

Тихомиров А.В. Социально-политические проблемы охраны здоровья и правовые пути их разрешения //Главный врач: хозяйство и право. – 2011. – № 1. – С.9-17.

Резюме: показано, что фокус социальной политики в сфере охраны здоровья – не государство, а общество; revealing that social policy in health service sphere focuses on society, not on state.

Ключевые слова: организация здравоохранения, реформа здравоохранения, медицинское законодательство; health service system organization, health service system reform, medical legislation.

Как известно, казна состоит из распределенной (т.е. того имущества публичной принадлежности, которое закреплено за основанными на нем юридическими лицами – предприятиями и учреждениями) и нераспределенной (т.е. имущества, доступного распоряжению публичным собственником, а также имущества, которое может находиться только в публичной собственности) части. По своим обязательствам государство отвечает имуществом, доступным распоряжению (ст.126 ГК РФ).

Средства государственной казны расходуются в части на содержание самого государства, в части – на нужды общества, социальную сферу.

Содержание государства охватывает денежное обеспечение нужд его аппарата – государственных органов и должностных лиц (бюрократии) и приобретение всего того, что нужно для функционирования этого аппарата, в порядке государственного заказа. Теоретически – в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов граждан, обеспечения обороны страны и безопасности государства. Одновременно государство проводит закупки товаров, работ, услуг для государственных нужд.

Социальную сферу представляют те, кто обеспечивает нужды общества, а не государства (бюджетники), хотя и содержится за счет средств государственной казны. В настоящее время содержание социальной сферы заключается в финансировании составляющих ее бюджетных учреждений.

При этом граница между содержанием бюрократии и работников бюджетных учреждений в финансировании социальной сфере не выражена: и те, и другие в статистическом учете охватываются сообща, притом что имеют полярные различия: первые осуществляют в органах государственной власти деятельность с результатом, не имеющим формы товара, а вторые в учреждения социальной сферы – с результатом в форме товара (услуг).

Финансирование социальной сферы разделяется на два разных потока. Первый поток – это нетоварные предоставления государством денежных пособий социально обездоленным, нуждающимся гражданам (пособия по болезни, беременности и родам, детские пособия, материнский капитал и т.д.). Второй поток – это участие государства в товарных предоставлениях гражданам теми, кто их производит. Если в первом случае государство наделяет адресатов такими пособиями в денежном выражении, то во втором – в

существующем виде – услугами принадлежащих ему бюджетных учреждений социальной сферы, а не денежными средствами для оплаты подобных услуг.

Расходы казны не дифференцированы, **во-первых**, между идущими на содержание государства и идущими на содержание социальной сферы; **во-вторых**, между обрастаемыми на оплату труда чиновников и работников бюджетных учреждений в социальной сфере; **в-третьих**, между нетоварными предоставлениями государством пособий нуждающимся и товарными бесплатными предоставлениями услуг гражданам.

Таким образом, государство обобществляет то, что требует дифференциации, сохраняя в изменившихся политических и экономических реалиях прежнее устройство бюджетной и социальной сферы и его правовое оформление, создавая этим проблемное поле своей социальной политики, в том числе в здравоохранении.

Решение социально-политических проблем охраны здоровья требует, **во-первых**, политического реализма; **во-вторых**, организационного реализма; **в-третьих**, правового реализма в социальной сфере.

1. ПРОБЛЕМАТИКА ПОЛИТИЧЕСКОГО РЕАЛИЗМА В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ.

В наиболее общем виде это – вопрос позиционирования государства в социальной сфере.

Не общество в социальной сфере – для государства, а, наоборот, государство – для общества. Государство удовлетворяет как общие потребности общества в соответствующей части, так и отдельные номинированные потребности социально нуждающейся части общества.

Социальная сфера – это не выделенная в обществе площадка государства. И это не организованная по правилам механизма государства площадка.

Социальная сфера – В обществе и ДЛЯ общества, это не более чем функциональный механизм общественного перераспределения через государство материальных благ, необходимых для социального равновесия.

Соответственно, государство выступает лишь как средство упорядоченного достижения такого равновесия. И в этой роли государство выполняет функции транзита соответствующих благ и их упорядоченного перераспределения от общества в целом в пользу адресатов в том же обществе.

Поэтому то, что обремененные целевым назначением налоги поступают в казну государства, означает, что оно приобретает в отношении этих средств не более чем относительные правомочия агента общества, а не абсолютные правомочия собственника.

Отсюда бюджетный учет таких поступлений не означает, что при их обращении на целевые нужды на них распространяется действие бюджетного, а не гражданского законодательства. Бюджетный режим сбережения этих средств сохраняется до тех пор, пока они не поступают в гражданский оборот, т.е. не обращаются на оплату услуг в социальной сфере. По существу, бюджетный режим распространяется только на такую функцию

государства в отношении этих средств, как их упорядоченное перераспределение, поскольку и функция финансового трансфера может быть делегирована гражданско-правовым институтам (например, банкам).

Тем самым социальная сфера – не бюджетная сфера. Бюджетный этап – всего лишь публичная часть в механизме трансфера общественных средств целевого назначения. Государство же является не выгодоприобретателем, а агентом между принципалом (обществом в целом) и выгодоприобретателем (адресатами в том же обществе).

Соответственно, государство распоряжается временно вверенными ему средствами общества не по своему усмотрению, а в соответствии с их целевым обременением в рамках агентских полномочий. Право же свободного усмотрения государства при выполнении агентских обязательств перед обществом распространяется только на агентское вознаграждение, в счет которого оно содержит, в частности, необходимый для этого бюрократический аппарат.

Очевидно также, что такое – временно вверенное для выполнения обязательств перед обществом – имущество не является смешиваемым с остальным имуществом государства, полученным от иных налоговых и неналоговых поступлений, т.е. с собственностью государства, которая не обременена социальным назначением. В счет имущества, в отношении которого государство свободно в распоряжении, оно осуществляет, например, государственный заказ в свою пользу.

Как показано выше, частноправовая парадигма **социального агентирования** не свойственна российскому государству – оно традиционно придерживается публично-правовой парадигмы административно-бюрократического волонтаризма в социальной сфере, в рамках которой все решают должностные лица, и их решения становятся обязательными в бюджетной сфере и – опосредованно – в социальной сфере для общества в целом.

Парадигма социального агентирования при осуществлении государством социальной политики тесно увязана с парадигмой **социальных бенефиций**.

Социальный результат (в том числе, общественное здоровье) – следствие экономической деятельности. Социальный результат не является следствием деятельности органов управления здравоохранением или циркулирования финансовых средств в бюджетной системе государства. Такой результат создают субъекты экономической деятельности в социальной сфере в отношениях товарообмена.

Субъекты экономической деятельности в социальной сфере создают прямой социальный результат как следствие этой деятельности, а не опосредованно через уплату налогов, как субъекты экономической деятельности в других отраслях народного хозяйства.

Поскольку субъекты экономической деятельности в социальной сфере оказывают гражданам услуги, которые оплачиваются либо самими их получателями, либо иными плательщиками в их пользу, в том числе и государством, постольку государство в этом случае осуществляет не более чем частноправовые платежные функции на стороне заказчика услуг.

Соответственно, исполнители таких услуг имеют обязательств не более чем предусмотрено договором – равно перед получателем-гражданином и перед плательщиком-государством. Получатель услуг в этом случае имеет права требования в объеме таковых на стороне кредитора.

Здравоохранение – для общества. Государство призвано удовлетворять потребности общества в социальной сфере в охране здоровья. Это не означает, что государство обязано предоставлять медицинские услуги гражданам. Оно обязано организовать предоставление таких услуг теми, кто их оказывает, и за счет собранных на эти цели налогов оплачивать услуги. В этом смысле государство занимает сторону потребительской части общества перед стороной производителей медицинских услуг.

Вместо этого в настоящее время здравоохранение существует для государства. Государство вменяет здравоохранению ответственность за состояние социальной среды, несмотря на то, что оно лишь в малой части зависит от здравоохранения. Достижение социального результата государство обуславливает финансированием учреждений здравоохранения. Отраслевой бюджет обосновывается потребностями ведомства. Экономический механизм оплаты государством медицинских услуг из казны устроен так, что через сеть посредников (страховщиков) государство платит гражданам оказанием медицинских услуг принадлежащими ему учреждениями здравоохранения. Граждане являются получателями услуг в значении освоенных учреждениями здравоохранения бюджетных средств, а не в значении удовлетворения потребительских нужд. Государство занимает сторону основанных на его собственности производителей медицинских услуг перед стороной потребительской части общества. Плательщик и получатель бюджетных средств совпадают в имущественной принадлежности. Если в платежный механизм, сложившийся в бюджетной сфере, допущены частные финансовые агенты (страховщики), то потребители (т.е. граждане, общество) оказываются вне его пределов. Здравоохранение существует для бюджета отраслевого ведомства.

Парадигма социальных бенефиций не свойственна российскому государству – оно традиционно придерживается парадигмы ведомственного патернализма: бюрократическая иерархия по-советски возглавляет общество.

Парадигмы социального агентирования и социальных бенефиций при осуществлении государством социальной политики тесно увязаны также с парадигмой **социального проектирования**.

Как известно, социальное проектирование – это научно обоснованное конструирование системы параметров будущего социального объекта или качественно нового состояния существующего объекта. Объектом социального проектирования должны стать новые общественные отношения. Проектируемые общественные отношения не заимствуются извне, а моделируются для инсталляции в социальной среде. Исходный пункт социального проектирования состоит в том, что существующие общественные отношения не устраивают их участников (в крайнем проявлении – до социальных взрывов). От ситуации «все против всех» или «никому ничего не

надо» социальное проектирование призвано проложить путь к социализации типа «мы друг без друга не можем» или «каждый нужен всем и каждому».

Потребностям социального проектирования отвечает теория интересов. Это направление в современной аксиологии и этике, возникшее в 20-х гг. в рамках натурализма, близкое прагматизму. Его сторонники - Р. Перри, Д. Паркер (США), Ф. Теннант (Англия) и др. - определяют значение для человека предметов и явлений действительности (их ценность, в том числе и моральную), исходя из его субъективного к ним отношения. Интерес понимается как желание, расположение, склонность, симпатия, любовь (или, наоборот, отвращение, антипатия, ненависть), испытываемые людьми. Интерес порождает жизнеспособность общественных отношений.

Потребностям социального проектирования отвечает также теория социального государства. Понятие «социальное государство» появилось в научной терминологии в середине XIX века в трудах знаменитого немецкого экономиста Лоренца фон Штайна: «Социальное государство обязано поддерживать абсолютное равенство в правах для всех различных общественных классов, для отдельной частной самоопределяющейся личности посредством своей власти. Оно обязано способствовать экономическому и общественному прогрессу всех своих граждан, ибо развитие одного выступает условием развития другого, и именно в этом смысле говорится о социальном государстве»¹. Государство должно так конфигурировать общественные отношения, чтобы они отвечали целям развития общества.

Потребностям социального проектирования отвечает и теория "активного общества" (А. Этциони²), которая разделяет социальные системы на активные и пассивные (пассивные лишь реагируют на изменения в среде, приспосабливаясь к ним; активные могут целенаправленным образом воздействовать на среду, в то же время изменяя собственную структуру). Активные системы способны создавать кибернетическую схему еще не существующего будущего и организовывать свои изменения в направлении будущего ее состояния. Идеал А. Этциони – "активное общество", совмещающее в себе высокую степень контроля (как в тоталитарных обществах) с высоким уровнем согласия (как в демократических обществах). Государство должно так конфигурировать общественные отношения, чтобы они стимулировали участников к социальной активности.

Это заставляет искать эффективную конфигурацию жизнеспособных общественных отношений при социальном проектировании.

В советское время социальное проектирование подменялось партийными директивами, которые, однако, давали представление о том, куда тоталитарное государство ведет общество. В 90-е годы появилось, по меньшей мере, три официальных и бесчисленное множество доктринальных концепций развития здравоохранения. К настоящему времени государство

¹ Калашников С.В. Функциональная теория социального государства. - М.: Экономика, 2002. -188 с.

² Etzioni A. The Active Society: A Theory of Societal and Political Processes. New York: Free Press, 1968, ISBN 0029095905

самоустранилось от социального проектирования, ограничившись не доведенной до легитимации Концепцией развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года. Вместо этого появилось множество законодательных инициатив отраслевого ведомства. Однако если закон устанавливает, КАК, то документа, устанавливающего, КУДА идет социальная сфера, в настоящее время нет.

Тем самым потребность общества в социальном проектировании государством изменений социальной сферы высока, в то время как государство такой необходимости не испытывает, ограничиваясь законодательным закреплением существующего положения дел.

Это требует определения, **во-первых**, каким изменениям должны подвергнуться общественные отношения в социальной сфере, чтобы оказаться жизнеспособными; **во-вторых**, какой должна быть конфигурация этих отношений в результате социального проектирования; **в-третьих**, какой публичный акт должен оформлять результаты социального проектирования.

Российская Федерация - социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека (ч.1 ст.7 Конституции РФ).

Социальное государство³ - конституционное понятие, означающее, что государство берет на себя в объеме, соответствующем его возможностям, обеспечение определенного уровня жизни своих граждан, удовлетворение их материальных и духовных потребностей.

Социальная сфера - совокупность отраслей и организаций, непосредственным образом связанных и определяющих образ и уровень жизни людей, их благосостояние, потребление. К социальной сфере относят сферу услуг (образование, культуру, здравоохранение, физическую культуру, общественное питание, коммунальное обслуживание, пассажирский транспорт, связь). Социальное обеспечение также относится к социальной сфере. Однако в отличие от социальной сферы как сферы услуг социальное обеспечение представляет собой нетоварную материальную поддержку граждан государством, а не оказание услуг.

Отсюда здравоохранение как часть социальной сферы – это сфера услуг, обеспечивающая определенный уровень жизни людей, удовлетворение их потребностей в сфере охраны здоровья в объеме, соответствующем возможностям государства. Соответствующим возможностям государства является объем финансовых средств, используемых на оплату услуг, обеспечивающих определенный уровень жизни людей, удовлетворение их потребностей в сфере охраны здоровья, а не собственно оказание таких услуг самим государством через принадлежащие ему институты. Равным образом, производство оплаты услуг, обеспечивающих определенный уровень жизни людей, удовлетворение их потребностей в сфере охраны здоровья, является функцией не государственных, а общественных институтов в рамках соответствия возможностям государства. И финансовый, и товарный оборот

³ <http://slovari.yandex.ru/~книги/Конституция%20РФ/социальное%20государство/>

происходят в обществе, а не в государстве – в соответствии с возможностями и под контролем государства.

Тем самым государству надлежит, **во-первых**, быть вовне социальной сферы, находящейся – за исключением социального обеспечения – в гражданском обороте, подобно реальному сектору экономики, хотя бы и со свойственной ей спецификой; **во-вторых**, в пределах имеющихся финансовых возможностей разработать вариант социального проектирования так, чтобы происходила наиболее эффективная конвертация результата экономической деятельности поставщиков соответствующих услуг в социальный результат, т.е. в обеспечение определенного уровня жизни людей, удовлетворение их потребностей в сфере охраны здоровья; **в-третьих**, облечь предпринимаемые меры в форму плана-графика последовательного, поступательного перехода организации социальной сферы из исходного в модельно-целевое состояние, ее последующего эффективного функционирования и развития.

Это предопределяет такой разумный исход государства из социальной сферы, который ведет к приобретению ею жизнеспособности при существовании в обществе, соответствующей окружающим политическим, экономическим и правовым реалиям, в том числе не зависящей от изменений во внешней среде (кризисов, например).

Такой исход государства из социальной сферы основателен ровно до тех границ, за которые оно не должно выходить, чтобы не оставить социальную сферу без своего упорядочивающего влияния. Отсюда – вопрос о тех инструментах, которыми государство осуществляет влияние на социальную сферу. Их два: правовое регулирование и размещение целевых финансовых средств через существующие в обществе платежные механизмы среди поставщиков услуг под мониторинговым контролем состояния регулируемой среды. Тем самым нахождение государства вовне социальной сферы сопровождается активным его финансовым влиянием на ее состояние в рамках адаптированного правового режима.

Разработанный вариант социального проектирования, воплощенный в соответствующем плане-графике реформирования до обретения пореформенного состояния, не станет конечным, окончательным, пока не будет принят обществом. Опыт монетизации льгот показал, что если нововведению не предшествует долгая и активная разъяснительная работа, пропаганда, оно обречено на неуспех, несмотря на то, что его плоды впоследствии могут вполне устроить общество.

Требуется Программа развития социальной сферы, подобно тому, как такая сформирована для здравоохранения в Республике Казахстан⁴ - как часть единой национальной Стратегии развития страны до 2030 г.⁵ И пусть

⁴ например, Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы. Утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года №1438.

⁵ Послание Президента страны народу Казахстана. Октябрь 1997 г. Н. Назарбаев Прозветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев.

казахстанская Программа страдает множеством недостатков, прежде всего, отсутствием системности изменений, в силу чего несостоятельна для реформы, но она существует. В России, при наличии многообразных законотворческих – разнонаправленных, непоследовательных и бессистемных – акций, такой государственной Программы, отвечающей на вопрос, куда и как государство ведет социальную сферу, нет.

Программа развития социальной сферы нуждается, прежде всего, в системности. И это не набор мероприятий, корреспондирующий выявленным проблемам существующего устройства, как это свойственно казахстанской Программе, а научно обоснованная конструкция системы параметров будущего социального объекта или качественно нового состояния существующего объекта – социальной сферы.

Отсюда необходимо понимание, **во-первых**, на каких отправных началах, точках жесткости основывается такая конструкция; **во-вторых**, как организован механизм, устройство системы в сопряженности составляющих ее элементов; **в-третьих**, каков функционал⁶ такой системы в вариативности ее функционирования и развития.

Для этого требуется междисциплинарное единство понятийного аппарата (тезауруса), общее понимание структуры и функций социальной сферы и т.д.

Таким образом, проблематика политического реализма и позиционирования государства в социальной сфере не ограничивается лишь нахождением его надлежащего положения в гражданском обороте. Государство определяет также нужный вариант социального проектирования, на основе которого выстраивает реформу социальной сферы и последующую социальную политику, оформляя ее законодательно.

2. ПРОБЛЕМАТИКА ОРГАНИЗАЦИОННОГО РЕАЛИЗМА В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ.

В наиболее общем виде это – вопрос соответствия организации социальной сферы реалиям организации общества.

Общество состоит из товаропроизводителей и потребителей. В товарных (товарно-денежных) отношениях между собой они создают гражданский оборот. Гражданский оборот – это гражданско-правовое выражение экономического оборота. Товары, работы, услуги и другие не ограниченные или не запрещенные в обороте объекты гражданских прав обращаются между их отчуждателями и приобретателями. Содержанием гражданского оборота является переход имущественных и (или) личных неимущественных прав от отчуждателя к приобретателю на основе заключаемых сделок.

Нетоварные (с результатом, не имеющим формы товара) отношения складываются вне гражданского оборота и не являют собой товарообмен, т.е. передачу материальных благ и переход прав на них. Нетоварными являются личные, бытовые отношения граждан между собой. Нетоварными являются

⁶ как математическое понятие возникло в вариационном исчислении для обозначения переменной величины, заданной на множестве функций, т. е. зависящей от выбора одной или нескольких функций.

также отношения граждан с государством, в том числе, в части материальных предоставлений в порядке социального обеспечения.

В гражданском обороте, в условиях товарной организации общества, оказание услуг, продажа товаров, выполнение работ и т.д. осуществляется по единым и общим экономическим и юридическим правилам.

Это – те реалии, которые окружают социальную сферу. В условиях товарной организации общества нетоварная организация социальной сферы – в любых проявлениях – не соответствует этим реалиям.

Во-первых, передаче товара (оказанию услуги) не сопутствует переход прав на него от отчуждателя к приобретателю (сохраняется одна и та же собственность). Если и платательщик (фонды обязательного медицинского страхования), и исполнитель медицинских услуг (учреждения здравоохранения) совпадают в принадлежности единому собственнику, то товарообмен не происходит. И как бы ни менялись названия (автономные, бюджетные, казенные) и полномочия учреждений здравоохранения с сохранением публичной имущественной принадлежности, оказание ими услуг, оплачиваемых собственником, товарообменом не становится.

Во-вторых, потребитель выведен за пределы товарообмена (даже если бы он происходил). Оказание и оплата услуг происходит в бюджетной сфере, в то время как их получение потребителем – в гражданском обороте (гражданско-правовые требования к бюджетной сфере создают и деликтные последствия ненадлежащего оказания медицинских услуг), притом что бюджетная сфера не предназначена для товарообмена, который подлежит исключительно гражданско-правовому оформлению.

В-третьих, обладатель медицинской профессии мотивируется участвовать не в легальном товарообмене (даже если бы он происходил), а в теневом, поскольку финансовое положение работника в реальном товарообмене (в частной медицине) урегулировано договорными условиями трудового найма, а в государственном и в муниципальном здравоохранении – нормативно ограничено в бюджетном порядке.

Тем самым государственное и муниципальное здравоохранение отграничено от частной медицины, однако такое отграничение не приводит к их обособлению.

Во-первых, учреждениям здравоохранения не запрещено оказывать «платные» услуги, т.е. за плату не за счет средств казны. Такие услуги и оказываются (получаются потребителями), и оплачиваются в гражданском обороте.

Во-вторых, частные медицинские организации вправе участвовать в программах обязательного медицинского страхования (до которых они не допускались до недавнего времени). Такие услуги также и оказываются (получаются потребителями), и оплачиваются в гражданском обороте.

В-третьих, в цепи финансирования фондами обязательного медицинского страхования государственных и муниципальных учреждений здравоохранения участие частных медицинских страховых организаций

демонстрирует их гражданско-правовое посредничество между субъектами бюджетной сферы.

Отсюда отграничение государственного и муниципального здравоохранения от частной медицины является искусственным⁷.

При экономическом и правовом единстве объекта оборота (медицинских услуг) разделение единого экономического пространства в социальной сфере по признаку различий имущественной принадлежности субъектов (поставщиков медицинских услуг) нежизнеспособно. Об этом свидетельствует вся новейшая постсоветская история: социальная сфера на протяжении двух десятилетий пребывает в перманентном кризисе.

При существующей организации здравоохранения (и всей социальной сферы) в отрасли обращаются не услуги, а средства казны, не выходящие за пределы бюджетной сферы. Услуги не обретают ценности продукта производства и обмена. Они обречены оставаться невидимками для хозяйственного процесса. Финансовый (бюджетный) оборот существует, а товарообмена не происходит. По существу, денежная компенсация услуг в бюджетном процессе является не их оплатой, а таким же звеном в цепи последовательных расходов, как заработная плата медицинского персонала, приобретение аппаратуры, оборудования и пр., т.е. не доходами, по которым строятся расходы, а одной из статей расходов.

Следовательно, проблема – в системном единстве отраслей социальной сферы на других, отличных от прежних, основаниях. И в этом смысле существуют полярные решения: можно копировать зарубежный опыт, а можно создавать самобытную инновацию. Как показывает отечественный опыт компиляций зарубежного опыта (обязательное медицинское страхование, врачи общей практики, фондодержание и пр.), они не приживаются без предварительной адаптации к российской действительности. Предложения по реформированию здравоохранения инноваций содержат немного⁸ - это, в основном, предложения нерадикальных изменений.

Очевидно, что вместо неадаптированных компиляций зарубежного опыта и самобытных инноваций следует сначала позаимствовать основы, на которых формировался зарубежный опыт, затем создать на этих основах модель конструируемой действительности и только потом планировать возможные инновационные улучшения.

За рубежом, **во-первых**, обладатель медицинской профессии является либо хозяйствующим субъектом, либо работником по трудовому найму (там, где существует трудовое право) в частных организациях (по общему правилу, корпорациях⁹), в том числе создаваемых и субъектами публичного права.

⁷ Отсюда же происходят и последствия этой искусственности, как, например, выделение государственных (публичных, бюджетных) услуг.

⁸ www.zdravo2020.ru

⁹ учреждения как вариант организационно-правовой формы существуют в германской группе государств и основаны на собственном имуществе. Учреждений здравоохранения как основанных на несобственном имуществе медицинских организаций нет нигде, кроме постсоветских государств.

Во-вторых, плательщик в пользу потребителя (в том числе и государство) выступает на его стороне в отношениях с поставщиками медицинских услуг, и носителем средств оплаты этих услуг является сам потребитель (в том числе и на бездокументарной основе) по факту обращения.

В-третьих, и оказание (получение), и оплата услуг в социальной сфере происходит в гражданском обороте, за пределами механизма государства, даже если распределение платежных средств происходит в казначейских границах.

Отрасли социальной сферы – это сегменты гражданского оборота, в которых изначально разведены, **во-первых**, публичные и частные институты; **во-вторых**, финансовые и производительные институты; **в-третьих**, рынки товаров, работ, услуг.

Достижение организационного реализма, следовательно, состоит в том, чтобы создать систему капитализации активов, которая позволила бы им стать частью единой сети капиталобразования¹⁰, т.е. систему оборота и воспроизводства ценностей в социальной сфере.

Нужны институты и процедуры, **во-первых**, способные очистить от всех искусственностей отношения оказания (получения) и оплаты услуг в их истинном значении обмена ценностями; **во-вторых**, делающие транзакционные издержки на осуществление легальных экономических отношений меньшими, чем теневых; **в-третьих**, обеспечивающие экономичность процесса капитализации.

Медицинская услуга – это не цена, которой казне стоит ее оказание, а ценность, доставляемая производителем получателю, взамен поступающемуся встречной ценностью – ее оплатой, в том числе и через опосредуемые государством социально-перераспределительные механизмы производства этой оплаты. Это – отношения товарообмена в предназначенном для него гражданском обороте.

Следовательно, организация здравоохранения может рассматриваться исключительно в контексте организации отраслевого гражданского оборота с едиными и общими правилами участия для всех институтов, позиционированных в нем как стороны отношений товарообмена.

Тем самым не гражданский оборот следует подчинять правилам существующей организации здравоохранения, а ее – правилам гражданского оборота. Для этого и необходима индустриальная трансформация¹¹, т.е.

¹⁰ в значении капитала в качестве ценности, а не собственно денег

¹¹ Тихомиров А.В. Отечественная организация здравоохранения: реформа идеологии //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 2. - С.2-8; Тихомиров А.В. Отправные начала идеологии реформирования здравоохранения //Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. - №4. – 37-42; Тихомиров А.В. Вопросы правового оформления реформы экономической организации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 1. – С.2-11; Тихомиров А.В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. – М.: ЮрИнфоЗдрав, 2007. – 234 с.; Солодкий В.А., Тихомиров А.В. Концепция индустриальной трансформации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 3. – С.2-11; Тихомиров А.В. Теоретическое обоснование программы концептуального моделирования реформы здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 6. – С.2-5; Тихомиров А.В. Порепорформенная модель индустриальной трансформации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 6. – С.6-14; Тихомиров А.В. Необходимость индустриальной трансформации здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 1. – С.2-3; Тихомиров А.В. Перспектива здравоохранения //Главный врач:

товарообменная реорганизация отрасли, чтобы сформировать соответствующую реалиям аксиологию организации здравоохранения.

Если произойдет превращение здравоохранения в индустрию охраны здоровья, то, **во-первых**, в сфере охраны здоровья не станет учреждений здравоохранения и бюджетников как их работников; **во-вторых**, излишек прежних функций приведет к сокращению бюрократического аппарата до уровня реальных потребностей; **в-третьих**, практически весь объем финансирования здравоохранения из казны сможет пойти на оплату предоставлений гражданам.

Экономичность процесса капитализации обеспечивается уже тем, что отношения оказания (получения) и оплаты услуг формируются в гражданском обороте, вовне бюджетной сферы. Первичная экономия достигается на прекращении нормативно-распределительного содержания государством социальной сферы и на переводе ее на режим отношений эквивалентного обмена. Одновременно резко изменяется ландшафт транзакционных издержек: устраняются излишние административные барьеры, сужается коррупционное поле, падают непроизводительные расходы. В последующем экономичность обеспечивается возможностями оптимизации технологий оказания услуг и платежного механизма.

Это ведет к созданию центростремительных механизмов вокруг истинных ценностей в социальной сфере – физического, психического и социального благополучия граждан и действий (деятельности) созидателей такого благополучия (поставщиков соответствующих услуг), т.е. к капитализации активов с использованием денежного капитала лишь как средства выражения ее развития.

Такая система капитализации активов в социальной сфере как часть единой сети капиталобразования не допускает фрагментарных решений (в территориальных, временных и структурных масштабах) комплекса стратегических задач в условиях подчинения нелинейным законам. Иными словами, переход от административно-бюджетной к индустриальной организации социальной сферы может быть лишь общим и единовременным для всей страны. Реформа социальной сферы в отдельно взятом регионе или только в части институтов или процедур невозможна, хотя не исключает возможности ее проведения по отдельным отраслям.

Таким образом, соответствие организации здравоохранения реалиям организации общества достигается созданием системы оборота и воспроизводства ценностей в социальной сфере и обеспечивается переходом от административно-бюджетной к индустриальной организации отрасли.

хозяйство и право. – 2008. - № 2. – С.8-13; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Направления развития здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 3. – С.4-9; Тихомиров А.В. Концепция социально-ориентированной модернизации здравоохранения: Дисс. ... докт. мед. наук. - М., 2008, 342 с.; Тихомиров А.В. Обзор перспектив здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 2. - С.10-21; Тихомиров А.В. Концепция социально-ориентированной рыночной реформы здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 1. - С.11-17.

3. ПРОБЛЕМАТИКА ПРАВОВОГО РЕАЛИЗМА В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ.

В наиболее общем виде это – вопрос соответствия актов специального законодательства в социальной сфере действительности организации общества и праву.

В конце XIX в. в правовой среде сформировалось недовольство идеями доктринализма, связанное в первую очередь с оторванностью теории права от реальных социальных условий. На волне этого недовольства возникло течение, получившее название «*правовой реализм*».

В контексте соответствия права реальным социальным условиям за рубежом приходило понимание того, что закон можно скорее *открыть*, чем *предписать*, и что никто и никогда не обладает в обществе такой властью, чтобы диктовать ему свою волю в качестве закона. Право - это процесс открытия правил, существующих независимо от законодательства, а не набор официально принятых актов¹². Пропасть между тем, чего требует закон, и тем, что нужно сделать, чтобы он стал действенным, будет сохраняться, пока изучение логики и принципов этого «*народного права*» не приведет к пониманию того, что нужно сделать для создания действенной и работающей правовой системы, и тогда ее законность и действенность будет обеспечиваться обществом в целом.

Как отражение нетождественности закона и права и распространенности того и другого одинаково на власть и подвластных позднее возникло понятие *правового закона*. Неправовые законы - общеобязательные установления, которые не соответствуют принципам права. В отличие от правового государства государство законности - государство, в котором закон подчиняет своим требованиям обязанных его соблюдать лиц, а соответствие его самого принципам права не верифицируется.

Таким образом, право не должно отрываться от общественного уклада, жизни социума и ее реалий, закон должен соответствовать праву и как выражение права обязателен для власти и подвластных.

Общественный уклад в сфере охраны здоровья сложился, наследуя, с одной стороны, исторический опыт сосуществования дореволюционного подвижничества (земской медицины) и гонорарной оплаты медицинской помощи, а с другой – засилья бюрократии и иждивенчества населения в условиях бесплатного социалистического здравоохранения.

В советский период и в новое время в отечественном здравоохранении сохранилась подведомственность отрасли. Отрасль продолжает функционировать не на основе права, а на основе усмотрений ведомственной бюрократии, облеченных в форму административных приказов.

В условиях новой реальности вынужденного сосуществования в здравоохранении отраслевого ведомства и частной медицины возникла двойственность правового режима при единстве характера деятельности и аудитории потребителей. Активизация отраслевого ведомства в части

¹² Леони Б. Свобода и закон - М., ИРИСЭН, 2008 г. - 308 с.

законотворческих инициатив продемонстрировала продолжение игнорирования им частной медицины при стремлении распространить на нее режим ведомственной субординации.

Между тем правовые реалии формируются не отраслевым ведомством и не частной медициной, а обществом, которое выверяет, насколько справедливо организационное устройство отрасли и его законодательное оформление, насколько они соответствуют ожиданиям общества от здравоохранения.

Если общество содержит государство, и граждане в качестве налогоплательщиков платят налоги, в том числе целевые, они вправе взамен рассчитывать на действительную бесплатность для себя здравоохранения. Любого рода нехватка финансирования, дополнительные теневые поборы или «платные» услуги свидетельствуют о социальной неэффективности государства в сфере охраны здоровья. Поэтому люди хотят не декларируемой, а реально обеспеченной государством бесплатности здравоохранения.

Приписываемая И.В.Сталину фраза: «Хорошего врача народ прокормит, а плохие нам не нужны», на самом деле, отражает традиции, воспроизводящиеся в реальности: общество не против материального вознаграждения врачу – не в виде заранее оговоренной теневой платы, как в новое время, а в порядке благодарности, как это исторически сложилось. Если при видимости налаженного механизма и увеличения средств финансирования здравоохранения медицинские работники в качестве бюджетников получают недостойную зарплату, заставляющую их искать легальных и теневых приработков, в том числе, за счет пациентов, то это свидетельствует о несправедливости организации здравоохранения в стране. Именно понимание обществом такой несправедливости стимулирует теневую оплату медицинской помощи лично врачам, в результате чего – наряду с «платными» услугами – общество содержит здравоохранение двойным-тройным бюджетом. Пациенты платят лично врачам потому, что опасаются естественной встречной реакции медицинских работников на недостойную оплату труда в виде безразличия к их нуждам, безучастности, а не потому, что хотят платить. Если этого не делает государство, то бремя мотивации медицинских работников вынужденно ложится на общество. Люди платят лично врачам не потому, что хотят платить, а потому, что хотят, чтобы на них не отразилась несправедливость в этом государства. Поэтому люди хотят платить лично врачам, но за счет средств государства.

Если налогами распоряжается государство, то общество может ему доверять тогда, когда бесплатное здравоохранение доступно для граждан. И речь идет не о комфорте и сервисе (хотя и это не лишне), а о самой возможности получить необходимую медицинскую помощь. Если же в стране бесплатного здравоохранения людям к нему попросту не подступиться, и вместо этого повсеместно производятся теневые поборы и навязываются «платные» услуги, если гражданин не в состоянии получить оплаченную им и остальным обществом в виде налогов медицинскую помощь по потребностям своего здоровья за неработоспособностью

механизмов медицинской эвакуации или потому, что закончились квоты, или по иной причине, то бесплатность здравоохранения исключается его недоступностью. Поэтому люди хотят не ограничиваемой никакими условиями доступности медицинской помощи.

Если отношения граждан – получателей и поставщиков медицинских услуг – ставятся в зависимость от усмотрения бюрократии, решающей, как, чем и когда лечить и лечить ли вообще, то здравоохранение перестает быть охраной здоровья, становясь порождающей коррупцию чиновничьей благотворительностью. Отраслевое ведомство получает возможности решать за общество, что ему нужно. Происходит подмена ожиданий общества в здравоохранении мнением об этом отраслевого ведомства. Общество не делегировало отраслевому ведомству полномочия что-либо решать в отношении здоровья всех и каждого его члена хотя бы потому, что здоровье – неотчуждаемое благо, право на которое непередаваемо как неразрывно связанное с личностью (ст.150 ГК). Поэтому люди хотят независимости своего лечения от волюнтаризма бюрократии.

Если при оказании медицинских услуг здоровье является объектом целенаправленного воздействия, то правообладатели-граждане хотят независимости своего лечения и от вредообразующих пороков оказания медицинской помощи. Если к ущербу от патологии, побуждающей обратиться за медицинской помощью, добавляется вред вследствие дефектов ее оказания, то пациент лишается того, что вправе ожидать от медицинской помощи, поступаясь тем, что не ожидал утратить. Помощь оборачивается вредом большим, чем от имеющейся патологии в отсутствие помощи. Поэтому люди хотят медицины, безопасной для своего здоровья.

Тем самым, в целом, люди хотят:

1. не платить лично;
2. платить лично врачам;
3. доступной медицинской помощи;
4. независимости своего лечения от усмотрения бюрократии;
5. безопасной медицины.

В этом и заключаются ожидания общества от здравоохранения, определяющие правовые реалии.

Следовательно, формула правового реализма в сфере охраны здоровья такова: доступная безопасная медицинская помощь, адресно-мотивирующая врачей оплатой через посредство государственной казны без влияния бюрократии.

В целом, социально-политические проблемы охраны здоровья происходят из несоответствия здравоохранения в действующей модели существу:

- политического реализма: нахождение надлежащего положения государства в гражданском обороте, а также нужного варианта социального проектирования, на основе которого оно выстраивает реформу социальной сферы и последующую социальную политику, оформляя ее законодательно;
- организационного реализма: приведение организации здравоохранения в соответствие с реалиями организации общества через создание системы

оборота и воспроизводства ценностей в социальной сфере с переходом от административно-бюджетной к индустриальной организации отрасли;

- правового реализма: раскрытие механизма доступной безопасной медицинской помощи, адресно-мотивирующей врачей оплатой через посредство государственной казны без влияния бюрократии.

Правовые пути разрешения социально-политических проблем охраны здоровья состоят в создании отправных начал для целей законодательного оформления политических, организационных и правовых реалий в этой сфере.

В наиболее общем виде это – разгосударствление здравоохранения с выведением его за пределы действия бюджетного законодательства, создание специального правового режима регулирования экономической деятельности с социальным результатом и переход к использованию государством единственно частноправовых инструментов в пользу граждан как путь осуществления социальной политики в отрасли.

Для этого необходимо, на первом этапе:

- во-первых, законодательно определить различия публично-правовой роли государства в качестве социального регулятора и частноправовой – в качестве плательщика в пользу общества в здравоохранении;

- во-вторых, провести демаркационную линию между сферами действия бюджетного и гражданского законодательства в здравоохранении;

- в-третьих, установить формально определенные различия между экономической деятельностью в реальном секторе и в социальной сфере.

На втором этапе нужно диверсифицировать сегменты гражданского оборота в отрасли (финансовые и товарные рынки, рынки товаров, работ, услуг, рынки потребительского и предпринимательского назначения), законодательно оформив соответствующие юридически значимые различия.

И, наконец, на третьем этапе следует правовыми средствами создать системный алгоритм воспроизводства социальных процессов сохранения баланса интересов всех участников обязательственных отношений в сфере охраны здоровья.

Таким образом, социально-политические проблемы охраны здоровья происходят из несоответствия здравоохранения в действующей модели политическим, организационным и правовым реалиям. Правовые пути их разрешения состоят в тщательном разграничении правовых режимов в соответствии с характером регулируемых отношений для целей удержания баланса социальных интересов.