

# Рынок в России как попечитель богоугодных заведений

## (Бюджетная реформа в здравоохранении)

---

**Марк Васильев**

*«Хлестаков: Помню, помню, там стояли кровати. А больные выздоровели? Там их, кажется, немного.»*

*Артемий Филиппович: Человек десять осталось, не больше; а прочие все выздоровели. Это уж так устроено, такой порядок. С тех пор, как я принял начальство, – может быть, вам покажется даже невероятным, – все как мухи выздоравливают. Больной не успеет войти в лазарет, как уже здоров, и не столько медикаментами, сколько честностью и порядком».*

Н.В. Гоголь

### Официальный взгляд на проблему

Неэффективность современной системы здравоохранения в России является притчей во языцех на протяжении всех 20-ти лет ее реформирования. На «устаревшие подходы в системе финансирования сети учреждений исходя из фактических затрат, отсутствие конкуренции и барьеры на пути привлечения

частного сектора к оказанию бюджетных услуг» акцентировал внимание Президент РФ в нескольких Посланиях Федеральному собранию РФ за последние два года.

Эта критика сводится к следующим позициям:

- отсутствие стимулов к оптимизации затрат, повышению эффективности деятельности и улучшению качества услуг;
- низкие зарплаты сотрудников;
- нет мотивации для профессионального роста сотрудников;
- казнокрадство главных врачей и иных должностных лиц, допущенных к дележке бюджетных средств;
- мздоимство медицинского персонала (оплата мимо кассы в карман медицинского персонала);
- неповоротливая бюрократическая система управления;
- превалирование оценки сотрудников по критериям личной преданности или кумовства, а не по деловым качествам.

В соответствии с законопроектом «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» в ме-

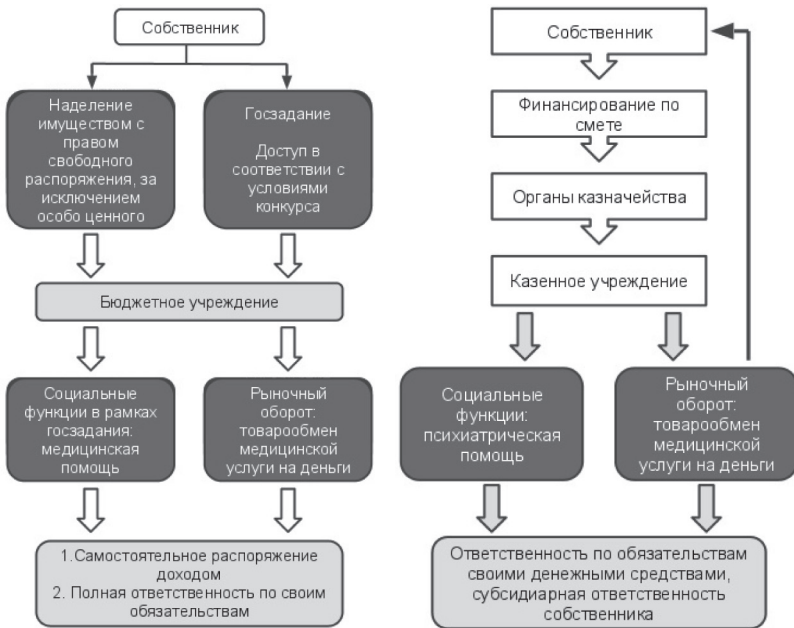


Рис. 1. Схема функционирования «бюджетного» и «казенного» учреждений в системе здравоохранения.

[http://pravo-med.ru/articles/med\\_business/detail.php?ID=3473](http://pravo-med.ru/articles/med_business/detail.php?ID=3473)

дицине, как и в других сферах некоммерческого сектора, появятся «казенные», «бюджетные» и «автономные» учреждения. Автономные учреждения станут полностью независимыми от государства в финансовом аспекте, функционируя в сфере рыночных отношений. Для «казенных учреждений» сохранится сметное финансирование, а доходы, полученные от предпринимательской деятельности, будут зачисляться в соответствующий бюджет. Лицевые счета этих организаций открываются в органах Федерального казначейства.

Бюджетные учреждения получают от собственника имущество с правом его распоряжения за ис-

ключением особо ценного, отнесение к которому находится в усмотрении собственника, а также получают возможность участвовать на общих основаниях в рамках конкурса на получение государственного задания для реализации социальной функции государства по предоставлению медицинской помощи. Можно предположить, что госзадание не будет покрывать все потребности в финансировании бюджетного учреждения, поэтому оставшаяся часть придется зарабатывать в рамках гражданского оборота и конкурентного рынка<sup>1</sup> Рис.1.

Другая сторона финансовой реформы в сфере охраны здоровья должна состоять в том, что с 2011

года на 2% (с 3,1 до 5,1% от фонда зарплаты) будут увеличены взносы предприятий и организаций (работодателей) в Фонд обязательного медицинского страхования (ОМС), что по замыслу реформаторов принесет в здравоохранение примерно на 20% больше средств чем ранее. Из этих денег в течение двух лет 300 млрд. рублей должны пойти на приведение в порядок медицинских учреждений (их ремонт, оснащение и т. д.), 136 млрд. – на обеспечение стандартов лечения (оборудование, расходные материалы, лекарства, зарплату специалистов), 24 млрд. – на информатизацию, в том числе – создание электронных историй болезни и реестра пациентов. Предполагается, что регионы будут софинансировать эти проекты. Средства на неработающее население (как это и сейчас происходит) предполагается выделять из бюджета, из других налоговых и неналоговых поступлений. Только с 1 января 2011 года для этих платежей в ФОМС будет определен минимум, ниже которого опускаться нельзя<sup>2</sup>.

Отличие нового законопроекта должно заключаться в том, что любой гражданин сам будет выбирать страховую организацию. О страховых медицинских организациях можно будет узнать из СМИ и в территориальных фондах ОМС. Выбрав страховую организацию, гражданин пишет заявление и уведомляет своего работодателя. Также каждый гражданин будет иметь право выбора медицинской организации и врача – в любой медорганизации, которая работает в системе ОМС и имеет договор с его страховой организацией. Такое право существует вроде бы и сейчас, но на деле граждане, имея страховую полис, не могут получить медпомощь в любом медучрежде-

нии, так как между страховыми медорганизациями и медучреждениями не действуют взаиморасчеты, нет единых тарифов на услуги. Благодаря новому законопроекту в медицине начнет развиваться конкурентная среда. И государственные, и муниципальные, и частные учреждения должны будут оказывать услуги населению по ОМС, за которое платят или работодатель, или исполнительные органы власти. Еще одно важное нововведение – страховая медицинский полис станет единым на территории РФ. И куда бы мы с вами ни перешли – из одной страховой компании в другую, из одного лечебного учреждения в другое, от одного лечащего врача к другому, – все это по единому страховому медицинскому полису на всей территории страны. Это, по замыслу авторов, важнейшая составляющая будущего закона, так как «граждане не зависят от того, где они проживают, работают или нет, должны получать равноценную медицинскую помощь». В связи с этим предлагается законодательно определять размер минимального страхового взноса для неработающего населения. С 2013 года планируется введение в тариф услуг скорой помощи, а с 2015 года – высокотехнологичной медпомощи<sup>3</sup>.

Для того, чтобы больной стал доходной частью и объектом конкуренции между медицинскими учреждениями, на помощь должно прийти рыночное решение вопроса, в частности, размещение заказа на рынке, отдавая безусловное предпочтение частному сектору. Один из «передовых губернаторов» России, глава Пермского края Олег Чикунев попытался апроби-

ровать данный механизм еще несколько лет назад.

Так, по его инициативе в Перми был проведен первый конкурс по размещению на рынке государственного заказа на оказание медицинских услуг. Предприятия всех форм собственности получили возможность оказывать медицинские услуги населению в рамках программы госгарантий. Плательщиком за эти услуги стал фонд обязательного медицинского страхования, в котором предварительно были аккумулированы средства, направляемые со всех уровней бюджета на эти цели. В конкурсе приняли участие муниципальные, краевые, федеральные и частные предприятия и учреждения. Предложение превысило объем размещаемого заказа примерно на 15%. Другими словами, появилась возможность передать заказ предприятиям иных форм собственности, сократив муниципальные мощности.

К сожалению, — говорит Чикунов, — системе здравоохранения не хватило воли и решимости пойти по наиболее жесткому пути, т. е. по пути полного сокращения излишних мощностей. Конкурс стал просто зондажем рынка, проверкой обоснованности тарифов, отработкой механизма функционирования системы. В немunicipальных формах собственности был размещен заказ, который не был обеспечен муниципальными мощностями. Например, при дефиците муниципальных врачей-офтальмологов этот заказ был размещен в коммерческих структурах. При этом конкуренция будет вынуждать оказывать на эти средства наилучшую для клиента услугу. Если клиент не будет удовлетворен, он уйдет — и уйдет вместе с деньгами — к более успешному конкуренту. Это справедли-

вая модель. У пациента есть выбор. Для того чтобы реализовать эту модель, пермский губернатор предложил разделить поликлиники и стационары. По его мнению семейный врач или поликлиника, в логике конкурентной модели, — это главный консультант пациента, распорядитель финансовых средств большой группы пациентов. Это заказчик услуги от их имени. Стационар, лаборатория, узкий специалист — это исполнитель услуги по заказу врача общей практики. У них разные интересы, как у любого продавца и покупателя. А для этого подрядчик и заказчик должны быть разделены на всех уровнях. Министерство здравоохранения должно быть отделено от медицинских учреждений: оно не отвечает за них — оно покупает у них услуги; поликлиника должна быть отделена от стационара, так как она тоже заказчик, покупатель услуг стационара. Ныне **«пациенты больницы не нужны, чем их будет меньше, тем меньше ее расходная часть»**. В новых условиях больница, как и поликлиника должны бороться за каждого больного<sup>4</sup>.

### «Обамова победа»

Таким образом, новый законопроект (вместе с последними инициативами правительства в сфере обязательного медицинского страхования) однозначно ориентирует российское здравоохранение на американскую модель — «платная медицина и медицинская страховка у каждого» (в теории). Но это именно та модель, которую сегодня пытается разрушить президент Обама, потому что она показала свою неэффективность даже в стране, где эффективность возведена в фетиш. Сегодня при огромных затратах на здравоохранение (свыше 16% ВВП), почти в два

раза больше, чем у других развитых стран, доступность медицинских услуг в США весьма ограничена, медицинские услуги непомерно дороги, а врачей на душу населения меньше, чем в большинстве развитых европейских стран, сообщает Интернет-журнал «Эксперт».

Причина такого удручающего положения — «самоокупаемость» медицины, при которой для больницы оказывается выгодно не лечить больного, а обследовать его. Поэтому пациенту, обратившемуся к врачу с самым пустяковым недугом, назначается полный набор анализов и обследований, за каждое из которых приходится платить немалую сумму. Прямым следствием этого является постоянное подорожание медицинских страховок и, как результат, — сокращение числа граждан, имеющих такую страховку, то есть доступ к услугам здравоохранения. Зато в этих условиях, не напрягаясь, зарабатывают миллиарды долларов в год страховые компании и крупные медицинские корпорации. Американцы такую систему сегодня пытаются сломать, а мы — построить.

Конечно, у нас ситуация, когда любого платежеспособного пациента до посинения гоняют по анализам и обследованиям, сегодня кажется фантастической — в подавляющем большинстве российских медицинских учреждений просто нет для этого технических возможностей. Однако опасность не стоит недооценивать, ведь прецеденты уже имеются. Так, по свидетельству жителей Калининграда, в этом регионе были закрыты все роддома (числом 16), когда был построен один Перинатальный центр, «оснащенный по последнему слову техники» (этот прорыв в здравоохранении вошел в число основных претензий населения к губер-

натору Боосу во время памятных митингов в Калининграде). Так что схема развития событий достаточно понятна: существующие сегодня больницы и поликлиники будут заменяться современными медицинскими центрами (из расчета один новый центр вместо десяти-двадцати нынешних медучреждений), которые будут работать на принципах полной самоокупаемости. Тут вам и выполнение нацпроекта «Здоровье», и экономия бюджетных средств, и экономический либерализм в одном флаконе.

Так что же произойдет в здравоохранении США при внедрении «реформы Обамы». Прежде всего увеличивается число небогатых граждан, имеющих право получать государственные субсидии на покупку страховки. Государство на треть подняло порог доходов, позволяющих подпадать под действие Medicaid, до 133% от федерального уровня бедности. Это даст возможность включить в программу еще 16 млн. человек. Тем, кто покупает страховку самостоятельно и имеет доход ниже 400% от федерального уровня бедности, будут предоставлены налоговые льготы, частично компенсирующие затраты на страховку (от 66 до 33% ее стоимости). Тем же, кто работает, страховку обязан дать работодатель, иначе компанию ждут большие штрафы. Чтобы не создавать непомерную финансовую нагрузку на малый бизнес, компаниям, где меньше 25 сотрудников и зарплата каждого не превышает 50 тыс. долларов в год, государство готово предоставить компенсацию страховых затрат в виде налоговых льгот. Одновременно с этим реформа серьезно ограничивает власть на рынке страховых компаний. Прежде всего, она монополизирует рынок и ставит

его под контроль государства. Хотя страховому лобби и удалось ценной многомиллионных взяток провалить самую болезненную для них часть реформы — введение всеобщей системы государственного страхования, Обама придумал другой способ. Параллельно с реформой здравоохранения идет процедура принятия отдельного закона о включении страховых компаний в сферу антимонопольного закона (до сих пор они не подпадали по его действие). Этот закон уже прошел палату представителей и ушел на голосование в сенат.

Кроме того, реформа серьезно ограничивает возможности страховщиков извлекать максимальную прибыль из процесса страхования. Теперь нельзя отказать в страховке лицу, имеющему хронические заболевания, или же отозвать страховку, если такие заболевания возникнут. Страховщиков обязали включать в страховку и осуществление профилактических процедур, в частности прививки, ежегодные полные медосмотры. Все визиты страхователя к врачу теперь обязаны оплачивать страховщики (раньше нужно было спрашивать разрешение страховщика на визит, к примеру, к гинекологу, не говоря уж о посещении отделения экстренной медицинской помощи, в противном случае страховая компания могла отказаться возмещать убытки).

Кроме того, в рамках реформы увеличен и предельный возраст детей, до которого на них распространялась страховка родителей: раньше это был 21 год, сейчас — 25 лет. Таким образом, за счет доходов страховщиков государство хочет решить проблему отсутствия страховки у значительной части молодежи: к 21 году большинство молодых людей не имеет нормаль-

ной работы и не может позволить себе купить страховку, поэтому вынуждено сокращать визиты к врачам на 61%, а посещения кабинетов неотложной помощи на 40%. Для того чтобы страховщики в этих случаях не имели возможности поднять стоимость страховки, государство оставило за собой право регулировать порядок цен на страховые услуги. Более того, во время обсуждения реформы, лидеры отнюдь не революционной АФТ–КПП даже ставили вопрос о создании в США по европейскому образцу «системы единого плательщика». В целом реформа, рассчитанная на десять лет, оценивается почти в триллион долларов. Часть средств на нее Обама намерен получить от сокращения необязательных медицинских расходов (120 млрд. долларов за этот период будет сэкономлено на Medicare за счет отказа от частного финансирования бонусных программ для пожилых — например оплаты спортзала). Плюс налог в 3,8%, который будет введен на инвестиционные доходы лиц, зарабатывающих более 250 тыс. долларов в год. Остальные деньги, по-видимому, будут получены за счет еще большего увеличения внешнего долга США. Но Обама и его сторонники уверяют, что оно того стоит. По словам спикера палаты представителей **Нэнси Пелози**, в долгосрочной перспективе реформа серьезно улучшит здоровье нации, уменьшит общие расходы США на здравоохранение и сократит дефицит бюджета на 1,3 трлн. долларов. Другое дело, что в ходе подготовки реформы и при претворении ее в жизнь, Обама всеерьез испортил свои отношения с влиятельным консервативным крылом оппозиции, которое готово представить президента не только «социалистом» но и «анти-

христом»<sup>5</sup>. Все это дало экспертам основания для грустных ассоциаций победы Обамы с победой античного царя Пирра.

## **Бюджет здравоохранения России. Финансовая «дихотомия»**

Однако вернемся к отечественным реалиям. По показателю расходов на медицинскую помощь на душу населения мы существенно отстаем не только от западных стран, но и от большинства стран Центральной и Восточной Европы, которые «стартовали» примерно в равных с нами условиях. Объем государственных расходов в России на здравоохранение в 2004 году составлял 2,9% в доле ВВП, в 2006 – 3,8%. Примерно на таком уровне приоритетности здравоохранения находятся развивающиеся страны со средним уровнем дохода (Бразилия – 3,4%, Парагвай – 3,0%, Перу – 2,8%). Но, в отличие от России, за эти деньги государство гарантирует там самый минимум – первичную медико-санитарную помощь и меры по обеспечению медико-санитарного благополучия (борьба с инфекционными заболеваниями, санитарные мероприятия и проч.). Хотя бы эти простейшие услуги там более или менее обеспечены средствами. А мы, финансируя здравоохранение, как в Латинской Америке, обещаем за эти деньги западноевропейский набор услуг. В результате человеку без денег фактически не гарантировано ничего<sup>6</sup>.

При изучении источников по данной теме возникает чувство парадоксальности. Часто одни и те же ресурсы одновременно указывают на постоянную нехватку денег на здравоохранение, низкие зарплаты врачей и медсестер, и в то же

время – на огромные, возрастающие капиталовложения в отрасль. Действительно, откуда, например, берутся средства Фонда Обязательного Медицинского Страхования. Из отчислений работающих граждан: на медицину уходит некоторая часть единого социального налога. Эти деньги поступают в фонд ОМС. Часть оседает там, затем часть денег уходит в территориальные фонды, где тоже неизбежно оседает некоторая их часть, а уже оттуда «остаток» поступает в страховые компании, которые и оплачивают наше лечение, разумеется, не оставляя себя без коммиссионных. Таким образом, парадокс «финансовой дихотомии» заключается в том, что при хроническом недофинансировании государственной медицины создается неблагоприятная концентрация капитала в экономике отрасли. Происходит это потому, что сложилась устойчивая пирамида субъектов, экономически заинтересованных в ухудшении качества бесплатных медицинских услуг, гарантированных государством, и выдавливании спроса населения в коммерческий сектор. Им выгодна хроническая бедность больниц (и как следствие – плохое обслуживание). Если на каждого врача, который лечит пациента и по идее должен выступать как потребитель и распределитель выделяемых средств, приходится два, три и более чиновника разных уровней, стоит ли удивляться нищенской зарплате медперсонала. Вместе с тем подобная ситуация призвана оправдать искусственно формируемое мнение о том, что государственные обязательства по бесплатной медицинской помощи необходимо сокращать, а «соплатежи» населения увеличивать<sup>7</sup>. Тем самым торжество административного ресурса формирует идеологию

будущей реформы. Тезис о дополнительных платежах подается как единственное средство повышения эффективности медицинской помощи, хотя совершенно очевидно, что многоканальное финансирование — ОМС, ДМС, бюджет, платные услуги — существенно снижает возможность контроля над использованием средств. В этом случае личный интерес «медицинского руководителя» начинает превалировать над интересами отрасли. А коммерческие интересы субъектов, оказывающих платные услуги (как медицинские, так и страховые) — над социальной значимостью «бесплатного» здравоохранения. В результате граждане остаются абсолютно бесправными перед лечебным учреждением и, например, страховщиком, одинаково заинтересованными в получении «живых» денег. Госзадание для бюджетных учреждений «нового типа» должно по идее устранить эту многоканальность финансирования и объединить все ресурсы в один карман. Однако экспертов беспокоит то, что в стране до сих пор нет единой концепции развития здравоохранения. Непонятно, как эта система госзаданий будет взаимодействовать с системой ОМС а также затратами государства на высокотехнологичную медицинскую помощь. Непонятно: госзадание — это часть финансирования или это все финансирование? Если часть, то это означает ту же многоканальность, позволяющую продавать одну и ту же услугу по различным источникам финансирования. Другая сторона проблемы — это все большая концентрация финансовых распределительных и контролирующих функций в одних руках. Федеральный фонд ОМС, через который осуществляется финансирование системы здравоохранения, ранее подчинялся непосредственно

правительству и курировался Минздравсоцразвития. Теперь он подчиняется Министерству. Это означает, что отраслевое министерство, которое содержит лечебные учреждения, берет государственные деньги, предназначенные для финансирования лечения граждан и обеспечения государственных гарантий, и полностью их контролирует. Защиты прав пациента тут точно нет<sup>9</sup>. Рынок обязательного медицинского страхования сегодня контролирует незначительное число крупнейших страховых компаний, часть из которых уже являются филиалами зарубежных корпораций. Эти игроки участвуют в ОМС для того, чтобы обеспечить своему бизнесу большую устойчивость за счет бюджетных денег — их собственные интересы лежат в сфере продажи иных страховых продуктов. Сложившаяся монополизация стала возможной благодаря искусственно созданным преференциям для крупного капитала. Полученные в управление бюджетные средства они используют не в интересах здравоохранения, а для решения собственных задач. Таким образом, предлагаемая реформа здравоохранения на основе «свободной конкуренции» должна происходить на фоне: а) сосредоточения контролирующих и распределительных функций в одних руках аппарата Минздравсоцразвития и б) монополистических тенденций в страховом бизнесе.

## **Коррупция в медицине с российской спецификой**

Хрестоматийные материалы о проблемах коррупции гласят, что она возникает тогда, когда государство берет на себя несвойственные ему «экономические функции». Идеологи бюджетной рефор-



мы в здравоохранении развивают этот тезис по-своему: «Коррупция не происходит в частной медицине. Коррупция происходит в государственном и муниципальном здравоохранении. Коррупция в здравоохранении паразитирует на средствах государственной казны. Коррупция в здравоохранении возникает там, где существует иждивенчество, позволяющее считать государственное финансирование константой-изолинией, низкий старт которой делает позволительным флюктуации-интервенции в карман государства и общества. Государство способствует этому, не разделяя институты финансирования и институты освоения средств финансирования. Именно в этой связке и расцветает коррупция. Следовательно, в попытке сократить коррупцию государство должно сосредоточиться на том, что составляет его функции, и избавиться от несвойственных ему функций. Единственный путь — отказаться от содержания практического здравоохранения и сосредоточиться на управлении средствами финансирования здравоохранения»<sup>9</sup>.

Действительно, и в печати, и в посланиях Президента звучит мысль о «мздоимстве врачей и медсестер», «казнокрадстве главных врачей и иных должностных лиц, допущенных к дележке бюджетных средств». Это, так сказать, на поверхности. По словам же Кирилла Кабанова, председателя Национального антикоррупционного комитета, «низовая коррупция», в которую входят и взятки врачам, составляет менее 10% от общего коррупционного рынка, на долю медицины приходится 1 – 2%. Это до \$1,5 млрд. в год. Образовательная и медицинская коррупция незначительны. Во-первых, и взятки в этой сфере не такие большие, а во-вторых, они являются условием

выживания. Что касается госзакупок в медицине, поставок оборудования, то здесь получаются суммы, соизмеримые с \$10 млрд. в год. Совсем недавно была попытка вывести на рынок новый онкологический препарат. Исследования по новому препарату должны вестись год, но через два месяца он был выставлен на федеральную закупку. А надо понимать, что онкологические препараты имеют очень высокую стоимость. И это – бизнес уже не на уровне поликлиники. Элементарный здравый смысл подсказывает, что бороться с взятками, которые идут в карманы врачей нужно не репрессивными мерами, а финансовым стимулированием. Как показывают опросы, большая часть коррупции в медицине строится не на вымогательстве, а на благодарении, которое автоматически выказывают наши граждане, воспринимающие нищих врачей так же, как себя. Борьба с подобной коррупцией – это лишь имитация реальной борьбы с коррупцией, здесь нужно экономическое стимулирование. В то же время, многомиллионные «откаты» чиновникам на уровне госзакупок лекарств или дорогостоящей техники – подлинное казнокрадство «иных должностных лиц, допущенных к дележке бюджетных средств» упоминается часто походя. А ведь именно в этом кроется ответ на вопрос, куда деваются и почему не доходят до низового звена деньги, которые отечественные налогоплательщики отчисляют на медицину.

## **Оборотная сторона медали**

**Как мы уже указали выше, «локомотивом» реформы должно быть увеличение налоговых отчислений работодателей на медицину. Сейчас работодатели платят в**

пенсионный фонд и фонды медстраха и соцстраха 26% от Фонда оплаты труда – такая же базовая ставка действовала еще в прошлом году при уплате ЕСН, заменой которому и стали страховые взносы. Предполагалось, что с 2011 года суммарный размер взносов будет увеличен до 34%. Из них 26% будут перечисляться в пенсионный фонд, 2,9% – в фонд соцстраха, а отчисления в фонд медстраха возрастут с 3,1% до 5,1%. Вместе с тем в начале этого года стало ясно, что проведение такой налоговой политики не будет идти так гладко, как на бумаге. В апреле этого года Российский Союз предпринимателей и промышленников (РСПП) в лице его главы Александра Шохина выразил озабоченность, что налоговые льготы, которые хочет предложить правительство в новых условиях, окажутся невостребованными, и настаивал на отказе от увеличения страховых взносов, по крайней мере, до тех пор, пока экономика не выйдет из кризиса<sup>10</sup>.

**В конце концов, после дебатов было решено установить** ставку страховых взносов во внебюджетные фонды на уровне 32% от фонда оплаты труда, что ниже, чем предполагалось ранее. Заместитель министра финансов РФ Сергей Шаталов заявил, что увеличение взносов на медстрахование «вызывает определенные сомнения». Минфин не очень хорошо понимает, каким образом дополнительные деньги будут израсходованы, а потому считает вполне возможным законсервировать увеличение взносов на медстрахование на пару лет. Тем самым, Минздрав лишается 230 млрд. рублей<sup>11</sup>. Как показывает ситуация последних дней, торг вокруг налоговых отчислений еще не закончен. Совсем недавно СМИ сообщили о разработанном в недрах РСПП проекте

увеличения длительности рабочей недели (т.е. фактически о внесении поправок в трудовой кодекс). О негативном отношении к такому проекту успело заявить даже лояльное системе руководство ФНПР. Как нам представляется, подобный демарш в отношении КЗотА может быть попыткой шантажа правительства с целью побудить его к дальнейшему пересмотру налоговой политики на ближайшие годы. А, следовательно, «локомотив реформы здравоохранения» может встать на «запасный путь», даже не выехав из депо.

А гражданин будет платить дважды: налоги — на содержание государства, а затем – за получение от него «государственных услуг»<sup>12</sup> Этот последний пункт вызывает тревогу у юристов и правозащитников по нескольким причинам. В Гражданском кодексе РФ понятия «работа» и «услуга» употребляются исключительно для определения предпринимательской деятельности: «предпринимательской является самостоятельная, осуществляемая на свой риск деятельность, направленная на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг». Работа государственного аппарата всегда рассматривалась как выполнение определенных функций, а не оказание услуг. Так, государственное управление, идеологическое и правовое воспитание, охрану правопорядка нельзя свести к оказанию услуг. К чему может привести замена понятия «функция» на понятие «услуга»? Не придется ли в будущем платить за вызов пожарных или наряда милиции?

На деле окажется, что народ постепенно приучат к тому, что за все надо платить. Это понятно, в част–

ности, из проекта постановления Правительства РФ “Об утверждении Правил оказания платных медицинских услуг населению”. В нем сказано, что основанием для оказания платной медпомощи является добровольное согласие гражданина и (или) согласие заказчика получить медпомощь за счет личных средств потребителя. Но оговаривается, что пациента должны проинформировать, что такую же помощь можно получить и бесплатно, потому как она входит в базовую программу государственных гарантий. “Это, — по словам президента Лиги пациентов Александра Саверского, — и есть государственный шантаж в действии. Пациенту предложат либо подождать полгода бесплатной операции, но тогда он может умереть, либо получить ее сейчас и качественно — но за деньги”. В больницах и поликлиниках образуются еще большие, чем сейчас, очереди за всем тем, что пока вроде как бесплатно. Качество этого бесплатного будет все хуже и хуже, потому что альтернативным и понятным интересом исполнителя услуг будет возможность зарабатывания денег. И в ход пойдут всевозможные способы для выдавливания людей из бесплатной медицины в платную. По мнению защитников пациентов, самыми гуманными будут казенные учреждения (они будут больше всего напоминать нынешние бюджетные): ими, скорее всего, сделают лишь лепрозории и психиатрические заведения. В таких учреждениях сохранится сметное финансирование, что дает стабильность вне зависимости от госзаказа. А госзаказ будет становиться все меньше и меньше и зависеть от интересов чиновника. Государство будет заставлять всю бюджетную сферу зарабатывать, и финансиро-

вание со стороны самого государства будет сокращаться. Возможно, оплачивать из бюджета вскоре будут лишь самые жизненно необходимые услуги. Однако в медицине все очень условно. К примеру, взять рентген-исследование при пневмонии: оно жизненно необходимо или нет? Все зависит от конкретного случая: иногда это исследование является обязательным, а иногда — лишь дополнительным. Но как определить эти границы?<sup>13?</sup>

Очень тревожным правозащитники считают и тот факт, что новые законы отменили т.н. субсидиарную ответственность государственных учреждений. То есть, если пациент подает на захолустную районную больницу в суд и выигрывает миллион долларов, а у больницы денег нет, раньше за нее должен был расплачиваться бюджет. Иными словами, ответственность за медучреждение несло государство. Теперь, грубо говоря, больницам сказали: у вас есть стетоскоп, зарплата — вертитесь, как хотите. Это чревато тем, что любой иск пациента может довести до банкротства любую больницу или поликлинику. “На ее месте может быть создана больница №2, больница №3. Получается, что мы будем приходить в больницу, которая ни за что не отвечает. А врачи там — проходимцы: сегодня есть, а завтра нет”, — говорит Саверский. Нас уверяют, что больницы не будут подлежать банкротству. Однако по закону организации будут отвечать по своим обязательствам своим имуществом. То есть не дадут им госзаказа, они возьмут кредит в банке, чтобы выплатить зарплату. А чем отдавать? Тогда у них могут описать имущество — койки, рентгеновские аппараты и т.д. Закон создал реальную основу для того, чтобы сокращать количество бюджетных организаций не при-

казами, а через финансирование... “Изобретен новый вид незатратной приватизации государственных учреждений. Они становятся автономными, начинают оказывать платные услуги, и бесплатная медицина там просто умирает. А чиновник от здравоохранения будет кормиться”, — говорит профессор, доктор медицинских наук, юрист Алексей Старченко. А несостоятельность — это прямая перспектива автономных учреждений. На всем готовом, полученном от собственника, не платя ни аренды, ни налогов, как полноценные хозяйствующие субъекты они способны делать гешефт, только взгревая цены. Но платежеспособность — то народа не безгранична. Про процветание на оборотах они, понятно, не знают. Вот и будут сидеть и ждать богатых клиентов. А тех все меньше. Так и вылетят в трубу.

Социально-демографические последствия — разорение и закрытие «нерентабельных» больниц в маленьких городах (наряду со школами, музеями, кинотеатрами), — на наш взгляд, не заставят себя ждать. В течение последних 30-ти лет закрытие сельской школы и участковой больницы было началом быстрой деградации деревень. В новых условиях депопуляция и деградация может захватить маленькие города. Население в поисках лечебных «услуг» будет стремиться в крупные центры, где можно их получить. Но, очевидный нюанс, это резко увеличит очередь ожидания бесплатной помощи. Для тех же, кто ждать не может, за углом — «добровольные» платные услуги.

## Вместо послесловия

В июне этого года в сетях появилось следующее сообщение из Ростова-на-Дону<sup>14</sup>:

«Одиннадцать пациентов отделения гемодиализа клинической больницы №1 Федерального государственного учреждения «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) «Клиническая больница №1 были извещены о том, что с 01.06.2010г. им будет отказано в проведение системного гемодиализа (искусственная почка), мотивируя это тем, что Министерство здравоохранения Ростовской области отказывается финансировать процедуру. А оплачивать диализ из бюджета Клинической больницы №1 нет возможности, так как это «нецелевое расходование средств». Вместо того, чтобы решать вопросы финансирования с Министерством Здравоохранения Ростовской области, было решено отказать больным в проведении жизненно необходимых процедур гемодиализа и предложить им искать место проведения гемодиализа самостоятельно.

Минздрав Ростовской обл. кивает на ФМБА, ФМБА на Минздрав, все прикрываются «нецелевым расходованием средств», т.е. затраты на жизнь людей у нас «нецелевые».

Если с 1-го июня 11 пациентам откажут в диализе, и они все умрут в течение 7-10 дней, это будет публичное убийство 11-ти человек.

Как разрешилась история, разыскать не удалось.

**Примечания**

---

1. [http://pravo-med.ru/articles/med\\_business/detail.php?ID=3473](http://pravo-med.ru/articles/med_business/detail.php?ID=3473)
2. <http://www.aif.ru/health/article/36459>
3. Парламентская газета №30(2446) от 11.06.2010
4. <http://openbudget.ru/articles/index.php?ID=12>
5. [http://www.expert.ru/printissues/expert/2010/12/obamova\\_pobeda](http://www.expert.ru/printissues/expert/2010/12/obamova_pobeda)
6. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/99/30/>
7. Фармацевтический вестник, 2008, №16.
8. [http://www.strf.ru/material.aspx?CatalogId=221&d\\_no=18021](http://www.strf.ru/material.aspx?CatalogId=221&d_no=18021)
9. «Главный врач: хозяйство и право» №6 за 2009 год стр. 32–37
10. <http://www.vremya.ru/2010/63/4/251581.html>
11. <http://www.miloserdie.ru/index.php?ss=20&s=36&id=11830>
12. <http://www.pravo.ru/review/view/29759/>
13. <http://www.mk.ru/print/articles/493076-rossiyskaya-meditcina-perehodit-v-mir-inoy-.html>
14. <http://www.roditeli-rossii.ru/news/63-2010-06-02-17-43-34>