” [Воробьев, 2010].

Сегодня место, которое за рубежом занимает медицинское сообщество, в России по-прежнему занято не врачебной корпорацией, а государством в лице отраслевого ведомства. При существующей организации здравоохранения и оформляющем ее законодательстве создание органов медицинского профессионального самоуправления оказалось невозможным, а имеющиеся структуры врачебного самоуправления в лице профессиональных ассоциаций и их объединений (например, возрожденное Пироговское движение врачей России) попросту игнорируются. Но профессиональное самоуправление – условие существования медицины как профессии, поскольку иначе обладатели профессии перестают быть самостоятельными в следовании интересам пациента и руководствуются ориентирами трудовых отношений, ведомственных указаний и экономических выгод.

Поэтому основным условием профессионального самоопределения и становления медицинского сообщества является смена основного формационного элемента – характера трудовых отношений, с чего, собственно, и начинается новый “институциональный цикл”. Это предусматривает придание обладателю медицинской профессии субъектности – экономической самостоятельности положения, подобного положению нотариусов, адвокатов, оценщиков, арбитражных управляющих и т.п.

Медицинское профессиональное самоуправление в России может возникнуть только при смене действующей модели организации здравоохранения и оформляющего ее законодательства. В основе реорганизации системы оказания медицинской помощи населению должно лежать выборное и коллегиальное начало при участии как профессиональных работников, так и общественных представителей всех заинтересованных групп населения. При этом системные функции здравоохранения, как специфические (наука, профилактика, лечение), так и общие (кадры, ресурсы, управление), никем не ставятся под сомнение [Венедиктов, 2008].

Институциональная модернизация в системе здравоохранения

Во многих европейских странах стержнем реформы здравоохранения стало разделение функций финансирования и оказания медицинской помощи. Прямое подчинение медицинских организаций органу управления здравоохранением уступает место их взаимодействию на основе договорных отношений [Шейман, 2009, с. 52]. Лидером реформы этого типа стала Великобритания, в свое время заимствовавшая ряд основополагающих принципов советского здравоохранения и сегодня ставящая задачу создания “всеобъемлющей службы, доступной для всех и в любом месте на основании клинических потребностей пациентов, а не их платежеспособности”. Ставится задача создания одной из лучших в мире национальной системы здравоохранения (NHS). Помещение пациента в центр системы планируется осуществить через информационную революцию, более широкий выбор предоставляющих медицинскую помощь и контроль за ними [Панов, Карпенко, 2011].

Общая логика этого типа реформы – создание сильного покупателя медицинской помощи, акцент на *финансово-управленческих механизмах, а не на действии рыночных сил*, переход к отношениям “сетевому” типа с упором на кооперацию интегрированного покупателя и поставщиков медицинских услуг [Шейман, 2009, с. 59–63]. Целью реформы здравоохранения Великобритании также провозглашено “расширение прав врачебного сообщества, предоставление ему большей автономии и ответственности за результаты своей деятельности, создание крупнейшего в мире социально ответственного предпринимательского сектора в здравоохранении за счет регулятивных рычагов, которые предоставят сотрудникам NHS больше возможностей влиять на будущее своих организаций, в том числе и на их руководителей” [Equitex...].

Из известных концепций реформирования здравоохранения современным задачам модернизации, на мой взгляд, наиболее соответствуют предложения А. Тихомирова, представленные в большом количестве публикаций, в частности в монографии [Тихомиров, 2007], в статьях на страницах журнала “Главный врач: хозяйство и право” последних – 2006–2011 – лет (см. [Иванов, 2007]). От всех других предлагаемая концепция отличается тем, что в ней предлагается *конкретный юридико-правовой механизм* осуществления социально ориентированной модернизации здравоохранения на основе правового закона в рамках действующих границ и эволюции российского права, составлена транзитологическая “дорожная карта” реформы. Она соответствует универсальным критериям оценки, отправным началам и ориентирам пригодности на основе форсайт-проектирования как важнейшего инструмента инновационной экономики, создания соответствующих “дорожных карт” [Акопян, Тихомиров, 2011].

Государственное регулирование имущественных отношений для данного вида деятельности с непосредственным социальным результатом предлагается осуществлять путем публично-правовой оптимизации арендных ставок на государственное и муниципальное имущество медицинского назначения (вплоть до символических “копеечных” аренд), ранжированных по режимам собственности, видам деятельности и налоговым освобождениям, что особенно важно на уровне амбулаторного звена муниципального здравоохранения. Фондирование, демпфирование для субъектов медицинской деятельности (врачей, коллективов) могут составить основу инновационного механизма, направленного на ресурсосбережение. Государство здесь выступает в качестве как арендодателя, так и полноправного субъекта рыночных отношений – платежной стороны в пользу выгодоприобретателя, то есть пациента, а не “своего” учреждения, как сегодня.

Мировой опыт показывает, что без привлечения самих медработников в качестве участников имущественных отношений существенные преобразования в отрасли невозможны. Основа институциональной модернизации собственно медицинской деятельности – придание врачу статуса *субъекта гражданско-правовых отношений*. Обретаемые в этом случае медработниками обязательственные (договорные) права и обязанности, тем более с учетом экономической *нецелесообразности приватизации*

объектов здравоохранения, не носят характера “обладания”, а имеют целью создание институциональной основы участия врачей в хозяйственном обороте, тем самым меняя основополагающий формационный элемент модернизации – характер трудовых отношений. Без создания для врача новой мотивации простые возможности информатизации могут не дать ожидаемого результата. В условиях сегодняшних низких зарплат с высокой вероятностью они будут игнорироваться и иметь “затухающий” эффект.

На основании правового закона, а не исключений и привилегий, формального равенства (юридически равной меры), свободы и справедливости целесообразно преобразование сети учреждений здравоохранения со смешанном финансированием в иные организационно-правовые формы путем юридического упразднения (преобразования) института учреждений⁷. Тихомиров, в качестве правового механизма создания массового частного производителя, учитывающего интересы основных “групп влияния” и снижающего конфликт существующих интересов, предлагает “*партикуляризацию* учреждений здравоохранения без их приватизации” через юридическое отделение субъектов (юридических лиц) от объектов (недвижимости и особо ценного имущества), их разукрупнение на функциональной основе, оформление новых имущественных отношений на основе обязательственного (договорного), а не вещного права (оперативного управления). *Если приватизация – это частность объекта* (недвижимость, особо ценное имущество) – о чем речи не идет, ибо госсобственность остается в титуле собственника – государства, то *партикуляризация – это частность субъекта* (врача, юридического лица, медсестры и т.д.). Термины могут меняться, но суть должна быть такой. Эта “частность” не имеет ничего общего ни с правом собственности на имущество, ни с местом работы врача.

Логика экономической социодинамики предусматривает, как отмечалось, обособление потоков финансирования в пользу *государства* (органы управления) – в казначействе и в пользу *общества* (средств оплаты услуг) – в банке медико-социального развития, основой которого могут стать работники и структуры фондов обязательного медицинского страхования (ОМС), обеспечивающих функционирование системы персонализированных счетов и индивидуальных платежных дебетовых карт для граждан-пациентов. К слову, расширение и совершенствование электронных средств коммуникации, интернетизация жизни относятся к реально идущей добровольной модернизации, принятой людьми на массовом уровне. Сегодня электронные карты успешно используются в ряде регионов страны для оплаты социальных услуг и не имеют технических ограничений по внедрению. Законодательно закреплена возможность перехода россиян на индивидуальные электронные карты, обеспечивающие оплату госуслуг (функций) с 2015 г. Государство здесь выступает в качестве полноправного субъекта рыночных отношений – *платежной стороны* на стороне выгодоприобретателя (пациента), а не “своего” учреждения, как сегодня, в корне меняя вид и характер своего участия. Платежи осуществляются по факту обращения через индивидуальную платежную карту. Средства “идут с пациентом”, а не “за пациентом”, как планируется сегодня.

Естественно, обязательства государства в сфере охраны здоровья должны быть законодательно закреплены по приоритетности, госгарантиям, финансовым обязательствам в доле ВВП, освобождению от налогов, предоставлению специальных арендных ставок, упрочению материально-технической базы отрасли и поддержке негосударственных медицинских организаций, развитию врачебного самоуправления и саморегулирования, мерам социальной и профессиональной защиты медработников, правовых механизмов, ограничивающих возможности административной конкуренции за “территории и ресурсы”, стимулирующих рыночную конкуренцию за потребителя. На переходный период могут быть определены права и обязанности сторон, ответственность, фонды покрытия издержек и т.п.

⁷ За исключением государственных казенных учреждений, обремененных специальными функциями в рамках госзаданий. Их руководители должны быть государственными служащими и назначаться на ограниченный срок. Остальные организации должны работать по принципам легального гражданского оборота, формирующего экономику здравоохранения и ее вклад в ВВП.

Импорт институтов и просчеты реформирования

Сегодня незавершенная попытка реформирования здравоохранения по неоллиберальной модели ограничилась неосновательным и несправедливым разделением отрасли по имущественному признаку – по *форме собственности*, а не по *виду деятельности*, объемам реализуемой продукции, обременениям по видам деятельности, то есть *режиму собственности*, как следовало бы. Сегодня ранее единая система здравоохранения поделена на “свое” (государственное и муниципальное) и “чужое” (частное). Вместо различения коммерческой и некоммерческой медицины появилось противопоставление частной и публичной (государственной и муниципальной) собственности в здравоохранении. При этом частная система в ее нынешней версии никаких законных прав на использование специализированной базы здравоохранения не получила, системой стать не могла и сегодня “дышит на ладан”, постепенно деградируя и технологически, и экономически.

Планы антикризисного инновационного развития отрасли действующая власть связывает с созданием новых образцов медицинской техники и организацией выпуска хорошо себя зарекомендовавших дженериков. Такая “инновационность” собственно к звену практического здравоохранения имеет мало отношения. Общая доля оборудования и фармации в ВВП мирового здравоохранения не превышает 16%. Более 80% ВВП формируют медицинские услуги. Именно они нуждаются сегодня в полноценной институциональной трансформации на основе правового закона, формального равенства (юридически равной меры), справедливости (судебно-правовой, а не уравнилельно-социальной). Именно это должно быть предметом *институциональной* модернизации, а не только показательное, как сегодня, распределение бюджетных средств на закупки и ремонты по направлениям и учреждениям⁸, давно требующим капремонта и улучшения сервисности, диверсификация коечного фонда с отказом от многоместных палат в пользу одно-двухместных (последняя задача пока не ставится).

Проблема состоит в том, что без четко поставленной цели индустриальной трансформации, перевода процесса оказания услуг из ведомственного в гражданский оборот ситуация существенно не изменится. Ведь через 10–15 лет оборудование вновь постареет и износится, стены обшарпаются, а сегодняшние проблемы останутся. Искомые доступность, бесплатность, безопасность и качество медицинской помощи достигнуты не будут, как не будет и равных условий для хозяйствующих субъектов. Это предопределено сохранением административной зависимости и имущественной владельческой связи между органами управления и подведомственными учреждениями. Сама система охраны здоровья (здравоохранение), как и ее исполнительный механизм – организация медицинской помощи гражданам, в целом останутся прежними. В повседневной практике отношений врача и пациента сохранится их “теневой” компонент.

Многие считают, что заявленная сегодня приоритетом государственной социальной политики модернизация здравоохранения в основном носит явно волюнтаристский по исполнению характер, осуществляясь в режиме “ручного управления” с помощью государственного финансирования органов управления и их учреждений. Естественно, все выделенные бюджетные средства “будут освоены”. Но появление новых люстр, джакузи, евроремонта и даже томографов в так называемых государственных учреждениях здравоохранения без их рыночной трансформации не остановит роста цен на медицинские услуги в неформальном, теневом обороте. Скорее наоборот, и это уже происходит.

Очевидно, что причина противодействия институциональным инновациям в современном российском здравоохранении – сама *сеть государственных учреждений*, уже сумевшая дискредитировать и заблокировать развитие всех ранее заимст-

⁸ На ремонт, переоснащение и информатизацию в ближайшие два года планируется выделить 460 млрд руб. из федерального бюджета. На цели институциональной модернизации планируется выделить лишь 1,2–1,5% от этих средств.

вованных западных институтов: от системы ОМС до института семейных врачей, от арендопользования до попыток административной реформы, от врачебного самоуправления до саморегулирования. “Гибридизация” с заимствованными институтами, функциональными в другой ситуации, у нас лишь увеличивает издержки, возлагая их оплату на потребителя услуг и отражаясь на постоянно растущих ценах. Не секрет, что при отсутствии конкуренции, зависимости от административных решений активность бизнес-бюрократических альянсов и структур – основная причина опережающей инфляции и роста цен на товары и услуги медицинского назначения. Освоенным инструментом *технологической* (инструментальной, консервативной) модернизации стали приобретение импортного оборудования, часто втридорога, ремонтные и строительные работы при фактическом отказе от институциональных инноваций. Хотя хорошо известно, что при так называемых технологических модернизациях без предшествующих институциональных реформ уровень коррупции многократно возрастает.

В предшествующие годы неоднократно заявлялось, в том числе экономическим блоком Правительства РФ, что вливание средств в институционально нереформированную, коммерциализированную структуру отечественного здравоохранения во многом носит антимодернизационный характер. Оно закрепляет социально-экономическую структуру системы “власть-собственность” в ее государственно-олигархическом варианте. Это противоречит декларируемому властью и ее официальными документами “образу будущего”, “желаемому завтра” в “обществе возможностей” социального государства.

Технологическая модернизация здравоохранения требует денежных вливаний, непосильных для бюджета страны. Попытка повышения страховых взносов предприятий, предпринятая в 2011 г., вызвала резкий протест и заставила власти отступить, хотя такое отступление чревато увеличением дефицита бюджета. Несмотря на это на запланированное десятилетие (до 2020 г.) даже не ставится задача организационно-имущественного реформирования системы практического здравоохранения, прежде всего такой наиболее проблемной сферы, как институционализация участкового врача общей практики. Именно врач общей практики – профессионально автономный субъект гражданско-правовых отношений, имеющий право на экономическую свободу в рамках, определенных законодательством и профессиональным этическим регулированием. В частности, это право включает возможность работать в собственном (в институциональном смысле) кабинете, арендованном на базе специализированного медицинского фонда, привлекая смежных специалистов и пользуясь необходимой лечебно-диагностической базой на договорной основе. Только при наличии такой возможности появляются смысл во врачебной лицензии, как бы она ни называлась, и мотивация к работе на участке.

Если при оказании услуг, включенных в Программу государственных гарантий (базовый пакет) государство выступает как платежная сторона на стороне выгодоприобретателя – пациента, можно говорить о движении в сторону *социальной рыночной экономики* на основе индивидуализированной гражданской собственности. Это единственный путь справедливой и внятной перспективы снижения уровня социальной напряженности. Такой подход предусматривает разделение финансовых потоков на содержание собственно органов управления через систему казначейства и средств на оплату услуг врачей и организаций через единый Банк медико-социального развития.

Сегодня без формационных изменений на уровне практического звена – экономики учреждений – принятая модель социального страхования вообще и ОМС в частности, изначально предложенная для сдерживания госрасходов, представлена лишь на уровне названия при фактическом возврате к традиционной бюджетной модели. ОМС как страховая структура, обеспечивающая денежное возмещение внутри системы здравоохранения, независимо от географии включенных в нее учреждений, не состоялась. Лишение страхового содержания обусловлено главным – отсутствием у

застрахованного положения выгодоприобретателя. Переадресация этого положения учреждениям, принадлежащим платежной стороне, противоречит принципу *неотчуждаемых благ (здоровье)*, не обеспечивает рентабельности и экономичности для исполнителей медицинских услуг, обесмысливает процесс *ценообразования*. Страховые полисы без индивидуального денежного наполнения лишь подтверждают обязательство по обслуживанию контингента, проживающего на территории регистрации, дополняя выдержавший все катаклизмы институт “прописки”. В части гарантированных медицинских услуг это прямо противоречит действующему антимонопольному законодательству. Попытка устранить данное противоречие совершенствованием административных регламентов, предусмотренная новым законом об ОМС, с большой вероятностью будет провалена.

Государству необходимо отказаться от мифологии всеисия монетарных методов управления в пользу институциональных подходов. Они не заменяют друг друга. Реформа финансирования сама по себе не приведет к реформе системы практического здравоохранения. Это подтверждается как теоретически, так и исходя из практики последних двух десятилетий. Нельзя “консервативно модернизировать то, что и так уже заскорузло” [Кива, 2011].

Если государство в качестве плательщика выступает на стороне *выгодоприобретателя* – физического лица с правом персонального фондодержания – это само по себе ставит гражданина в центр процесса реализации декларируемых прав. Только такое позиционирование сторон договора соответствует современным принципам социальной рыночной экономики, основанным на интересах личности и развитии человеческого и социального капитала, способствует повышению общей эффективности капиталовложений, не требует привлечения значительных дополнительных финансовых ресурсов.

* * *

Таким образом, проблема десталинизации, в частности здравоохранения, носит комплексный характер и включает помимо социально-психологической и институциональную составляющую. В советский период здравоохранение и медицина стали “непроизводственной сферой”, а из отношений “врач-пациент” был устранен механизм товарообмена путем объединения органов управления (контор) и национализированных учреждений (заведений) в единую общность. Это и стало родовым признаком “модели Семашко”, основанной на системе государственных учреждений, ныне существующих только в России и ряде стран СНГ (Белоруссия и Украина). Нынешняя бюджетно-страховая модель здравоохранения унаследовала от модели Семашко ее основную и главный признак – организационную общность органов управления и подведомственных учреждений в рамках единой системы. Сохранение государственной системы здравоохранения в ее нынешнем виде противоречит принципам разделения властей, отделения общества от государства, государства от сферы производства и предоставления услуг, не говоря уже о принципах позиционирования субъектов товарооборота в рыночной экономике. Здравоохранение сегодня находится за рамками полноценного правового регулирования в части центрального компонента саморазвития и его диалектики – основ легальной экономической деятельности. При этом законодательство предусматривает финансирование программ, оплату услуг (ст.41 п.2 Конституции РФ), а не содержание учреждений по нормативно-сметному принципу. Использование особенностей прочтения позволяет по-разному толковать, на что распространяются государственные гарантии – то ли на само оказание медицинской помощи, то ли на ее оплату. В социальной рыночной, а тем более – в постиндустриальной экономике, государство само не оказывает пациенту медицинскую помощь, не производит и не реализует услуги, как сегодня в государственном здравоохранении, а собирает налоги и финансирует свои социальные обязательства.

Многолетнее игнорирование институциональных подходов к реформе здравоохранения, хорошо подготовленных теоретически, упрямство власти в этом вопросе с очевидностью свидетельствуют о нежелании что-либо менять в системе сложившихся институтов распределения и финансирования объектов социальной сферы, в том числе учреждений здравоохранения, несмотря на модернизационные призывы и декларации. Определенную надежду дает то, что возможные преобразования не вызывают принципиальных публичных возражений со стороны ни одной из социальных групп и политических сил, в целом соответствуя интересам всех участников правоотношений – пациентов, грамотных врачей, руководителей учреждений, органов управления, страховых компаний. Само по себе это создает условия для реализации ароморфоза – качественного улучшения, открывающего новые “ниши” и возможности развития медицины, человеческого капитала работающих в этой сфере, здравоохранения как системы.

Лишь после институциональной трансформации социальной сферы, остающейся нереформированным “анклавом” даже по меркам государственно-монополистического капитализма, появится возможность утверждать, что процессы модернизации в России носят не косметический характер, а имеют целью создание основ социальной рыночной экономики, как это декларируется.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Аврамова Е.М.* Направления вертикальной мобильности молодых специалистов // *Общественные науки и современность.* 2009. № 6.
- Акопян А.С.* Институты здравоохранения и проблемы неопределенности // *Общественные науки и современность.* 2009. № 2.
- Акопян А.С.* “Независимое” здравоохранение унитарного производителя // *Государственная служба.* 2003. № 6.
- Акопян А.С., Тихомиров А.В.* Оценка концепции реформы здравоохранения // *Главный врач: хозяйство и право.* 2011. № 2.
- Венедиктов Д.Д.* Очерки системной теории и стратегии здравоохранения. М., 2008.
- Верников А.В.* Мутация импортных институтов (на примере институтов корпоративного управления) // *Концептуальные проблемы рыночной трансформации в России.* М., 2009.
- Вишневский А.Г., Кузьминов Я.И., Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В., Якобсон Л.И., Ясин Е.Г.* Российское здравоохранение: как выйти из кризиса. Доклад VII Международной научной конференции “Модернизация экономики и государство” (4–6 апреля 2006 г.). М., 2006.
- Воробьев П.А.* Итоги 2009 г. неутешительны // *Вестник московского городского научного общества терапевтов.* 2010. № 1.
- Гайдар Е.Т.* Власть и собственность. Смуты и институты. Государство и эволюция. СПб., 2009.
- Демографическая модернизация России 1900–2000.* М., 2005.
- Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2008 “Россия перед лицом демографических вызовов”* М., 2009.
- Иванов А.В.* Дайджест “Учреждения здравоохранения: за и против”. М., 2007.
- Иорданский Н.Н.* Факторы эволюционного прогресса // *Эволюция: космическая, биологическая, социальная.* М., 2009.
- Кива А.В.* Многоликость российской модернизации // *Общественные науки и современность.* 2011. № 1.
- Колосницына М.Г., Муцинкин А.В.* Тенденции и факторы занятости в российском здравоохранении // *Общественные науки и современность.* 2009. № 2.
- Комаров Ю.М.* О штабе отраслевого здравоохранения и его некоторой продукции (http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=781).
- Лежаквичус Э.* О некоторых аналогиях между эволюцией экосистем и развитием экономики: от А. Смита и Ч. Дарвина до новейших идей. М., 2009.
- Мамонтов С.А., Тихомиров А.В.* Модернизация российского здравоохранения // *Главный врач: хозяйство и право.* 2011. № 11.
- Нуреев Р.М., Рунов А.Б.* Назад к частной собственности или вперед к частной собственности? // *Общественные науки и современность.* 2002. № 5.

- Олейник А.Н.* Институциональная экономика. Учебное пособие. М., 2005.
- Панов А.В., Карпенко А.А.* Реформирование системы здравоохранения Великобритании // Главный врач: хозяйство и право. 2011. № 1.
- Плискевич Н.М.* “Власть-собственность” в современной России: происхождение и перспективы мутации // Мир России. 2006. № 3.
- Прохоров А.П.* Русская модель управления. М., 2006.
- Тихомиров А.В.* Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. М., 2007.
- Хайтун С.Д.* Социум на фоне универсальной эволюции // Общественные науки и современность. 2005. № 4.
- Шейман И.М.* Новые экономические процессы в европейском здравоохранении // Общественные науки и современность. 2009. № 2.
- Явлинский Г.А.* Российская экономическая система. Настоящее и будущее. М., 2007.
- Equitex and Exelence: Liberating NHS (<http://www.dh.gov.uk>).
- Human Mortality Database. University of California, Berkley and Max Planck Institute For Demographic Research 2007 (<http://www.mortality.org>).

© А. Акопян, 2011