

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА В ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ

10.1

ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ БЕСПЛАТНОЙ И ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Здравоохранение, как и все другие отрасли и структуры российского общества, последнее десятилетие живет под знаком реформ. Причем необходимость их обусловлена не только факторами, внешними по отношению к собственно здравоохранению (от смены типа политического устройства до утраты четверти «обслуживаемой» территории и трети наличного населения), но и внутренними. Созданная за предшествующие десятилетия материальная база отрасли во многом была ориентирована как на неоправдавшиеся представления о постоянном росте населения, так и на прямую зависимость состояния общественного и индивидуального здоровья от числа сметных коек и подготовленных врачей. В новой социально-экономической реальности она оказалась архиизбыточной и нерациональной, потребляющей 60% и более средств здравоохранения (первичное звено — лишь 20%, а скорая помощь — 10%).

Кроме того, более половины консолидированных средств здравоохранения, выделяемых на стационарную помощь, используется для оплаты коммунальных расходов и содержания основных средств (зданий, сооружений и т. д.). При такой структуре расходов собственно на лечение расходуется менее 20% средств.

Многое связано и с качественными изменениями самой концепции оказания медицинской помощи. Другие теперь и возрастная структура населения, и структура заболеваемости. Стали преобладать социопатии (заболевания стрессогенного и дегенеративного типа), в том числе алкоголизм, наркомания, заболевания, связан-

ные с ухудшением материального благополучия, экологии, питания и образа жизни, заболевания пожилого и старческого возраста.

Однако на фоне саморазрушительного поведения значительных масс населения, при высокой смертности от болезней системы кровообращения в более старших возрастах и высоком имущественном расслоении, спровоцированными неблагоприятными социальными условиями, люди требуют от российского здравоохранения высоких «европейских» стандартов, значительного улучшения показателей здоровья и общей продолжительности жизни, повышения качества медицинской помощи, основанной «на последних достижениях науки и прогресса».

В такой ситуации сама жизнь диктовала необходимость перехода от монопольной государственной системы здравоохранения к многоукладной плюралистической модели, предлагающей широкий добровольный доступ к новым медицинским технологиям. Повышается и ответственность личности за бережное отношение к собственному здоровью как условию долгой и активной жизни, основе богатства семьи и человека, главной гарантии реализации сил и средств, вложенных в свою подготовку. Роль социального государства в такой системе ограничивается определенными видами медицинской помощи. Взять на себя все функции оно не в состоянии, даже в наиболее обеспеченных странах.

Все это заставляет оценивать системные задачи здравоохранения на основе критериев и понятий, отличных от тех, что были характерны для 1960-х, 1970-х и даже 1980-х годов. Свое влияние оказывает и изменение отношения общества к каждой конкретной личности, к правам человека. Если раньше отношения «врач — пациент» строились на сугубо патерналистской основе (один лечит, другой лишь беспрекословно выполняет предписания и информирует о жалобах), то сегодня больной не просто пациент, выслушивающий непонятные ему указания и термины. Он имеет право знать все о своей болезни, об альтернативных способах лечения, их результатах, о рисках, возникающих в связи с каждым из них, о последствиях того или иного метода лечения. В такой ситуации он получает возможность соглашаться или не соглашаться с предложенными методами лечения, выбирать врача, который, с его точки зрения, способен достичь наилучшего результата, оценивать его работу, в том числе и подавая судебные иски по возмещению всех видов ущербов.

Однако на практике провозглашаемые цели нередко деформируются, сводя к минимуму весь реформаторский потенциал. Пример тому — ситуация с ОМС. Его внедрение так и не сформировало рынка в виде «борьбы за потребителя», а привело лишь к разделу терри-

торий и проживающего там населения более чем на тысячу территориальных фондов ОМС и их филиалов — некоммерческих организаций. Последние быстро, за 3—4 года, «выдавили» из этого процесса большинство страховых компаний за счет соответствующих налоговых льгот, в том числе освобождения от налога на прибыль. Затем, после серии законодательных поправок, ограничивающих нецелевое использование средств, все это перетекло в осуществление платежей по системе казначейства с объединением на этапе сбора средств парабюджетных фондов в единый социальный налог.

Разумеется, благодаря ОМС медицинские учреждения смогли получить дополнительные средства, крайне необходимые им в условиях скудного бюджетного финансирования. В то же время вряд ли кто может отрицать, что сложившаяся у нас и не имеющая аналогов в мире «бюджетно-страховая» модель так и не решила тех задач, которые она была призвана решить как страховая система. На очереди — страхование профессиональной ответственности более 3 млн медицинских работников государственно-муниципальной системы здравоохранения (пока за счет средств соответствующих бюджетов или средств учреждений с перспективой внесения страховых взносов самими медработниками).

Другой пример — ситуация с реализацией Концепции развития здравоохранения и медицинской науки (1997). Меры, намеченные на первый этап ее реализации, т. е. на 1997—2001 годы, не выполнялись по наиболее принципиальным пунктам организационно-правых форм медицинских организаций, их численности и профиля, ответственности и обременения вещных прав для трудовых коллективов, определенности (постоянно декларируемый тезис) отношений собственника и менеджера-управляющего. Не осуществлена намеченная на 1997—1999 годы реструктуризация стационарной помощи, не произошло сокращения коечного фонда с одновременным развитием «семейной» медицины через врачей общей практики (не считая 6%-ного уменьшения коечного фонда за счет закрытия давно заброшенных сельских больниц). Не завершены работы по реорганизации и устранению дублирования в деятельности федеральных учреждений здравоохранения.

Конечно, можно было бы попытаться объяснить пробелы в реализации Концепции тем, что со времени ее принятия в стране сменилось 6 правительств. Соответственно кадровые изменения происходили и в Министерстве здравоохранения. Но все же вряд ли имеет смысл искать основные причины в организационной неразберихе, связанной с перестановками в «верхах». Тем более этим нельзя объяснить фактически сложившиеся деформации первона-

чально продекларированных принципов реорганизации отрасли. Четко разграничить сферы оказания медицинской помощи, включающие системы государственного и муниципального здравоохранения, где помощь оказывается бесплатно для пациента, и частную систему здравоохранения, существующую на средства от реализации платных услуг, на деле оказалось невозможно из-за хронического недофинансирования отрасли.

Человек оказывается сегодня один на один с платной медициной не только в частном секторе, но и в государственном. Разница лишь в том, официально вносится плата или осуществляются некие теневые платежи. Возможность получения даже бесплатных медицинских услуг и квалифицированной помощи в нашей реальности тем выше, чем влиятельней человек и выше его материальное или социальное положение. Об этом, в частности, говорил Президент Российской Федерации В. В. Путин в своем послании Федеральному Собранию: «...нарастание платности порождает скрытую коммерциализацию государственных и муниципальных больниц и лечебниц. При этом система медицинского страхования, которая призвана компенсировать больным людям расходы на лечение, действует неэффективно. По факту — на основе сети бюджетных медучреждений — у нас сформировалась скрытая, но почти узаконенная система платной медицинской помощи, в которой подчас царит произвол и нет вообще никакой социальной справедливости»¹.

Исполнительная власть старается узаконить систему «соплатежей» в государственных и муниципальных бюджетных учреждениях «с целью сокращения размеров теневого рынка» и защиты больного от «неизбежной переплаты» в условиях «отсутствия достоверной информации о цене услуг в неформальном секторе» с соответствующим административным регулированием цен в «интересах пациента».

Подобная легитимация сегодня в основном рассматривается в контексте статьи 7 Конституции РФ, где охрана здоровья перечислена в ряду задач социального государства. Признается и защита (обеспечение) государством двух основных прав — права на достойную жизнь и права на свободное развитие. Достойная жизнь прежде всего характеризуется наличием минимального набора бесплатных для человека благ (объемы медицинской помощи, предусмотренные Программой государственных гарантий), а свободное развитие — возможностью беспрепятственного

¹ Путин В. В. Не будет ни революций, ни контрреволюций: Послание Президента РФ Федеральному Собранию РФ // Российская газета. 2001. 4 апреля. С. 3.

доступа к дополнительным, хотя и не бесплатным для человека благам¹. В Российской Федерации в качестве гарантии права на свободное развитие в сфере охраны здоровья предусмотрен такой конституционный институт, как *частная система здравоохранения*. В соответствии со статьями 2, 17—19 Конституции государство и муниципальные образования на деле должны принимать меры, способствующие становлению и укреплению данного института². А коль скоро такой институт по разным причинам не складывается, то в подобной ситуации государство и муниципальные образования не только вправе, но и обязаны для обеспечения реализации гражданами этого конституционного права предоставить своим учреждениям здравоохранения возможность оказывать услуги (платные) сверх тех (бесплатных), которые гарантируют право на достойную жизнь, что, по сути, и предусмотрено в статье 219 части второй Налогового кодекса (2001): право вычета сумм оплаты лечения (налоговая льгота, социальный налоговый вычет) из налогооблагаемой базы предоставляется налогоплательщику, если лечение производится в медицинских учреждениях.

Таким образом, оказывая платные медицинские услуги, коммерциализованные государственные и муниципальные учреждения начинают выполнять функции частной системы здравоохранения, конкурируя с последней, вытесняя ее с рынка при помощи административного ресурса и бюджетных ассигнований.

Отсюда предлагается в качестве частной системы здравоохранения рассматривать не систему субъектов — организаций, основанных на частной форме собственности, а систему отношений по оказанию платных услуг, возникающих с целью реализации конституционного права граждан на свободное развитие в сфере охраны здоровья. Субъектами таких отношений могут быть как частные организации здравоохранения, так и те из государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, которым предоставлено право оказывать платные медицинские услуги³. Такая

¹ См.: Шиляев Д., Найговзина Н., Ковалевский М. Правовые основы платного здравоохранения // Медицинское страхование в России: Информационный бюллетень 4 (4), 2001.

² Следует признать, что созданием льготных условий, которые необходимы для стимулирования частной инициативы в сфере предоставления медицинских услуг, никто не занимается, скорее — наоборот.

³ См.: Азаров А. и др. Организационно-правовое обеспечение конституционного права граждан на медицинскую помощь // Здравоохранение. 2000. № 10. С. 15.

трактовка законодательства представляется небесспорной, так как ряд его пунктов вступает в логическое противоречие с нормами гражданского законодательства, бюджетного кодекса, принципами ценообразования, ролью и функциями государства, не говоря уже о механизмах его реализации путем «четкого нормативного разграничения оснований, объемов и условий оказания бесплатной и платной медицинской помощи, исключающего возможность ограничения прав на получение бесплатной медицинской помощи»¹. Роль и функции государства сегодня рассматриваются с позиций кризиса и глубинных противоречий несоответствия структуры и функций традиционных, «классических», государств потребностям национального развития. Идет речь о внесении существенных поправок в понимание государства и в философию его деятельности. Группы интересов, государственные служащие, обладающие общественными фондами, на всех уровнях иерархии считают выходом превращение государства в подобие корпорации, готовятся «к долгой целеустремленной борьбе за признание во всем мире права государства пользоваться экономической свободой наравне с другими участниками свободного рынка»². (Кстати, СССР был не чем иным, как акционерным обществом с десятками миллионов рядовых акционеров.) При этом государства-корпорации по управлению единой системой «территория — население» (их прототипы известны с древнейших времен и в разные исторические периоды) неизбежно подвергаются внутреннему разложению. Рациональной защитой от этого процесса всегда являлась рыночная экономика, права личности и свободное волеизъявление, существенная дистанция между собственностью и властью.

В частности, интегрируясь в рынок платных услуг, государству придется считаться с тем, что право собственности является основополагающим (первоначальным) в числе прочих вещных прав (ст. 209, 216 ГК и комм. к ним). Вещное право, в свою очередь, неотъемлемая составная часть гражданского законодательства любого развитого государства. Круг вещных прав, в отличие от обязательственных, очерчен самим законом (ст. 209, 216 ГК). Лицо не вправе по своему усмотрению создавать новые разновидности вещных прав. Отсюда — предложение считать государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, оказывающие платные услуги, субъектами частной системы здравоохранения требует об-

¹ Азаров А. и др. Организационно-правовое обеспечение конституционного права граждан на медицинскую помощь, С. 60.

² Лужков Ю. М. Возобновление истории. М., 2002. С. 142.

суждения, не говоря уже о месте и роли в таком процессе предгавителя собственника (государства) в лице органов управления здравоохранением, которые обладают правом назначения руководителей. Последние, согласно ГК, являются единоличными исполнительными органами организаций — юридических лиц.

Признавая низкую экономическую целесообразность собственно приватизации объектов здравоохранения, нельзя игнорировать и то, что родовой особенностью частной системы, в отличие от государственной бюджетной, является правомочие преимущества, которое сводится к тому, что при конкуренции вещного и обязательственного прав в первую очередь должно осуществляться вещное право как экономическая и правовая категория защиты производителя медицинских услуг от административного произвола и предпринимательского интереса чиновника, распространяющего административные правомочия на плоды предпринимательской деятельности медицинской организации.

Тем не менее следует отметить, что «Порядок предоставления платных медицинских услуг в государственных учреждениях» вводился подзаконным актом как временная мера, противоречащая статье 41 Конституции РФ. Мера вынужденная, но необходимая для физического выживания медицинских учреждений на тот период. В то же время изменений организационно-правовых форм учреждений в коммерческие организации: государственные и муниципальные унитарные предприятия¹, хозяйственные товарищества и общества, предусмотренные ГК (1995), не происходило, так как подразумевало уменьшение зоны компетенции в хозяйственно-властных и кадровых полномочиях отраслевых управленцев.

В перспективе, учитывая, что медицинские услуги неотделимы от их производителей — врачей и медицинских сестер, такая система «соплатежей» после первых отчетов об оздоровлении ситуации закончится той же «двойной бухгалтерией», но дополнительно узаконит почти тотальную платность при постоянном отставании тарифов и преискурантов от повышения цен, от инфляционного процесса, при том, что до непосредственных исполнителей «ничего не дойдет». Это лишь легализует продажу услуг, уже формально оплаченных из бюджета по заниженным (доступным) ценам, не обеспе-

¹ Указом Президента РФ от 23 мая 1994 года № 1003 «О реформе государственных предприятий» прекращено создание новых федеральных государственных предприятий с закреплением за ними государственного имущества на праве полного хозяйственного ведения.

чив ни механизма устойчивого развития и функционирования, ни вещных прав трудовых коллективов, ни их реальной самостоятельности, ни содержания производственной базы в надлежащем состоянии.

10.2

ГРУППЫ ВЛИЯНИЯ И ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ

Данная ситуация сложилась в результате взаимодействия целого комплекса причин. Главная среди них состоит в том, что до сих пор любая реорганизация, преобразование, перерегистрация осуществляется прежде всего силами и в интересах наиболее влиятельной группы фигурантов преобразований — управляющих системой государственного здравоохранения, начиная с министерских работников и руководителей фондов и кончая корпусом главных врачей медицинских учреждений. В результате насущные потребности структурной перестройки отрасли неизбежно подменяются борьбой за перераспределение и контроль финансовых потоков и административно-хозяйственных должностей. Сегодня чиновник обслуживает бесплатное здравоохранение как предприниматель, он успел почувствовать вкус экономической свободы и предпринимательской деятельности под гарантии Российской Федерации. На этом определяющем управленческом уровне о стандартах государственной службы, качестве и стандартах собственно управления, даже и речи не идет. Между тем низкая управленческая компетентность руководителей и подчиненных сегодня является, с одной стороны, весьма значимым очагом болезней государственной и хозяйственной системы, а с другой — богатым ресурсом повышения эффективности на любом уровне. Тема эта табуирована «человеческим фактором» и устройством отечественной деловой культуры¹.

Недофинансирование медучреждений и целевых программ также снимает ответственность за выполнение обязательств. И главное — нет требования исполнения обязательства: все занимаются героическим «выживанием».

Свой особый интерес здесь у очень влиятельной группы — главных врачей (директоров), вполне освоивших возможности повседневной хозяйственной власти. Если раньше отечественная систе-

¹ См.: Пригожий А. И. Реформы спотыкаются о менеджмент // Общественные науки и современность. 2001. № 4. С. 55.

ма собственности контролировалась не по экономической, а прежде всего по идеолого-политической линии через четко выстроенную систему партийных структур, то с их разрушением непосредственные управленцы во всех отраслях фактически узурпировали полномочия собственников. Такая ситуация характерна и для здравоохранения, где право на хозяйственную самостоятельность главных врачей фактически предоставляет им власть собственников, хотя формально они - лишь управляющие вверенными их руководству учреждений. Их власть в наших условиях может быть поколеблена лишь в случаях, когда на место руководителя претендует человек, осуществляющий контроль над реальным или предполагаемым финансовым потоком.

Во многом это связано с тем, что до сих пор так и не определено, в чем состоит интерес нашего государства как собственника, особенно в части акционированных и смешанных форм собственности. А ведь, по сути, с экономико-юридических и научно-теоретических позиций государственная собственность как обособленная, представляющая продукт человеческой деятельности, наряду с корпоративной, групповой (общей совместной), индивидуальной, является той же частной, принадлежащей государству, и подчиняющейся тем же принципам (определенность и адекватность прав и ответственности, режим эксплуатации, эффективность использования начислений от производственной и природной ренты, бремя содержания в надлежащем состоянии и т. д.). Неопределенность этих отношений, поддерживаемая во многом искусственно, — основная среда, которая сформировала такую мощную группу влияния, как менеджерско-собственнический суррогат¹.

Во власти главных врачей оказались сегодня все материальные и людские ресурсы возглавляемых ими больниц, медсанчастей и поликлиник. Получилось так, что позиции главного врача тем прочнее, чем надежнее он охраняет свои «владения» как от постороннего влияния, так и от новаторских инициатив «снизу», а также от пассивного собственника в виде государства. Получив право на хозяйственную самостоятельность и распоряжаясь вверенными им ресурсами как собственники, главные врачи если не нарушают должностных инструкций, то и не несут никакой ответственности за их нерациональное использование. При этом они постоянно находятся под угрозой несоответствия занимаемой должности или

¹ См.: Плискевич Н. М. Российская приватизация: революция или эволюционный переход? // Общественные науки и современность. 1999. № 4.

злоупотребления служебным положением, причем независимо от реального результата деятельности [например, учреждение, оказывающее платные услуги населению, фактически работает как предприятие, а его руководитель (главный врач, директор), невольно оказывается в противоречии с бюджетным кодексом и в любой момент может быть обвинен в нарушениях финансовой дисциплины и в «нецелевом использовании средств»]. В такой ситуации любая реструктуризация и рационализация имеющегося коечного фонда им просто не выгодна, тем более если это может уменьшить сметное финансирование. Предложения о развитии новых, юридически самостоятельных форм, предусмотренных законодательством, рассматриваются как покушение на отчуждение своей «собственности», содержание и жизнеобеспечение которой так или иначе оплачивается государством. Это имеет и вполне «человеческое» объяснение, так как реально сужает сферу безраздельного права на хозяйственные и кадровые решения. Гуманность миссии и чистота «белого халата» зачастую являются единственным доводом для отстаивания ведомственного интереса любого уровня.

Отчасти поэтому торпедируется и предусмотренное Концепцией развития здравоохранения 20%-ное сокращение коечного фонда и создание на части этих площадей юридических лиц — коммерческих организаций, не развивается доверительное управление медицинскими организациями на базе отделений тех же больниц, из числа тех же трудовых коллективов. Отмечается, кроме того, определенная усталость и управленческого звена от неясности, зависимости, уязвимости практически любого административно-хозяйственного решения или начинания.

От такого консервирования отрасли, помимо прочего, страдает и медицинская наука. Известные кафедры и научные коллективы, возглавляемые учеными-клиницистами, утратили свои идеологические и руководящие функции в пользу главных врачей, которые ранее в крупных медицинских центрах осуществляли в основном организационно-снабженческие функции. К тому же главный врач в любой момент имеет право попросить их освободить помещения клиник, где они исторически практиковали, например, с целью реорганизации, ремонта или под другим предлогом. В случае столкновения интересов никакие научные заслуги не помогут — юридических прав на исконно занимаемые помещения у кафедр чаще всего нет. Кроме того, с 1995 года действует фактически бессрочный мораторий (5-летний, но вплоть до введения специального закона) на приватизацию медицинских учреждений, являющихся базой для учебного процесса.

Но даже там, где главные врачи и органы управления идут на нововведения и согласны, например, на законную сдачу в аренду части больничных или поликлинических площадей для создания медицинских хозяйственных структур, предусмотренных Гражданским кодексом, их организаторы попадают теперь в полную зависимость от работников Министерства имущественных отношений (ГКИ). До 1997—1998 годов арендные отношения для коммерческих организаций в основном регулировались и подтверждались ежегодно продлеваемыми договорами. Эти договоры на деле держат коллективы в «подвешенном» состоянии, формируют психологию временщиков, психологию зависимости от колебаний конъюнктуры. В реальной практике эта форма выбирается арендодателем как не требующая по закону государственной регистрации. Такая ситуация с единственным защищенным законодательством имущественным обременением в виде аренды (имущественного найма), если она не подтверждена государственной регистрацией, даже если договор продолжает действовать автоматически, в итоге приводит к неизбежному, хотя и незаконному ограничению хозяйственно-правовой дееспособности юридического лица со стороны других ведомств, позволяет разрушить предприятие в угоду конъюнктурным соображениям управляющей группы чиновников. Такая ситуация способна вообще парализовать текущую лечебную работу (приобретение лекарств, хранение наркотиков, очередное лицензирование и т. д.).

При этом выявляется стратегия — в обход законодательства, любыми способами нарушать императивные (правовые) нормы определения ставки арендной платы, по статусу идентичной акцизным и лицензионным сборам, таможенным и другим пошлинам, подлежащим ценовому регулированию и обязательственному исчислению и начислению. Такая же ситуация происходит с теплоснабжением, другими эксплуатационными и коммунальными расходами.

Сегодня в стране, особенно в здравоохранении, нет четкого, прозрачного, законного механизма аренды государственного имущества, которая в рыночной экономике социально ориентированных государств признается наиболее цивилизованным и прогнозируемым источником получения производственной ренты. Государственная регистрация арендных отношений фактически затруднена причинами, никак не связанными с арендатором, что оставляет договоры аренды не вступившими в законную силу и является основанием для уклонения от завышенных ставок арендной платы уже со стороны арендатора. Кроме того, договор аренды без государственной регистрации в любой момент может быть расторгнут путем призна-

ния его ничтожности как не вступившего в законную силу. В таких условиях арендаторы вынуждены мириться с отсутствием каких-либо защищенных вещных прав и обременений.

Даже при частном режиме собственности, при высокой платежеспособности населения, отлаженной системе медицинского страхования, аренды и лизинга площадей и оборудования «медицина высоких технологий» (например, в США) просто не может справиться со всем объемом хозяйственных обременений. Поэтому и там сегодня частнопрактикующие врачи объединяются, создавая общие структуры, арендуют площади и оборудование, заключают соглашения с государственными и муниципальными клиниками на выполнение тех или иных исследований, процедур, берут кредиты как частные коммерческие и некоммерческие организации. Тем самым активизируется «человеческий капитал», повышается капитал социальный, емкость рынка и общественные обязательства — в чем, собственно, и состоит механизм развития рыночной экономики и благосостояния сегодняшних обеспеченных государств¹.

10.3

ЛЕЧАЩИЕ ВРАЧИ И ПАЦИЕНТЫ

Сложившаяся в здравоохранении ситуация не была бы столь устойчивой, если бы не получала своеобразной опоры «снизу». Опора эта строится на социокультурных и психологических традициях, присущих большей части представителей двух других групп интересов, связанных с отраслью, — лечащих врачей и их пациентов.

Медицинские работники, в массе своей напуганные возможностью потери работы, воспринимают провозглашаемые лозунги структурной перестройки отрасли исключительно через призму зарплаты, на которую «можно жить». Более того, они боятся реформ, а потому и сопротивляются введению инноваций. И это не удивительно. Положение рядового врача, фельдшера, медсестры у нас всегда было достаточно тяжелым. По уровню оплаты труда отрасль практически все годы советской власти находилась на предпоследнем месте, уступая лишь работникам культуры (до 1960-х годов меньше получали в сельском хозяйстве, но и оно обогнало здравоохранение к 1970 году). В 1987 — предреформенном — году средняя

¹ См.: Васильчук Ю.А. Социальное развитие человека в XX веке: Фактор денег // Общественные науки и современность. 2001. № 4. С. 5.

зарплата в здравоохранении составляла 143,3 рубля при средней по стране в 202,9 рубля. При этом средняя зарплата, скажем, в строительстве достигла 257,2 рубля, в промышленности — 221,9 рубля, на транспорте — 239,4 рубля, в науке — 217,4 рубля¹.

По тем временам это была весьма существенная (причем явно несправедливая) разница. Уже тогда она нередко компенсировалась теневыми доплатами и подношениями, за долгие годы ставшими нормой и для врача, и для пациента. Следует отметить, что в реальной жизни историко-культурные, политические, административные, экономические причины коррупции не столь однозначны. В отсутствии внешних ограничений люди стремятся свести менее комфортные отношения к более комфортным: отношения услуги, обеспеченной представителем государства, пытаются свести к отношениям обмена или дарения². Такие взаимоотношения получили дальнейшее развитие в новые времена, когда средний уровень зарплаты в отрасли не достигает прожиточного минимума, а организационные связи, интересы и имущественные различия все дальше разводят медработников и управленцев. И если, по официальной отчетности, на нужды здравоохранения (включая покупку лекарств) население легально тратит 4,5—5% своих доходов, то де-факто расходы самого населения, по различным оценкам, достигают 45% совокупных расходов государства на нужды здравоохранения.

Казалось бы, в такой ситуации надо бороться за структурную перестройку, за резкое повышение эффективности отдачи выделяемых средств, за фундамент будущей конкурентоспособности и возможность адаптации к новым условиям, за устойчивое развитие отрасли. Однако все это наталкивается на тот факт, что огромная масса медицинских работников — и врачей, и медсестер — обладает весьма низкой квалификацией. Лишь немногие из них способны к переобучению, к достижению того уровня подготовки, который позволил бы им работать в медицинских учреждениях любой формы собственности. (Да и чисто психологически практика реформирования последних лет, само слово «реформа» связываются у большинства людей, в том числе и медработников, лишь с ухудшением личного благополучия и вызывают отторжение.) Поэтому подав-

¹ См.: Народное хозяйство в СССР в 1987 году: Статистический ежегодник. М., 1988. С. 390-391.

² См.: Сатаров Г. А. Тепло душевных отношений: кое-что о коррупции // Общественные науки и современность. 2002. № 6. С. 18-27.

ляющее большинство врачей избегает необходимой стандартизации услуг, четкой регламентации того, что пациент может требовать от врача в той или иной ситуации. Его также более устраивает существующая ныне «размытость» функций и обязанностей, при которой выделяемые на здравоохранение средства распределяются между массой больниц, либо стоящих полупустыми, либо затягивающих сроки госпитализации, либо фактически выполняющих не медицинские, а социальные функции, поддерживая пожилых людей, лишенных домашнего ухода или просто не имеющих средств к существованию. В результате из выделяемых бюджетных денег в разные годы собственно на лечение расходуется от 2 до 15% общего объема ассигнований. Остальное, как уже было отмечено, тратится на поддержание инфраструктуры основных фондов, которые в новых условиях оказались избыточными и убыточными, крайне нерациональными с позиций бюджетопотребления и его дальнейшей перспективы.

Такое отношение врачей к переменам дополняется стереотипами, господствующими среди пациентов. С одной стороны, столь же психологически уставшие от реформ люди уверены в том, что любые изменения будут происходить именно за их счет и без соответствующей отдачи, они боятся потерять то малое, что сегодня им пока гарантировано. С другой стороны, вся предшествующая практика воспитала отечественного пациента крайне неприязненным, готовым смириться с низким уровнем обслуживания и предоставлением медицинских услуг плохого качества. Причем опять-таки, при всей приверженности к бесплатной медицине, на индивидуальном уровне наш человек социокультурно свыкся с необходимостью теневых проплат.

На сегодняшний день в отрасли сложился баланс пяти групп интересов (органы управления, фонды и страховые компании, главные врачи, трудовые коллективы и сами пациенты), поддерживающий *status quo* на разной степени конфликта этих интересов, в основном регулируемый «мягким» административным управлением и профессиональным соответствием врача, его профессиональной культурой в части само- и взаимоконтроля. На этот баланс, по сути, работает и вся социальная политика в области здравоохранения, ориентированная, как и в других сферах, на поддержание социальной стабильности, а не на помощь наиболее слабым¹.

¹ См.: Тихонова Н., Шкаратан О. Российская социальная политика: Выбор без альтернативы? // Социс. 2001. № 1.

Пока поддерживается некое равновесие между тяжелым положением медицинских работников и неприхотливостью пациентов, с одной стороны, и боязнью (а у кого-то просто корыстным нежеланием) перемен у управленцев — с другой. Задачи же действительного реформирования отрасли в соответствии с ранее заявленными сегодня можно сформулировать следующим образом.

Во-первых, это сохранение и развитие всего необходимого в существующей надежной инфраструктуре и социальной базе здравоохранения, что способствует активизации спроса конечного потребителя, удовлетворению новых интересов и потребностей людей.

Во-вторых, это формирование нового взгляда медицинского сообщества (и рядовых работников, и руководителей здравоохранения) на соответствующее законодательству и требованиям сегодняшнего дня организационно-правовые формы работы медицинских учреждений, предоставляющих платные услуги. Пока даже у руководящего звена нет понимания того, что рынок не самоцель, а лишь способ, инструмент обеспечения профессиональной деятельности, роста и развития, при котором на первый план выдвигается отнюдь не получение прибыли. Это лишь условие стабильной деятельности медицинских организаций. Целью же является повышение качества предоставляемых услуг, связанных с освоением новых технологий и способов лечения, борьба за собственную репутацию, за расширение клиентской базы, за профессиональное и общественное признание, за место в будущем.

В-третьих, не менее важно, чтобы и население по-новому стало подходить к проблемам собственного здоровья. Должна срабатывать сама активность пациента, а для этого он должен быть просвещен, должен получать полноценную информацию. И предоставление такой информации должно поощряться обществом, его институтами, быть предметом государственного патронажа.

Кроме того, необходимо переступить через серьезный психологический порог, осознать, что здоровье — ценность, поддержание которой стоит материальных затрат и выделения на эти цели части средств, пусть даже из небольших доходов. И это должно стать столь же естественным, как оплата, скажем, услуг нотариуса, коммунальных услуг или проезда. Без такой перемены не построить систему действенного добровольного медицинского страхования, которая на основе бюджета и ОМС обязана обеспечить как систему доплат — «соплатежей» в государственных учреждениях, так и полную оплату обслуживания и лечения в коммерческих медицинских организациях соответственно «пакету» страховых услуг (пока консолидации страховых платежей ОМС и ДМС для каждого

конкретного застрахованного достигнуть не удалось). Все структуры для этого уже давно созданы, необходимы экономико-правовые условия для развития кредитно-ипотечных отношений между государством, производителями и потребителями.

Разумеется, психологическая перестройка как врачей, так и населения в целом — процесс весьма длительный, реально решаемый лишь со сменой поколения. Однако это не означает, что сегодня в здравоохранении реформу проводить уже поздно. Нужна прежде всего политическая воля для того, чтобы начать реально осуществлять хотя бы те меры, которые прописаны в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки и которые сегодня вполне доступны и выполнимы: разработать четкие пометражные санитарные нормативы по реструктуризации стационарной помощи, сокращению коечного фонда, созданию дневных стационаров и сети амбулаторных учреждений. Сверхнормативные же площади и дополнительное оборудование должны быть либо выставлены на открытый тендер, сданы в аренду, либо переданы в пользование трудовому коллективу или его части, способной работать в условиях самокупаемости и самофинансирования, способной развивать внутренние экономические связи в рамках функционально единого МПК и законно, экономическими методами создавать мотивации к напряженному интеллектуальному и психологическому труду, дать простор личностному развитию работников, снизить степень институционального разрыва с другими отраслями экономики и социальной сферы.

В-четвертых, для платного здравоохранения необходимо создать четкую правовую (статусную) и экономическую (производственную) базу, о чем однозначно заявлено в послании Президента РФ к Федеральному Собранию (2001). Эти нормативы должны быть определены для всех территорий, и за их выполнение обязаны отвечать конкретные должностные лица. При этом не менее важно и простое соблюдение уже существующего законодательства, и создание четких механизмов его реализации.

И наконец, здравоохранение не существует само по себе, оно является частью экономической системы с занятостью в ней 6—7% работающего населения (около 3 млн человек, из них 2 млн врачей, медсестер и фармацевтов, с преобладанием среди них мотивированных, особо ответственных людей, преданных своей специальности), оно зависит от всех системных общеэкономических процессов. Учитывая, что неопределенность отношений собственности будет поддерживаться всем административным ресурсом максимально долго, выправление этой ситуации — самый сложный воп-

рос российской государственности, который сегодня предстоит решить.

Думается, единственное, что может сделать эту попытку небезнадежной, — введение в практику взаимоотношений государства, общества с управляющими всех уровней обязательного и четко прописанного принципа личной экономической ответственности управленцев, который должен касаться как государственной, так и смешанной собственности.

Есть надежда, что такая форма ответственности физических лиц (пусть и не принятая в странах с развитой рыночной экономикой, но весьма уместная при сложившемся у нас уровне экономики теневой) в дополнение к финансовому контролю крупных и подозрительных сделок, контролю расходов вполне может изменить ситуацию к лучшему.

10.4

СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Существующая система управления здравоохранением часто характеризуется как сложная и громоздкая¹. Она страдает всеми присущими отечественной управленческой культуре организационными патологиями, и прежде всего господством структуры над функцией². Долгие годы у руководителей отрасли действовал стереотип: возникла проблема — надо создать новую структуру для ее решения. В результате сегодня, согласно последнему варианту номенклатуры учреждений здравоохранения, утвержденному в июне 2001 года, в стране насчитывается 135 типов учреждений здравоохранения, в том числе 47 больничных, 35 амбулаторно-поликлинических, 24 типа специализированных больниц и больничных центров, 10 — санаторно-курортных учреждений. Многие из них дублируют друг друга в своих функциях, кроме того, для каждого требуются ведомственные инструкции и специальные документы, особые формы отчетности и учета и т. п. Не считая того, что при целом ряде министерств и ведомств (около 20) существуют свои медицинские подразделения — «мини-минздравы», действующие автономно.

¹ См.: Комаров Ю. М. Почему пробуксовывают реформы в здравоохранении // Врачебная газета. 2002. № 4. С. 14.

² См.: Пригожий А. И. Организационные управленческие патологии // Общественные науки и современность. 1998. № 3

У нас в стране создана самая сложная в мире система здравоохранения, унитарная по организационно-правовой форме, которая давно «славится» своей неповоротливостью, неуправляемостью и нефункциональностью. Особенно остро это проявляется в экстренных случаях, когда помощь больному необходимо оказать немедленно, но он не может ее получить из-за недостатков управления системой. Например, больной оказался работником одного ведомства, а нужное для его лечения оборудование и специалисты (либо их часть) «приписаны» к другому. В этих ситуациях клиницисты, как правило, используют все средства, включая личные связи, чтобы достать необходимые препараты, расходные материалы, привлечь специалистов и т. д. Однако их попытки наталкиваются на жесткие внутри- и межведомственные барьеры: долго выясняется, кто и что должен делать, кто и из каких средств будет это оплачивать, через какие счета должны быть сделаны расчеты и т. п.

Реструктуризация, которая сопровождается сокращением коечного фонда, в последнее время характерна для большинства развитых стран. Для России она была бы особенно актуальна. Однако проведение такой реструктуризации в нашей стране даже не обсуждается, так как она потребует крупных инвестиций в техническое перевооружение больничных учреждений, десятикратного роста их текущих расходов на медикаменты и оборудование¹.

Таким образом, систем создано много, но они не способны оперативно реагировать на возникающие проблемы. Каждая из этих систем ориентируется на свою «вертикаль» в ущерб жизненно необходимым горизонтальным связям. При такой структуре плановое, рациональное управление здравоохранением становится просто невозможным.

При этом нельзя не признать, что функционально созданная материальная база отрасли вполне современна и рациональна. Диктуемые ею технологические цепочки, взаимосвязи между подразделениями открывают широкие возможности для повышения эффективности оказания медицинской помощи населению. Можно сказать, что западная медицина в какой-то степени начинает перенимать наш опыт. В частности, американские врачи организуют групповые практики по типу поликлиник, когда ряд врачей объединяются для совместного использования современного оборудования, работы с теми или иными узкопрофильными специалистами, наконец, для удобства самого врача и пациента. При этом в рам-

¹ См.: Болдов О. Н. и др. Ресурсный потенциал социальной сферы в 90-е годы // Проблемы прогнозирования. 2002. № 1. С. 47—64.

ках одного поликлинического учреждения и у нас вполне могли бы сосуществовать юридически и финансово независимые друг от друга специалисты.

В условиях же централизации управления и громоздкой административной иерархии это оказывается затруднительно. Особенно если речь идет о внедрении в устоявшуюся структуру новых элементов. Пример тому — история с институтом семейных врачей. В начале 90-х годов много говорилось о роли семейного врача к деле оздоровления населения. Была принята государственная программа развития этой формы медицинской помощи: открыли факультеты, подготовили специалистов. Однако в поликлиники их просто не пустили. Молодые врачи были вынуждены обустроить свою деятельность самостоятельно, и никто не обеспечил защиту их прав. Так очередная порция государственных средств, выделенных на здравоохранение, была, по сути, потрачена впустую. А ведь эти специалисты (при наличии соответствующего регламента, механизма, процедур) вполне могли бы сформировать некоммерческие объединения врачей, работающих на тех же поликлинических площадях и привлекающих дополнительные средства для функционирования этих учреждений. Сегодня такие (единичные!) практики в основном держатся на энтузиазме и «птичьих» правах.

На наш взгляд, экономически оправданным методом реструктуризации управления здравоохранением является юридическое разукрупнение части существующих юридических лиц и их структурных подразделений. При этом такое разукрупнение вполне естественно накладывается на технологическое разделение функций, реально существующее между различными подразделениями одного и того же крупного комплекса (например, отделения больницы, разнообразные функциональные и диагностические службы и лаборатории, призванные предоставлять услуги пациентам разных отделений). Тогда и руководители, и работники этих подразделений, де-факто обладающие определенными производственными ресурсами, обретут всю полноту прав по их рациональному использованию и будут нести всю полноту ответственности за эффективность своей работы в рамках Гражданского кодекса и договорного права.

Между тем эта схема пугает многих руководителей как отрасли, так и медицинских учреждений. Они опасаются того, что такое разукрупнение может привести к потере управляемости. Однако место административной подчиненности должна занять находящаяся сейчас в тени, но на самом деле первостепенно важная хозяйственная и профессиональная технологическая взаимозависим-

мость подразделений. Последняя предопределена местом работы, традициями, займами, маркетингом, отношениями, связями, сопровождающими деятельность каждого врача. При этом врачи — ответственная, здравомыслящая и мотивированная часть общества, вполне способная нести бремя содержания своего «производственного цикла», создания рынка труда, гражданско-правовой и этической ответственности.

Юридическая независимость даст руководителям более широкую свободу маневра. Но это отнюдь не означает потерю управляемости: администрации остаются немаловажные общекоординирующие, надзорные и административно-хозяйственные функции.

Правда, для руководства отраслью такая схема невыгодна, поскольку предполагает передачу прав производственным единицам, а следовательно, и сокращение функций аппарата, что, в свою очередь, чревато сокращением его штатного состава. Тенденции, сложившиеся в отрасли (особенно в последние годы), таковы — не разукрупнение производственных единиц, а, напротив, их объединение, создание неких надстроек над уже существующими структурами. Процесс административных слияний и поглощений с целью распоряжения ресурсами, площадями, имуществом, строениями уже коснулся научно-исследовательских институтов, академических центров, Республиканской детской клинической больницы, ряда других учреждений г. Москвы. Происходит ограничение прав, отчуждение имущества и прав аренды, ликвидация хорошо известных самостоятельно хозяйствующих предприятий.

Эти реорганизации проводятся в том числе под лозунгом борьбы с недостаточностью финансирования отрасли, создания условий для притока в нее новых средств. Однако предлагаемые схемы вызывают очень серьезные сомнения не только в плане обеспечения конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь и защиты больного от «неизбежной переплаты» в условиях «отсутствия достоверной информации о цене услуг в неформальном секторе», но и с точки зрения борьбы с теневыми оборотами в отрасли.

Попытки формального копирования элементов коммерческих и страховых систем медицинского обслуживания оказались малопродуктивными даже для задач сегодняшнего дня, не говоря уже о перспективах развития стагнированной отрасли. Одной из основных причин этого явления видится подмена структурных мер действиями, носящими фискальный характер.

10.5.

ДЕНЬГИ

Дискуссии о моделях здравоохранения в разных странах сегодня, по существу, сведены к одному — выделению преимущественного способа финансирования (из бюджета, из фондов социального страхования, на основе частного страхования, из личных средств граждан). Отечественному здравоохранению денег не хватало всегда. Об этом свидетельствовали и скудное оснащение большинства медицинских учреждений [за исключением ряда ведомственных и специализированных, а также элитных, забиравших в советское время немалую (10—15%) часть бюджета всей отрасли], и традиционно низкая оплата труда медицинских работников. С началом экономических реформ эти проблемы резко обострились. Для поддержания отрасли в качестве временной меры подзаконным актом был утвержден уже упомянутый нами «Порядок предоставления платных медицинских услуг в государственных учреждениях». Эта мера, а также использование средств, поступающих через систему ОМС, без сомнения, помогли медицинским учреждениям выжить в особо трудный для них период середины 1990-х годов.

Однако такой способ решения тактических задач финансирования в совокупности с нежеланием заниматься структурными преобразованиями отрасли имел и свою оборотную сторону. Прежде всего это сказалось на том, что так и не заработал частный сектор здравоохранения, хотя о его необходимости говорится постоянно.

Во-первых, не желающая улучшать свою структуру (в частности, освободиться от избыточной производственной базы) государственная система здравоохранения не передала свои излишки частной системе. В результате, с одной стороны, частное здравоохранение в основном заняло помещения, не приспособленные для врачебной деятельности, что не могло не сказаться на качестве предоставляемых услуг, специфике методик, уровне безопасности для пациентов, а с другой — государственные медицинские учреждения, бюджет продолжают нести бремя расходов по содержанию не нужной им в новой ситуации производственной базы.

Во-вторых, узаконенная практика доплат на услуги государственного здравоохранения, на деле уже оплаченных из бюджета (пусть и по ничтожным расценкам), подрывает финансовую основу рынка частных медицинских услуг, на котором те же услуги должны были оцениваться по полной стоимости.

В результате за десятилетие частная система медицинской помощи так и не сложилась, точнее — государственный сектор не дал

ей развиться, а сам перехватил ее функции. При этом доля частных расходов в финансировании здравоохранения в России сегодня составляет 24%, как в Ирландии (24%) или во Франции (22%). Для сравнения приведем показатели и других стран: в Швеции — 17%, Турции - 42%, США - 56%¹.

Фактически сейчас можно выделить 3 типа государственных медицинских учреждений. В первом из них официально не оказывают платной помощи, но существует теневой рынок медицинских услуг. Во втором типе учреждений бесплатно выполняют свою основную уставную функцию, но имеют также право на оказание платных услуг, включенных в прейскуронт. Наконец, есть организации, в которых удельный вес платной помощи практически сравнялся с бесплатной или значительно превышает ее. Уже многие больницы и учреждения фактически уклоняются от выполнения своей главной миссии — оказанию бесплатных услуг населению - и стремятся работать на платной основе, как предприятия (что подтвердили данные социологического исследования фонда ИНДЕМ). При этом подобные учреждения не хотят терять и бюджетное финансирование. Немаловажно и то, что все виды ответственности за любую их деятельность (и платную, и бесплатную) несет исключительно государство.

Кроме того, тарифы на коммунальные услуги избыточной базы государственного здравоохранения существенно ограничивают эффективность использования ресурсов здравоохранения, а их рост способен опустошить бюджеты лечебных учреждений. По данным за 1998 год, при полной оплате только коммунальных услуг по действовавшим тарифам платежи лечебных учреждений в Российской Федерации составили бы 40% всех расходов здравоохранения из социальных фондов².

В сложившейся ситуации Минздрав предложил схему, согласно которой функции частного здравоохранения возьмет на себя государство. При этом предполагается, что поток теневых проплат, ныне идущий непосредственно медицинским работникам, будет включен в русло легальной платы государственным учреждениям, и утверждается, что он будет меньше тех «подношений», которые больные сегодня делают медицинскому персоналу, а потому население от введения новой системы только выиграет. «При существующем

¹ См.: Innovations in health care financing. Proceedings of World Bank conference. March 10-11. Wash., 1997.

² См.: Болдов О. Н. и др. Ресурсный потенциал социальной сферы в 90-е годы. С. 47-64.

положении у потребителя отсутствует достоверная информация о возможностях получения бесплатной медицинской помощи и цене услуг в неформальном секторе и потому он неизбежно переплачивает, — считает министр здравоохранения РФ Ю. Л. Шевченко. — Для определенных категорий населения нужно легализовать соплатежи в момент потребления медицинских услуг. Это означает, что при каждом обращении к врачу пациент должен будет открыто заплатить некоторую сумму». При этом считается, что «переход от многообразия системы оплаты медицинской помощи [т. е. от сочетания легальных и нелегальных форм оплаты. — Авт.] к единым принципам позволит обеспечить построение четкой системы государственных гарантий, создавая равные условия для граждан всех субъектов Российской Федерации... а государственным и муниципальным медицинским организациям будут предоставлены широкие полномочия в вопросах использования имущества и оплаты труда персонала»¹.

Фактически предлагаемая схема преобразований в отрасли лишь легализует сложившийся status quo и еще в большей степени размывает границу между платным и бесплатным здравоохранением. Ведь те медицинские услуги, которые будет предложено оплачивать основной части населения в государственных и муниципальных лечебных учреждениях, как предполагается, по-прежнему будут финансироваться из бюджета и фондов обязательного медицинского страхования. Именно на этой основе открывается возможность для установления более низкой, чем в частном секторе, цены. Думается, однако, что люди не только не испытают облегчения, но их затраты возрастут. Больной просто вынужден будет платить дважды: один раз по официальному тарифу, другой — в соответствии с неформальной договоренностью с конкретным врачом, до этого заплатив налоги в бюджет.

Кроме того, сразу возникает социальная напряженность в связи с выделением «определенных категорий больных», обязанных за все платить, или тех, кто освобождается от этого (хотя дифференциация внутри предполагаемого перечня бесплатных услуг по характеру заболевания, а также выделение льготных возрастных групп может оказаться целесообразной). Да и сам принцип «пусть работающие платят за лечение самостоятельно» прежде всего ставит под сомнение само существование системы обязательного медицинского страхования.

¹ Шевченко Ю. Л. Здравоохранение Российской Федерации на рубеже веков // IV Всероссийский съезд врачей: Материалы. М., 2001. С. 13-14.

Между тем в условиях, когда в экономике страны очень остро стоит вопрос о резком сокращении единого социального налога, частью которого и являются отчисления в фонд обязательного медицинского страхования, работодатель вполне может потребовать отмены этих платежей. Он может заявить, что коль скоро для его персонала медицинские услуги стали платными, то ему и решать, как помогать своим работникам их оплачивать, либо он сам будет искать устраивающие его виды медицинской страховки. (При этом вполне возможно ужесточение требований к уровню здоровья работающих, стремление как можно быстрее избавиться от больных и т. п., что также чревато ростом социальной напряженности.) Во всяком случае, и работодатели, и население в этой ситуации вряд ли удовлетворятся такой «льготой», как освобождение от подоходного налога части заработка (причем не более 1000 у. е.), идущей на лечение.

Для многих специалистов, работающих в системе здравоохранения, становится очевидным, что реализация предложений по расширению платности медицинских услуг в нынешнем положении вызовет неизбежный распад системы медицинского обслуживания на две практически не связанные между собой части: «использующую современные медицинские технологии, платную элитарную медицинскую помощь для очень незначительной части населения и безусловно и навсегда отстающую медицину для остальных граждан, которым станут недоступны многие современные виды медицинской помощи, в том числе необходимые по жизненным показаниям. Процесс коммерциализации российского здравоохранения в последние годы идет именно в этом направлении»¹.

В целом предлагаемая схема, несмотря на заверения ее сторонников, только провоцирует дальнейшее углубление неопределенности в соотношении платной и бесплатной медицины. А это резко противоречит общим тенденциям, развивающимся в современной российской экономике, которую явно угнетает сложившаяся в 90-е годы неопределенность отношений, вошедшая «в острое противоречие с рыночными требованиями экономико-юридической определенности»². Поэтому в последнее время предпринимаются огромные усилия, чтобы сломить сложившиеся в 90-е годы стереотипы.

¹ Бондов О. Н. и др. Ресурсный потенциал социальной сферы в 90-е годы. С. 60.

² Плескевич Н. Неопределенность в мире определенности // Государственная служба. 2000. № 4. С. 118.