

Тихомиров А.В. Отраслевая организация здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 5. - С.17-25.

С советского времени сращения государства с обществом отрасли социальной сферы, считавшиеся тогда непроизводственными, отождествлялись со сферой ведомственного управления. В подведомственности профильного министерства состояла вся отрасль. Министерство получало средства на функционирование и развитие отрасли и «осваивало» их через принадлежащие государству «предприятия, учреждения, организации».

В новое время в реальном секторе экономики произошли существенные перемены, особенно в результате приватизации производств. Сформировался рынок самостоятельных товаропроизводителей, которые не находятся в ведомственном подчинении отраслевого министерства и доступны только регулятивному, налоговому и финансовому воздействию со стороны государства: регулирование оборота товаров, работ, услуг и его налогообложение происходит в законодательном порядке, а финансирование товаропроизводителей осуществляется в порядке государственного заказа – в иных случаях товаропроизводители предоставлены сами себе в нахождении заказчика своей продукции.

В отраслях социальной сферы все сохранилось по-прежнему, они остались в подведомственности профильных министерств, объединяющих функции равно распорядителей (главных распорядителей) и получателей бюджетных средств, приватизации официально не произошло и открытого рынка не сформировалось.

Однако – в отсутствие возможности общего для экономики страны в целом или специального для отдельной отрасли запрета предпринимательской инициативы – наряду с публичным здравоохранением сложилась частная медицина.

Возникла новая реальность сосуществования двух совершенно различных до противоположности механизмов охраны здоровья граждан: прежний, бюджетно-административный и новый, рыночный. Первый, ограниченный ведомственными рамками, остался объединенным с механизмом финансирования за счет средств казны (т.е. собранных налогов), второй, универсальный – отделен корреспондирующему ему механизму финансирования за счет любого плательщика, в том числе, за счет личных средств граждан или иного плательщика в их пользу, включая государство. Первый остался свободен от налогового бремени, от которого не освобожден второй, и в использовании безвозмездно получаемых из казны ресурсов, которые вторым приобретаются – за счет самостоятельно зарабатываемых в отношениях с заказчиком доходов. Если первый оснащается из разных источников – включая национальные приоритетные проекты – за счет средств казны в нормативном порядке, в том числе дорогостоящим современным оборудованием, то второй, будучи ограничен в доходах и

отсюда – в самостоятельно приобретаемых ресурсах, не может этого позволить.

Иными словами, отрасль поделилась на две части: подведомственное министерству публичное здравоохранение и не подведомственная ему частная медицина. Тем самым отрасль перестала быть сферой исключительно ведомственного управления.

Различия источников финансирования публичного здравоохранения и частной медицины сложились также не в соответствии со структурой интересов участников гражданского оборота, а по границе публичной и частной собственности: из государственной или муниципальной казны – правовой режим бюджетного, за счет средств любого иного плательщика за медицинские услуги – правовой режим гражданского законодательства.

Введение «платных» медицинских услуг¹ повлекло не столько упорядочение частной медицины, сколько дезорганизацию публичного здравоохранения. «Платные» медицинские услуги – это единственный источник финансирования учреждений здравоохранения не из средств государственной казны, а за счет средств граждан или плательщиков в их пользу. Тем самым учреждения здравоохранения вышли в гражданский оборот. Естественным стало их стремление к максимальному сужению «гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» ради расширения спектра «платных» медицинских услуг.

В условиях тотального административного нормирования в публичном здравоохранении официальная оплата «платных» медицинских услуг оказалась невыгодной для практических медицинских работников, поскольку основная ее часть на практике стала присваиваться администрацией учреждений здравоохранения. Поэтому процессы дифференциации коснулись также и медицинского сообщества. Оно оказалось разделенным не столько публичным здравоохранением и частной медициной (хотя и этим тоже²), поскольку медицинские работники, как правило, совмещают работу и там, и там, сколько возможностью теневого заработка: работники государственных и муниципальных учреждений здравоохранения имеют преимущества в этом перед работниками частных медицинских организаций, работники центральных и лучше оснащенных – перед работниками периферийных и хуже оснащенных учреждений здравоохранения и т.д. Тем самым в рамках единой медицинской профессии в зависимости от места работы в публичном здравоохранении оформилась независимая от структуры заработной платы иерархия фактических доходов медицинских работников.

Стали происходить также процессы дифференциации между практическими медицинскими работниками и медицинским менеджментом. В той мере, в какой различаются интересы работников и работодателей,

¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 г. № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»

² сотрудникам частных клиник не засчитывали медицинский стаж, а только трудовой, что было изменено Постановлением Конституционного суда Российской Федерации по делу о проверке конституционности положений подпунктов 10, 11 и 12 пункта 1 статьи 28, пунктов 1 и 2 статьи 31 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации»

руководители частных медицинских организаций определяют зарплатную часть расходов по доходам, не допуская излишнюю департаментализацию, в противоположность учреждениям здравоохранения, в которых даже для оказания «платных» медицинских услуг создаются самостоятельные отделения, а администрация связана нормативами заработной платы медицинского персонала, притом что не ограничена в повышении заработной платы административного персонала. Различия между главными врачами учреждений здравоохранения и руководителями частных медицинских организаций также заметны: если первые ориентированы на максимальные расходы в счет полученных из казны средств, то вторые – на максимальные доходы для обеспечения реинвестирования осуществляемой деятельности. Отсюда, если практических медицинских работников различия публичного здравоохранения и частной медицины практически не коснулись, то руководителей учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций – весьма существенно: первые продолжили позиционироваться как чиновники, должностные органы управления здравоохранения, а вторые – как менеджеры, подобно менеджменту в реальном секторе экономики.

Таким образом, здравоохранение и медицинское сообщество перестали быть едиными. Отрасль разделилась на ведомственную часть и свободный гражданский оборот. Медицинское сообщество, оставаясь в рамках отрасли, вышло за ведомственные пределы. Руководители учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций разделились на категории, соответственно, организаторов здравоохранения в прежнем значении и организаторов медицинского предпринимательства.

Если административная (ведомственная) и бюджетная (финансовая) организация здравоохранения перемен в связи с такими сдвигами не претерпела, то отраслевая подверглась существенным внутренним изменениям. В общем виде между искусственно сохраняющейся и фактически складывающейся моделями различия касаются системной, институциональной и профессиональной организации здравоохранения.

1. СИСТЕМНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

В советское время совпадения государства и общества существовала единая государственная система здравоохранения – иерархия подчинения государственной социальной политике в сфере охраны здоровья через органы управления здравоохранением – от отраслевого министерства до районных комитетов здравоохранения – и низовых звеньев (практическое здравоохранение – больницы, поликлиники, амбулатории и фельдшерско-акушерские пункты), и граждан – пациентов.

В новое время в соответствии со ст.ст.12, 13, 14 Основ законодательства об охране здоровья граждан (1993) единая в прошлом государственная система здравоохранения была разделена на три части: государственная, муниципальная и частная (рис.1).

Системы здравоохранения /	Государственная	Муниципальная	Частная
------------------------------	-----------------	---------------	---------

структура			
Органы управления здравоохранением	Федеральные и региональные	Муниципальные	-
Практическое звено	Учреждения здравоохранения	Учреждения здравоохранения	Медицинские организации и частные врачи (ПБОЮЛ)

Рис.1. Системообразование здравоохранения в соответствии со ст.ст.12, 13, 14 Основ законодательства об охране здоровья граждан (1993).

Тем самым, во-первых, в здравоохранении в рамках разделенных систем оказались смешанными публично-правовая и частноправовая сферы. Органы управления здравоохранением относятся к механизму государства (местного самоуправления), имеют соответствующую Положениям о них компетенцию и масштаб публично-правовой деятельности (сферу юрисдикции) в осуществлении социальной политики государства в сфере охраны здоровья граждан. Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения государственными или муниципальными органами не являются и осуществляют частноправовую деятельность (оказывают услуги) в соответствии с Уставами. Общее между ними то, что в качестве учреждений и органы управления здравоохранением, и учреждения здравоохранения основаны на имуществе, принадлежащем соответствующему публичному собственнику (государству или муниципальному образованию). Несмотря на полярные различия в положении и деятельности, и органы управления здравоохранением, и учреждения здравоохранения были разделены на государственную и муниципальную системы по единству имущественной принадлежности.

Во-вторых, оказались разделены по системам субъекты одинаковой деятельности. Государственные и муниципальные органы управления здравоохранением осуществляют одинаковую по характеру публичную деятельность за счет средств, собираемых в качестве налогов, с результатом, не имеющим формы товара (работы, услуги). Напротив, осуществляя одинаковую деятельность по оказанию медицинских услуг, ее результат равно для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций имеет товарную форму продукта реализации.

По советскому образцу продолжая быть субъектным, т.е. охватывая субъектов (учреждения здравоохранения и частные медицинские организации), действующее системообразование здравоохранения различает их по объектной (имущественной) принадлежности. Иными словами, синтетический признак самого системообразования здравоохранения – привычно субъектный, а аналитический признак деления по системам – объектный. Как характеристика собственника (а не самого имущества) выступает факт имущественной принадлежности.

Поскольку характеристикой собственника в экономическом обороте является его право на присвоение результатов деятельности, постольку именно оно с очевидностью является основополагающим признаком деления здравоохранения по системам: присвоение государственной казной – государственная система, муниципальной – муниципальная, частный способ присвоения – частная.

Иными словами, не различия в принадлежности субъектам медицинской деятельности имеющегося имущества и не их различия в деятельности на основе этого имущества, но лишь различия в праве на приращения от этой деятельности положены в основу деления здравоохранения по системам.

В-третьих, вместо трех систем, различающихся имущественной принадлежностью, в действительности отрасль распалась на две части – по факту наличия (государственная и муниципальная) или отсутствия (частная) в них органов управления здравоохранением – с различающимися правилами функционирования. Это приводит к ряду последствий.

Первое. Именно различия в имущественной принадлежности при общности публичного обособления породили раскол прежнего единства подведомственности федеральных, региональных и муниципальных органов управления здравоохранением, поскольку ведомственная отнесенность перестала сопровождаться централизованным финансированием. Федеральные, региональные и муниципальные органы здравоохранения финансируются, соответственно, из федеральной, региональной и муниципальной казны. Поэтому приказы федерального центра, если не обеспечены финансированием из федеральной казны, трансформируются в регионах сообразно возможностям региональной казны, а затем – на местном уровне сообразно возможностям муниципальной казны. По существу, на основе имущественного разделения произошел раскол единообразия социальной политики государства в сфере охраны здоровья граждан – в здравоохранении возникли территориальные различия финансирования здравоохранения.

Второе. Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, находясь в сфере административного управления и финансирования в качестве получателей бюджетных средств, не стали хозяйствующими субъектами, подобно частным медицинским организациям, но и остались за пределами механизма государства (местного самоуправления). Тем самым учреждения здравоохранения оказались вовне как публичной, так и частной сферы.

Третье. Публичный характер бюджетного финансирования и социальный характер товарной деятельности учреждений здравоохранения вошли в противоречие. Как и прежде, учреждения здравоохранения остались исправными получателями бюджетных средств по правилам бюджетного процесса притом, что осуществляют деятельность в отношении граждан, общества. Несмотря на то, что производство и потребление услуг происходит одновременно, производство медицинских услуг учреждениями здравоохранения оказалось происходящим в бюджетной сфере, а потребление гражданами – в гражданском обороте, за границами механизма государства или местного самоуправления – в обществе. Несмотря на то, что оплата, в том

числе субъектом публичного права, товарных предоставлений – в свою пользу или в пользу общества (ст.430 ГК РФ) – осуществляется в гражданском обороте (ст.124 ГК РФ), учреждения здравоохранения финансируются в качестве получателей бюджетных средств в бюджетном процессе. Тем самым производство и оплата медицинских услуг учреждениями здравоохранения происходит в бюджетной сфере, а их потребление гражданами – в гражданском обороте. Между тем допущение гражданского правонарушения при оказании медицинских услуг учреждениями здравоохранения влечет их гражданско-правовую ответственность средствами казны. Отсюда, во-первых, оказание гражданам медицинских услуг и получение их оплаты учреждениями здравоохранения происходит в несовмещающихся правовых режимах; во-вторых, если оплата оказываемых ими медицинских услуг осуществляется в рамках бюджетного процесса, то ответственность из оказания гражданам этих услуг наступает гражданско-правовая; в-третьих, гражданин как получатель медицинских услуг учреждений здравоохранения непричастен к платежам, производимым в бюджетном процессе, что лишает его или ограничивает в правах требования, предоставляемых бенефициару договором в пользу третьего лица.

Таким образом, существующее системообразование здравоохранение не консолидирует отрасль, а разобщает. Системообразование здравоохранения, основанное на имущественных различиях, во-первых, не ориентирует на достижение социального результата, будучи подчинено бюджетным целям распределения средств казны в замкнутом, не сообщающемся с обществом контуре; во-вторых, препятствует государству выполнять свою социально-политическую роль, содержание которой децентрализуется и ставится в зависимость от территориальных различий величины казны; в-третьих, обуславливает разделение тех механизмов, общность функционирования которых приводит к достижению единого для всей страны социального результата. Вместо достижения всеобщего социального результата существующее системообразование здравоохранения устремлено к недопущению частного присвоения экономических результатов медицинской деятельности, выстраивая отрасль в парадигме учреждений бюджетной сферы, т.е. распределительного круговорота средств казны³.

2. ИНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Как известно, социальный институт – это обозначение совокупности норм права, регулирующих социально-правовые отношения в различных сферах общества (напр., институт брака, семьи), а в широком смысле – элемент социальной структуры, исторической формы организации и регулирования общественной жизни как совокупность учреждений, норм, ценностей, культурных образцов, устойчивых форм поведения, таких как, например,

³ Иванов А.В., Тихомиров А.В. Современное состояние организации отечественного здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.23-29; Тихомиров А.В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. – М.: ЮрИнфоЗдрав, 2007. – 234 с.; Тихомиров А.В. Системообразование здравоохранения на инновационной основе //Вестник новых медицинских технологий. – 2008. - № 3. – С.147-148; Тихомиров А.В. Концепция социально-ориентированной модернизации здравоохранения: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - М., 2008.

экономические институты (собственность, заработная плата и др.), общественные движения и иные сообщества (потребительские, корпоративные, партийные, профессиональные и т.д.).

При товарной – капиталистической – организации общества в гражданском обороте социальные институты складываются на сторонах отношений товарообмена, в общем виде – на стороне продавца и на стороне покупателя.

Если объектом товарообмена является услуга, то одной их стороной является ее исполнитель, другой – заказчик. Если это договор в пользу третьего лица, то стороне исполнителя предоставление выгодоприобретателю со стороны заказчика оплачивает плательщик в его пользу. Если это гражданский оборот в сфере охраны здоровья, то, соответственно, можно выделить институты товаропроизводителей (исполнителей медицинских услуг)⁴, институты потребителей (получателей медицинских услуг) и платежные институты (плательщиков в пользу получателей медицинских услуг)⁵.

Если плательщиком в пользу граждан выступает государство, то – в качестве публичного платежного института, в отличие от иных, частных плательщиков (страховщики, работодатели, благотворительные организации и пр.). Государство как публичный платежный институт выступает в отношениях, регулируемых гражданским законодательством, на равных началах с иными участниками этих отношений – гражданами и юридическими лицами (п.1 ст.124 ГК РФ), поскольку иное не вытекает из закона или особенностей данных субъектов (п.2 ст.124 ГК РФ). В платежных отношениях с товаропроизводителями в пользу граждан государство не пользуется своим публично-правовым положением. Положением субъекта публичного права оно пользуется в публично-правовых отношениях, а в отношениях с обществом – через установление законодательных правил и поддержание их соблюдения.

Публичные институты отличны от других социальных институтов: если в обществе разрешено все, что не запрещено, то в механизме государства (и местного самоуправления) – разрешено только то, что прямо предписано.

Публичные институты в социальной сфере призваны служить проводником социальной политики государства – в этом их назначение. Тем самым публичные платежные институты в здравоохранении являются инструментом государства по реализации социальной политики в сфере охраны здоровья граждан. Выступать плательщиком в пользу граждан государство обязано как социальный гарант. В Российской Федерации охраняются труд и здоровье людей, устанавливается гарантированный минимальный размер оплаты труда, обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых

⁴ Тихомиров А.В. Институты медицинской деятельности и инфраструктуры рынка медицинских услуг //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 3. - С.9-13; Тихомиров А.В. Трансформация институтов медицинской деятельности //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 4. - С.26-34.

⁵ Тихомиров А.В. Здравоохранение: публичный платежный институт или деятельность медицинских организаций? //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 5. - С.2; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Институты финансирования в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 2. – С.14-22.

граждан, развивается система социальных служб, устанавливаются государственные пенсии, пособия и иные гарантии социальной защиты (п.2 ст.7 Конституции РФ). Социальными являются финансовые обязательства государства как плательщика в пользу граждан за предоставление им гарантированных Конституцией благ, а законодательное регулирование обеспечивает реализуемость механизмов получения ими этих благ.

Но не является обязательствами государства предоставление гражданам этих благ, если такие блага создаются и предоставляются в порядке товарообмена в экономическом пространстве страны. Отсюда, если участие государства в качестве плательщика в гражданском обороте в социальной сфере является правомерным, то в качестве товаропроизводителя – нет. Иными словами, публичными не могут быть иные институты, кроме платежных.

В этой связи государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, не имеющие положения ни товаропроизводителей, ни государственных (муниципальных) органов, не относятся ни к публичным, ни к частным социальным институтам, чтобы участвовать в институциональной организации отрасли. Обособление оборота медицинских услуг, в котором они находятся, ведомственными границами противоречит установлениям Основного закона: в Российской Федерации гарантируются единство экономического пространства, свободное перемещение товаров, услуг и финансовых средств, поддержка конкуренции, свобода экономической деятельности (п.1 ст.8 Конституции РФ).

Именно существование учреждений здравоохранения обособляет ведомственный механизм бюджетного распределения средств государственной казны от гражданского оборота, в результате чего и потребители, и реальные товаропроизводители (в частной медицине) остаются за пределами этого механизма, в то время как социальный результат как следствие экономической деятельности достижим в другом механизме – товарообмена. И всего лишь выведение платежного механизма за пределы бюджетной сферы расставляет участников обязательственных отношений в соответствии с конструкцией договора в пользу третьего лица (рис.2).

Именно существование учреждений здравоохранения ставит государство перед выбором, следовать своим интересам публичного собственника имущества, на котором они основаны, или интересам социального гаранта, производящего за счет имущества казны оплату услуг в пользу граждан. И в том, и в другом случае используется имущество публичного собственника, но в первом – преследуется бюджетный результат сбережения имущества, а во втором – социальный результат потребления имущества (средств казны).

Именно существование учреждений здравоохранения нарушает институциональную организацию отрасли. Отсутствие их институциональной принадлежности в качестве хозяйствующих субъектов или элементов публичного механизма, приводящее к тому, что в качестве получателей бюджетных средств они, по существу, занимают место потребителей, хотя в ведомственном квази-обороте производят и реализуют квази-услуги, придает им свойства квази-института. Из-за сосуществования в рамках отраслевого

ведомства с квази-институтом учреждений здравоохранения публичный платежный институт (в настоящее время – государственные внебюджетные фонды обязательного медицинского страхования) трудно подвергается изменениям, не разворачиваясь к товаропроизводителям в частной медицине, что вызывает справедливые нарекания со стороны Федеральной антимонопольной службы⁶ и судебные споры⁷.



Рис.2. Позиционирование сторон в договоре в пользу третьего лица.

В отсутствие учреждений здравоохранения институты в отрасли приобретают ясную структуру позиционирования интересов сторон договорных отношений: на стороне исполнителя – частный институт товаропроизводителей, т.е. хозяйствующих субъектов, на стороне заказчика – частный институт потребителей и – если оплата производится в их пользу третьим лицом – платежные (частные и публичные⁸) институты.

Кроме того, поскольку зрелость оборота определяется степенью развитости рыночной инфраструктуры, постольку к ней отходит часть обеспечительных функций, что еще больше меняет содержание деятельности публичных и структуру парапубличных институтов⁹.

Таким образом, институциональная организация здравоохранения в настоящее время не служит социальным целям, будучи структурирована не по современным экономическим и правовым, а по имущественно-

⁶ Констандогло О. ФАС хочет почувствовать конкуренцию на рынке медуслуг / Фармацевтический вестник, № 23 (513) от 22.07.2008; Токманцева И. Врачебные тайны // Компания, № 44 (537) от 24.11.2008

⁷ Например, судебное разбирательство в Арбитражном суде СПб по иску клиники "Скандинавии" к Комитету по здравоохранению и ТФ ОМС завершилось 28 декабря 2006 года. Суд вынес решение о включении частной клиники «Скандинавия» в систему ОМС - <http://anoufrieв.ru/index.php?id=443>

⁸ Тихомиров А.В. Трансформация публичных институтов в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 5. - С.24-31.

⁹ Тихомиров А.В. Трансформация парапубличных институтов в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 6. - С.11-18.

протекционистским правилам публичных приоритетов вопреки тому, что в Российской Федерации признаются и защищаются равным образом частная, государственная, муниципальная и иные формы собственности (п.2 ст.8 Конституции РФ). Причиной институциональной дезорганизации отрасли является сохранение квази-института учреждений здравоохранения.

3. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Различия между распределительной квази-экономикой публичного здравоохранения и экономикой воспроизводства частной медицины не могли не повлиять на конечные звенья механизма охраны здоровья граждан – медицинских работников, поскольку, работая в учреждениях здравоохранения и получая неадекватную трудовым вложениям заработную плату, они, совмещая в частных медицинских организациях, получают за тот же труд совершенно иную, более высокую плату.

Кроме того, при товарной организации общественного производства медицинские работники по месту трудоустройства в публичном здравоохранении получают оплату своего труда по правилам социалистического прошлого, а жить и тратить заработанное вынуждены по правилам капиталистического настоящего.

Ставшее с начала 90-х годов 20 столетия почти тотальным мздоимство медицинских работников создало проблему для государства. Однако вместо законодательного изменения самой модели организации здравоохранения государство, сохраняя прежнюю, ужесточило правовое преследование мздоимцев. Поскольку врач – не должностное лицо¹⁰ (если он – не заведующий отделением, не главный врач учреждения здравоохранения и т.п.) и потому не является субъектом такого преступления, как взятка (ст. 290 УК РФ), а применимого состава не существует, врачам стали вменять ответственность за должностные преступления (гл.30 УК РФ) по факту причастности к выписке льготных рецептов, листков временной нетрудоспособности и др. – т.е. того, что является не медицинской деятельностью, а ее социально-обеспечительным обременением советского времени. Мздоимство при осуществлении собственно медицинской деятельности так и осталось не подлежащим ответственности. В результате теневой оборот в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения приобрел всеобщий характер.

Однако обнаружилась другая сторона несоответствия действующей модели организации здравоохранения существующим в стране политическим, экономическим и правовым реалиям. В связи с массовым обращением в учреждения здравоохранения лиц, за оказание медицинских услуг которым не последует оплата (из-за множественных неурядиц в системе обязательного медицинского страхования, бомжам или иностранцам и пр.), им стали отказывать в медицинской помощи. Из-за низкой заработной

¹⁰ Должностными лицами ... признаются лица, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющие функции представителя власти либо выполняющие организационно-распорядительные, административно-хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях ... (примечание 1 к ст.285 УК РФ)

платы медицинские работники стали пренебрегать своими профессиональными обязанностями, причиняя вред здоровью пациентов. Уголовной ответственности такие правонарушения подлежат не всегда (а нередко и не потому, а в силу возможности через гражданский суд получить имущественную компенсацию), и пациенты обращаются с иском к учреждениям здравоохранения.

Тем самым вред причиняется медицинскими работниками, а ответственность несет их работодатель¹¹. Иными словами, в целом благо приобретений в публичном здравоохранении не сочетается с бременем утрат: благо приобретений остается на уровне медицинских работников (мздоимство), создавая теневую экономику, а бремя утрат (ответственность) лежит на их работодателе – государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Все это является следствием исторических процессов изменения социальной роли врача с изменением общественных формаций, в целом описанных О.Е.Бобровым¹², но требующих дифференциации по различиям правовых последствий. Такими последствиями являются огосударствление медицинского сообщества, трудовая оплата деятельности медицинских работников и их безответственность за результаты профессиональной деятельности.

3.1. ОГОСУДАРСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА.

После событий 1917 года государство монополизировало право на медицинскую помощь. Уже в 1918 году было принято постановление о запрете, проводившихся с 1885 года Всероссийских съездов врачей. Врачебному самоуправлению пришел конец. Этот запрет просуществовал до 1995 года, когда в условиях жесточайшей конфронтации с Минздравом России воссозданный Всероссийский Пироговский съезд врачей все-таки состоялся, однако просуществовал лишь до 2004 г.

После октябрьского переворота на смену Конституции пришли декреты. Декрет ВЦИК и СНК РСФСР от 1 декабря 1924 года "О профессиональной работе и правах медицинских работников" более 50 лет регламентировал юридические аспекты врачебной деятельности. В нем были определены права и обязанности врача, правовой порядок проведения лечебно-профилактических мероприятий, в том числе и хирургических вмешательств, предусмотрены основания для привлечения врачей к ответственности. Возник административный регламент врачебной деятельности.

¹¹ По договорным (ст.402 ГК) и внедоговорным (ст.1068 ГК) обязательствам за действия работников ответственность несет работодатель. Так и происходит в учреждениях здравоохранения и частных медицинских организациях. За действия причинителя ущерба de facto ответственность наступает для причинителя ущерба de jure. Работодатель в этом случае имеет право регрессных требований к работнику, по общему правилу, в пределах 20% удержаний из заработной платы (ст.138 ТК). При возможном размере гражданской ответственности, исчисляемой миллионами рублей, и актуальной зарплате в здравоохранении, исчисляемой одним-двум-трем десятками тысяч рублей, работник в течение всего срока профессиональной деятельности не в состоянии вернуть работодателю и сотой части убытков. Мамонтов С.А., Тихомиров А.В. Проблемы организации экономической деятельности практических врачей //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 3. - С.37-44.

¹² Бобров О.Е. Медицинское право или бесправие медицины? - <http://www.proza.ru/2003/06/03-43>.
Свидетельство о публикации №2306030043

Конституция в СССР появилась только в 1936 году. В разделе "Основные права и обязанности граждан" были гарантированы права на бесплатную медицинскую помощь, на материальное обеспечение в старости, в случае болезни и потери трудоспособности, на охрану интересов матери и ребенка. Иными словами, роль медицинского сообщества приводилась к знаменателю деятельности наркомата (министерства) здравоохранения, т.е. отраслевого государственного ведомства.

Одновременно была истреблена частная медицина. В 1921 году Народный Комиссариат здравоохранения в специальном циркуляре указал, что: "...частная медицинская практика, как пережиток капиталистического строя противоречит основным началам правильной организации медико-санитарной помощи и общим основам социалистического строительства. Доступная только отдельным лицам, могущим уплатить громадные гонорары, она дезорганизует медико-санитарную работу, вносит развал и разлад среди медицинского персонала, отвлекает медицинские силы от совместной работы на пользу трудящихся масс, ведет к спекуляции и шарлатанству, к медицинской сухаревке". Врачи, которые занимались частной практикой, вынуждены были трудоустроиваться в государственные учреждения здравоохранения.

С 90-х годов, когда в стране изменилась политическая система, положение врачей в качестве медицинских работников не изменилось. Несмотря на то, что законодательство придавало значение объединениям медицинских работников («медицинским ассоциациям»¹³ - ст.62 Основ законодательства об охране здоровья граждан), в практике организации здравоохранения с этим отраслевое ведомство никак не поступило полномочиями в пользу таких объединений. Тем самым и отдельный медицинский работник не перестал быть работником, и медицинское сообщество в целом не обрело значения профессионально самоуправляемой социальной группы.

Таким образом, медицинское сообщество, изначально представлявшее собой профессиональную freelance-вольницу, оказалось в административном подчинении отраслевого ведомства, утратив самостоятельное значение, притом что и каждый отдельный представитель медицинской профессии не обрел значения, отличного от значения работника¹⁴ медицинской организации. С изменением политического строя медицинское сообщество оказалось не в состоянии восстановить утраченное социальное значение и автономию от отраслевого ведомства.

3.2. ТРУДОВАЯ ОПЛАТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.

В царской России оплата врачебного пособия была по общему правилу гонорарной. С истреблением частной медицины и возникновением сначала придворной «кремлевской» медицины, а позднее народного здравоохранения

¹³ в значении, противоречащем положениям гражданского законодательства об ассоциациях как об объединениях юридических лиц – ст.121 ГК РФ.

¹⁴ в актуальном обиходе русского языка нет понятия для обозначения медицинского работника в отрыве от трудового значения, за исключением бытового понятия «медик».

врачи стали медицинскими работниками, т.е. перестали быть самостоятельными экономическими агентами, хозяйствующими субъектами.

Принятый большевиками декрет об отделении церкви от государства привел к закрытию монастырских богаделен и приютов, массовая ликвидация которых началось уже летом 1918 года. Следующее постановление Президиума ВЦИК от 8 апреля 1929 года "О религиозных объединениях" жестко регламентировало права последних, запретив им заниматься благотворительностью, организовывать санатории и лечебную помощь. Тем самым прекратила свое существование медицинская помощь в порядке благотворительности.

Фундамент стремительного роста теневого оборота в системе здравоохранения был заложен в начале 20 годов 20-го столетия, когда нарком здравоохранения СССР Н.А.Семашко, создавая первую в мире общедоступную систему здравоохранения, сказал: "...хорошего врача больной прокормит" и положил докторам копейную зарплату. В 40-е, 50-е, 60-е годы народ жил бедно и помочь врачу материально никто не мог. В 70 годы началось социальное расслоение общества. Врачи обрели финансовую независимость.

С 90-х годов, когда вновь появилась частная медицина, а зарплата в государственном и муниципальном здравоохранении осталась традиционно низкой, теневой оборот за счет врачебного мздоимства в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения стал последовательно нарастать. Поскольку нормируемые цены медицинских услуг, оплачиваемых за счет средств государственной казны (в системе обязательного медицинского страхования), в государственном и муниципальном здравоохранении несоизмеримо ниже тех, которые формируются в свободном гражданском обороте – в частной медицине, оправдывающей свои не восполняемые извне издержки, размеры врачебной мзды стали приравниваться к ценам частной медицины.

Таким образом, оплата труда медицинских работников девальвировалась на фоне их нелегальных доходов, извлекаемых на рабочем месте от деятельности в качестве носителей медицинской профессии, как девальвировались цены на медицинские услуги в частной медицине: зачем трудоустроенным в учреждениях здравоохранения медицинским работникам создавать свое дело или совмещать в частной медицине, если можно получать высокую «должностную» ренту на основе малооплачиваемой работы? Для медицинских работников стало привлекательным сохранение в неизменном виде государственного (муниципального) здравоохранения. Трудовая оплата деятельности медицинских работников развратила медицинское сообщество.

3.3. БЕЗОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

По законам 19 века врачи не могли быть привлечены к уголовной ответственности даже при грубых дефектах лечения, повлекших смерть пациента. По ст. 870 "Уложения о наказаниях" (1885): "Когда медицинским начальством будет признано, что врач, оператор, акушер или повивальная бабка по незнанию своего искусства делает явные, более или менее важные в

онном ошибки, то им воспрещается практика, доколе они не выдержат нового испытания и не получат свидетельства в надлежащем знании своего дела. Если от неправильного лечения последует кому-либо смерть или важный здоровью вред, то виновный, буде он христианин, передается церковному покаянию по распоряжению своего духовного начальства". Врачебные дела направляли для оценки во врачебные управы или в медицинский совет, которые и решали вопрос о привлечении врача к ответственности. Общей тенденцией того времени было то, что врачевание в силу своей исключительно гуманной направленности не может относиться к уголовно наказуемым деяниям.

Затем, после событий 1917 года и на протяжении периода культа личности врачебные процессы носили политический, а не правовой характер.

В 1960-1980 годы сложилась иная практика расследования "медицинских дел", просуществовавшая почти до настоящего времени. Для предотвращения необоснованных обвинений медицинского персонала Прокуратура СССР предусматривала особый порядок возбуждения уголовных дел в связи с профессиональными правонарушениями медицинских работников. Такими делами не занимались прокуроры районов. Постановление о возбуждении уголовного дела выносилось только с разрешения прокурора союзной или автономной республики, области (края), а в Москве и Ленинграде - прокурора города. После поступления сигнала о профессиональном правонарушении медицинского работника была обязательной административная проверка, по результатам которой принималось решение о возбуждении уголовного дела или отказе от него. Судебно-медицинская экспертиза проводилась только группой экспертов во главе с начальником Бюро СМЭ.

С середины 80-х годов возбуждение уголовного дела по "медицинским делам" вновь было передано прокурорам районов и даже следователям районных прокуратур.

Однако с 90-х годов возник приоритет гражданских дел о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг. С этого времени уголовное преследование врачей за неблагоприятные последствия профессиональной деятельности едва ли сохранилось на прежнем – невысоком – уровне, а частота обращений в гражданский суд стала стремительно увеличиваться, а суммы исковых требований – прогрессивно расти. По деликтным обязательствам отвечает работодатель, а не его работники – равно в публичном здравоохранении и в частной медицине. Это – вместе с низкой оплатой труда медицинских работников – породило рост их безответственности за результаты профессиональной деятельности.

Таким образом, независимо от того, что в разные периоды отечественной истории менялась мера персональной ответственности медицинских работников за результаты профессиональной деятельности, а в новое время установлена ответственность хозяйствующего субъекта-работодателя, от реальной ответственности медицинские работники защищены трудовым законодательством, к тому же считая себя недостижимыми для нее в силу

низкой оплаты труда. Диспропорция между реальной имущественной ответственностью работодателя и маловероятной ответственностью его медицинских работников сделала первого полностью зависимым от вторых. Это, во-первых, стимулирует диспропорцию между легальным и теневым оборотом в социальной сфере; во-вторых, демотивирует медицинских работников к достижению нужного государству социального результата; в-третьих, из-за опасности утрат удерживает капиталы от вложений в гражданский оборот в сфере охраны здоровья, ухудшая инвестиционный климат в отрасли.

В целом, профессиональная организация здравоохранения в новой России не сложилась. Медицинские работники, в условиях затянувшейся бинарности здравоохранения довольствуясь лишь предпочитаемой трудовой зависимостью, не восстановили профессиональную идентичность, которая культивируется в условиях профессионального самоуправления, обеспечивая, по существу, право на профессию, от которого ее носитель зависит экономически.

Отраслевая организация здравоохранения в существующих политических, экономических и правовых реалиях не претерпела соответствующие им изменения. Отрасль перестала быть сферой исключительно ведомственного управления. Медицинское сообщество, оставаясь в рамках отрасли, вышло за ведомственные пределы. Притом, что возник самостоятельный отраслевой рынок, инерция прошлых лет, поддерживаемая бюджетным устройством социальной сферы, сохранила прежнюю организацию здравоохранения. Существующее системообразование здравоохранения не консолидирует, а разобщает отрасль, будучи устремлено к недопущению частного присвоения экономических результатов медицинской деятельности, выстраивая отрасль в парадигме учреждений бюджетной сферы, т.е. распределительного круговорота средств казны. Сохранением квази-института учреждений здравоохранения, занимающих место потребителей в платежном механизме, который преследует бюджетный результат сбережения имущества, а не социальный результат потребления имущества (средств казны), дезорганизована институционализация отрасли. Идентичность медицинского работника в качестве носителя медицинской профессии утрачена, будучи восстановима лишь в условиях формирования социальной роли медицинского сообщества, чему препятствует отраслевой уклад ведомственных приоритетов. Все свидетельствует о том, что организация здравоохранения по действующей советской модели Семашко не пригодна для существующей действительности.