

ПРОБЛЕМНОЕ ПОЛЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.В.Тихомиров

Алексей Владимирович Тихомиров, доктор медицинских наук, кандидат юридических наук, независимый исследователь, ORCID 0000-0001-8628-9340, Москва

Аннотация: Здравоохранение у нас – федеральное: федеральная подведомственная органам управления здравоохранением организация отрасли, федеральная система финансирования государственных учреждений здравоохранения, федеральные же ограничения в обороте медицинских услуг – одинаковые в свободном обороте в отрасли для частных клиник и в администрируемом обороте для государственных учреждений здравоохранения. Изменения, которые не происходят на протяжении всего нового времени, возможны только на федеральном уровне. А они не осуществимы без ликвидации самого института учреждений и их партикуляризации, без обособления публичного здравоохранения от равноудаленных от государства частных клиник, без размещения целевых средств казны в гражданском обороте и т.п. Лишь радикальная реформа с переходом от модели Семашко к другой модели охраны здоровья на федеральном уровне позволит изменить ситуацию в отрасли.

Brief: Our healthcare is of federal origin: the federal organization of the branch subordinate to the health management bodies, the federal system for financing public health institutions, and federal restrictions on the turnover of medical services are the same in free turnover in the branch for private clinics and in administrative turnover for public health institutions. Changes that do not occur throughout new time are possible only at the federal level. And they are not feasible without the liquidation of public health institutions and their particularization, without the separation of public health from private clinics equidistant from the state, without the placement of targeted treasury funds in civil circulation, etc. Only a radical reform with the transition from the Semashko model to another model of health care at the federal level will make it possible to change the situation in the branch.

Ключевые слова: модель Семашко, организация здравоохранения, финансирование здравоохранения, учреждения здравоохранения, реформа здравоохранения

Key words: Semashko model, healthcare organization, healthcare financing, healthcare institutions, healthcare reform

В ряду мировых моделей организации здравоохранения каждая имеет свои отличительные и, вместе с тем, сходные черты.

Это позволяет их сравнивать между собой, и такое сравнение вполне корректно.

Отечественная модель организации здравоохранения в этом смысле уникальна.

И ее уникальность до настоящего времени не становилась предметом интереса исследователей, хотя именно она – подобно известной «ошибке выжившего» - обуславливает аберрации сравнения, сопоставления с зарубежными моделями.

Именно уникальность модели организации здравоохранения по Семашко создает самостоятельное проблемное поле, помимо явных, видимых, очевидных проблем самой этой модели [1, 2, 3, 4, 5].

Советское здравоохранение, как известно, в свое время было признано лучшим в мире.

Но произошедшие в стране изменения политического строя коснулись и здравоохранения.

Модель социалистического прошлого уже не одно десятилетие не соответствует и не может соответствовать несоциалистическим реалиям в стране.

Между тем факт сохранения прежней организации российского здравоохранения стыдливо замалчивается либо безосновательно отвергается или опровергается.

Безосновательно потому, что с советских времен сохраняется конституирующий элемент социальной сферы в целом и здравоохранения в частности – учреждения.

Это организационно-правовая форма юридического лица, основанного на несовременном имуществе (ст.120 ГК РФ) и имущественно несамостоятельного настолько, что по его долгам, по общему правилу, отвечает создавший его собственник имущества (а это практически исключительно государство или муниципальные образования).

И все попытки изменения имущественного функционала учреждений в рамках сохраняющейся организационно-правовой формы наталкивались на проблему субсидиарной ответственности собственника.

Разделили учреждения на казенные, бюджетные и автономные – но суть субсидиарной ответственности собственника осталась та же.

А изменение организационно-правовой формы – с учреждения на любую другую – означало бы приватизацию объекта социально-культурной сферы, что запрещено законом¹.

Учреждения – это первая проблема модели отечественного здравоохранения.

Нигде в мире учреждений нет.

Учреждения как организационно-правовая форма юридического лица существуют в германской группе государств (ФРГ, Австрия, Швейцария), но – помимо особенностей дестинации, как правило семейной – они основаны на собственном имуществе и функционируют не в сфере охраны здоровья.

Учреждений здравоохранения, кроме узкого круга постсоветских стран, в мире не существует.

Сохранение же учреждений здравоохранения в постсоветской России означает и сохранение существующей модели, поскольку для любой другой они не приемлемы.

И эта неприемлемость также имеет основания: в советское время учреждения служили исполнительным продолжением органов государственного управления, а в постсоветское на них возложена задача обслуживания граждан.

Но обслуживание, т.е. оказание услуг, которых советское право не знало, это – сфера экономики, производства, а здравоохранение прежде относилось к числу непромышленных отраслей, как и вся социальная сфера.

В любой же другой модели здравоохранения клиники, т.е. субъекты медицинской деятельности, изначально сформировались в экономике, в обороте для обслуживания граждан.

Нигде клиники не выполняли и не выполняют роль исполнителя административных указаний.

¹ п.1 ст.30 Федерального закона от 21.12.2001 N 178-ФЗ (ред. от 14.02.2024) "О приватизации государственного и муниципального имущества" (с изм. и доп., вступ. в силу с 26.05.2024)

Клиники всюду осуществляют экономическую деятельность, т.е. производят товар (услуги) в обмен на его оплату, как бы не назывался этот товар и в какой бы форме не производилась такая оплата.

Формат учреждений не приспособлен для осуществления экономической деятельности вообще и оказания услуг в частности.

Учреждения создавались как терминалы тоталитарного государства в обществе, а не как хозяйствующие субъекты.

Будь им предоставлена самостоятельность экономической деятельности, учреждения не могли бы скоро не разориться.

Это наглядно демонстрирует широкая практика накопления учреждениями социальной сферы задолженности по коммунальным услугам, за ремонт и т.д. – выстраивать расходы по поступлениям они не способны, даже по статьям сметы.

И разориться учреждения не могут – они не доступны банкротству, по их долгам так или иначе отвечает собственник, для которого они создают эти долги и которого это не может устраивать.

Даже если учреждения товар (услуги) не производят и не реализуют гражданам, они находятся на содержании собственника.

Но Россия как социальное государство в качестве собственника не только содержит учреждения, она также и оплачивает плоды их экономической деятельности – те самые товары (услуги) для граждан.

И в этом не было бы противоречия, не будь при этом государство собственником имущества учреждений, товар которых оплачивает.

По сути государство платит самому себе и покупает у самого себя, поскольку то, что оно отчуждает в качестве платы за товар, поступает в его же собственность (учреждения правом собственности не обладают).

Перехода права на товар (услугу) не происходит, все остается в одной и той же принадлежности, существуют лишь сокращающие государственную собственность издержки.

Понятно, что без смены собственности нет товарообмена: не может отчуждатель и приобретатель товара совпадать в одном лице.

Нетоварная организация – это **вторая проблема модели отечественного здравоохранения.**

В любой другой модели здравоохранения клиники, т.е. субъекты медицинской деятельности, являются участниками отношений товарообмена, осуществляют деятельность с результатом в форме товара.

Государство, социальное государство, всюду оперирует не ресурсами медицины, а средствами оплаты медицинских предоставлений в пользу граждан.

Ресурсы медицины формируются в экономике, в отраслевом обороте.

Результат публичной (государственной, властной, должностной) деятельности не имеет товарной формы, в то время как результат медицинской деятельности имеет форму товара (услуги).

Понятием здравоохранения собственно медицина не охватывается: медицина – это не составная часть здравоохранения.

Здравоохранение – это функция государства, медицина – нет.

Государство призвано обеспечить доступ граждан к медицинской помощи.

Не государство оказывает медицинскую помощь, медициной всюду занимается медицинское сообщество, с которым государство договаривается.

Медицинскую помощь, оплачиваемую государством в пользу граждан по тарифам, согласованным с медицинским сообществом, или по свободным ценам (в коммерческой медицине), оказывают врачи и другой медперсонал.

Различение здравоохранения (как поля публичной, государственной деятельности) и медицины (как поля частной деятельности) – это **третья проблема модели отечественного здравоохранения.**

В существующей модели здравоохранение вбирает в себя медицину, выделяя клинической практике то, что считают нужным органы управления здравоохранением.

И, будь медицина на государственной службе, это не могло бы вызывать вопросов.

Но врачи-клиницисты – не чиновники, не служащие, а медицина не относится к госслужбе.

Свои потребности за рубежом медицина удовлетворяет самостоятельно в экономическом обороте, в том числе через тарифные соглашения с государством.

Удовлетворение потребностей медицины профессиональное сообщество нигде не делегирует государству.

И профессиональным сообщество является как объединение по профессии, а не как иерархическое собрание по трудовой позиции, по должности или по научным степеням и званиям.

Тот факт, что в органах управления здравоохранением работают чиновники, должностные лица с врачебным образованием, не означает, что они осуществляют врачебную деятельность.

Статус российских врачей не определен иначе, чем работник, или медработник – как дань аффилированности с профессией по работе.

И это не означает работы по профессии.

В учреждениях здравоохранения врач растет не по профессии, а по трудовой позиции, из клиницистов переходя на административные должности и дальше – по ступеням номенклатуры органов управления здравоохранением.

В российской медицине нет самоопределения (медработника вообще и врача в частности) по профессии.

Врач в России не тождествен зарубежному MD (доктору медицины), как последний не тождествен российскому доктору (или кандидату) медицинских наук: профессионалитет выделен без смешения со специалитетом и научным академизмом.

Профессиональный статус врача в России определяется, измеряется и оценивается по правилам здравоохранения, а не по правилам профессионального сообщества, как за рубежом.

И это четвертая проблема модели отечественного здравоохранения.

В России врач ограничен разнообразными административными предписаниями, и потому ему не до интересов здоровья пациента.

Эти предписания не только заменяют профессиональную свободу клинического мышления, но и благодаря этому интегрируют врача в механизм оплаты оказываемых пациентам медицинских услуг.

На врача возложены не свойственные его профессии обязанности присвоения кодов и прочей организационно-статистической атрибутики его деятельности, что влияет на финансовые последствия для его работодателя – учреждения здравоохранения.

Медицинские услуги у нас унифицированы номенклатурой, стандартами и порядками, что не только исключает конкурентоспособность, но и преследует имущественными санкциями любые отклонения от предписаний.

Предполагается, что это заставляет соблюдать финансовую дисциплину в освоении целевых средств государственной казны.

Учитывая рыночную несостоятельность учреждений здравоохранения, для них в тех же целях был создан закрытый контур финансирования за счет средств государственной казны.

Содержание учреждений здравоохранения государством за счет этих средств сохранилось, только стало происходить через специально для этого созданные государственные внебюджетные фонды.

Наряду с экономическим оборотом в отрасли был создан параллельный квази-оборот, функционирующий не по экономическим, а по административным правилам.

Созданием административной параллели экономическому обороту в отрасли государство сместило приоритеты с интересов здоровья пациентов на интересы экономии целевых средств казны.

Проблема в том, что вместо сопряжения, сопоставления, гармонизации этих интересов отдано предпочтение сделать их альтернативными, противоположными, полярными.

И это – **пятая проблема модели отечественного здравоохранения**: дивергенция административного противостояния в отрасли остановила конвергенцию экономического согласия.

Создание параллельного администрируемого оборота демонстрирует нежелание или неспособность отечественного здравоохранения в давно уже не социалистических условиях отойти от советской модели.

Вместе с тем – как дань капиталистическим реалиям – схема финансирования здравоохранения из внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования (ОМС) опосредована медицинскими страховыми организациями.

Внебюджетные (специальные) фонды известны и за рубежом – это экономические, научно-исследовательские, кредитные и т.п., а также социальные (социального страхования) фонды.

Они упрощают исполнение финансовых обязательств социального государства перед обществом.

Социальным, как известно, является государство, Основным законом которого установлены социальные гарантии гражданам.

Особенностью нашего – прежде советского, сейчас российского – государства является то, что, в отличие от зарубежья, социальными гарантиями гражданам являются предоставления (товары и услуги), а не их оплата.

В соответствии с п.1 ст.41 Конституции РФ медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно.

Обращает внимание: не оплачивается гражданам медицинская помощь за счет средств государственной казны, а бесплатно оказывается в учреждениях здравоохранения.

То есть не гарантировано оплачивается оказание такой помощи гражданам, а гарантировано обеспечивается учреждениям здравоохранения – за счёт средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

И сам ход финансирования учреждений здравоохранения Конституцией РФ, как это было и при СССР, признается не предметом обязательств государства перед гражданами.

Отсюда вытекает, по меньшей мере, два следствия.

Первое следствие конституционных приоритетов: в расходах (и даже в издержках расходования) средств казны исключается подконтрольность и подотчетность иная, чем сложившаяся.

Это касается и практики мобилизации средств казны в порядке ОМС.

При этом звеньями в цепи между государственными внебюджетными фондами ОМС и государственными же учреждениями здравоохранения, получающими средства государственного целевого финансирования, являются негосударственные структуры – медицинские страховые организации.

Медицинские страховые организации – это:

- финансовые посредники, страхового продукта не создающие: они участвуют в передаче денежных средств по назначению, будучи вправе как на удержание определенной их части на свои нужды, так и на штрафование в свою пользу учреждений здравоохранения;

- не просто частные, а коммерческие организации, цель которых – извлечение прибыли, а не следование конституционным обязательствам государства и не удовлетворение потребностей граждан.

За рубежом нет ничего подобного российскому варианту медицинского страхования.

Отсюда **шестая проблема модели отечественного здравоохранения** состоит в создании и использовании прежде не ведомой эктотрофной модификации медицинского страхования и схемы финансирования учреждений здравоохранения.

Второе следствие конституционных приоритетов: в России граждане в качестве налогоплательщиков не признаются управомоченными знать, как расходуются налоги (обязательные платежи), и влиять на этот процесс.

Патернализм здравоохранения советского периода в несвойственных ему условиях государственного строя трансформировался в небрежение, игнорирование, безразличие к реальным интересам граждан.

Организаторы здравоохранения ничем не ограничены в свободе нередко сомнительного и чреватого социальными рисками переустройства отрасли в рамках реструктуризаций, оптимизаций, модернизаций, но всегда без радикальной смены существующей модели.

Аргументация «в пользу граждан» не означает «в интересах граждан».

Нет механизма институционализации идентификации и верификации интересов пациентов – он и не создается за ненадобностью.

В новое время российский пациент выступает лишь статистической единицей учета усредненного расходования средств государственной казны.

Везде за рубежом пациент интегрирован в обязательственные механизмы вне зависимости от того, он сам или третьи лица в его пользу оплачивают те или иные предоставления.

У нас при существующей организации трафика средств государственной казны пациент остается вовне механизма оплаты оказываемых ему медицинских услуг – и это **седьмая проблема модели отечественного здравоохранения**.

В принципе, все приведенные проблемы легко сводятся в одну.

Здравоохранение у нас – федеральное: федеральная подведомственная органам управления здравоохранением организация отрасли, федеральная система финансирования государственных учреждений здравоохранения,

федеральные же ограничения в обороте медицинских услуг – одинаковые в свободном обороте в отрасли для частных клиник и в администрируемом обороте для государственных учреждений здравоохранения.

Речь даже не о централизованных механизмах – организации, финансирования, регулирования и т.п.

Речь – о невозможности что-либо изменить в отдельно взятом регионе, городе, районе, учреждении здравоохранения.

Изменения возможны только на федеральном уровне.

А они не происходят на протяжении всего нового времени.

Технократический рывок Москвы – «безумство храбрых» - достоин уважения, но не имеет перспектив, если не меняет устоев незыблемости модели Семашко.

А это невозможно без ликвидации самого института учреждений и их партикуляризации, без обособления публичного здравоохранения от равноудаленных от государства частных клиник, без размещения целевых средств казны в гражданском обороте и т.п.

Мерами каких бы то ни было реструктуризаций, оптимизаций, модернизаций этого не достигнуть.

Лишь радикальная реформа с переходом от модели Семашко к другой модели охраны здоровья на федеральном уровне позволит изменить ситуацию в отрасли.

ИСТОЧНИКИ

1. Тихомиров А.В. Режим имущества государственных и муниципальных учреждений. Научно-практическое пособие. Общая часть. М.: РИГР, ЦНИИОИЗ, 2002. 84 с.
2. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Учреждения: pro et contra. Главный врач: хозяйство и право. – 2003. – № 1. – С.24-41.
3. Тихомиров А.В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. М.: ЮрИнфоЗдрав, 2007. 234 с.
4. Тихомиров А.В. Медицина ждет не революции, а переосмысления. Главный врач: хозяйство и право. 2017. № 2. С.4-12.
5. Тихомиров А.В. Будущее здравоохранения и здравоохранение будущего. Главный врач: хозяйство и право. 2017. № 3. С.4-11.