

Проблема модернизации здравоохранения 2020 и фазы институциональной трансформации сети государственных учреждений

А.С. Акопян

Республиканский центр репродукции человека и планирования семьи МЗ РФ, г. Москва

Проект Концепции представлен на 61 странице машинописного текста, состоит из 6-ти разделов и 2-х Приложений, дополнительно иллюстрирован слайдовой Презентацией, несколько облегчающей, к радости читателя, восприятие логики его основных положений. Удобное размещение материалов в едином блоке на официальном сайте Минздравсоцразвития (www.minzdravsoc.ru), доступность других нормативных документов свидетельствует о росте информационной открытости и уважения к читателю.

В первом разделе Концепции развития здравоохранения в РФ до 2020 г. (далее Концепция), посвящённом общим положениям указывается, что она представляет собой анализ состояния здравоохранения, а также ставит цели, задачи и способы его совершенствования на основе применения такого метода научного познания, как **системный подход**. Основными системообразующими факторами, по мнению авторов, является совершенствование организационной системы, развитие инфраструктуры и ресурсного обеспечения, наличие достаточного количества подготовленных кадров.

Учитывая, что системный подход ещё с советских времен традиционно трактуется неограниченно широко, а понятийный аппарат Концепции не представлен никак, отметим, что под **системой** принято понимать совокупность взаимосвязанных элементов, составляющих единое целое, обладающих новым интегральным (эмерджентным) качеством, не сводимым к свойствам ни одного из элементов в отдельности. Применительно к системным объектам интерес экономистов, социологов и организаторов здравоохранения сегодня сфокусирован на нелинейности, неравновесности, непредсказуемости развития, диалектики порядка и хаоса синергетических моделей, которые прежде находились на периферии.

Особенностью систем является их **иерархическая структура и способность к саморегуляции**.

Из теории известны следующие закономерности функционирования систем:

1. Закон необходимого/избыточного разнообразия (Эшби У.Р.). Рост разнообразия на верхнем уровне иерархической организации обеспечивается ограничением разнообразия на предыдущих уровнях, и наоборот — рост разнообразия на нижнем уровне разрушает верхний уровень организации.

2. Закон иерархических компенсаций (Седов Е. А.) составляет необходимое дополнение закону Эшби. Изменения разных уровней системы имеют разный временной масштаб: для целого они происходят медленно и обычно дискретно, на низших уровнях — быстро и непрерывно.

3. Закон эволюционной дисфункционализации. Монотонное наращивание антиэнтропийной активности (например, увеличение биологической популяции, потребления ресурсов, роста теневой экономики) накапливает разрушительные эффекты в среде. Рано или поздно прежние механизмы жизнеобеспечения становятся контрпродуктивными и дальнейшая судьба неравновесной системы зависит от того, насколько она готова к изменениям. В кризисной фазе периферийные (маргинальные, ламинальные) группы обеспечивают внутренний ресурс новых стратегий поведения. Это объясняет, почему люди хотят стабильности и боятся перемен, которые всё-таки происходят [15].

4. Закон гиперболического роста (интегральной функции основного признака 1). Характерным для сложных систем является **автомодельный** механизм

¹ Для организации системы здравоохранения таким признаком стал прогрессирующий рост прямой оплаты медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счёт личных средств граждан.

нелинейной положительной обратной связи (Кремер М., Подлазов С.). Временные интервалы между фазовыми переходами в биологической, прасоциальной и социальной истории последовательно укорачиваются в соответствии с единой логарифмической формулой до «точки», момента их неразличения, потери «смысла», что отражает «фазу плато» — выход из «режима с обострением» (вертикаль Панова-Снукса);

5. Закон техно-гуманитарного баланса. Периодически возникающие кризисы оргцивилизации объяснимы наличием системной зависимости между тремя переменными: «технологическим потенциалом (Т), качеством культурной регуляции (R) и внутренней устойчивостью социума (S). Поскольку технологический потенциал неуклонно увеличивается, стратегическим путём снижения угроз является развитие отношений обмена, сетевых структур рыночной экономики, уменьшения удельного веса государства и вообще иерархических структур [5, 10].

Устойчивость, **способность к саморегуляции** обеспечивается через механизм обратных связей. Когда «порядка» становится слишком много, наступает его уменьшение — «дезорганизация» [14]. Государственная иерархия, как и всякая иная — система с очень слабыми обратными информационными связями, неустойчивость которой растёт параллельно усложнению иерархии.

Здравоохранение, как и любая другая отрасль народного хозяйства относится к **системам экономического типа**. Известны несколько классификаций экономических систем, например, по масштабам (макро-, мезо-, микро- и наноэкономические системы), местоположению, внутреннему устройству, распределению собственности, имманентным методам регулирования и т. д. В условиях далеко зашедшей фрагментации экономической теории предложена и универсальная типология экономических систем [6], опирающаяся на ключевые особенности взаимоотношения систем с пространством и временем, как базовыми сущностями окружающего мира. Целесообразность такого подхода определяется тем, что в этом случае список типовых экономических систем исчерпывается **объектами** (предприятиями), **средами** (институтами), **процессами** (инновациями) и **проектами** (мероприятиями). Каждый тип систем характеризуется ограниченным и/или неограниченным распространением во времени и/или в пространстве.

Законы функционирования систем являются универсальными, действуют без исключений и независимо от субъективных факторов, обеспечивая прохождение **универсальных фаз институциональ-**

ной трансформации (перинатальная фаза, структурированная фаза, фаза истощения [устаревание] и фаза трансформации [разложение]). В фазе институциональной трансформации (перераспределение собственности, поляризация имущественных различий, рост социальной напряженности) осуществляется поиск нового формационного элемента, по сути представляющего модель трудовых отношений (рабская→крепостная→наёмная→«договорная» модель). Как только формационный элемент находится, наступает следующий институциональный цикл [2].

Столь подробное отступление важно для более строгого различения таких нормативных **понятий** как *охрана здоровья, здравоохранение, состояние здравоохранения, система здравоохранения*, а также менее формальных, применяемых больше в научной и учебной литературе: *экономика здравоохранения, индустрия здоровья, медико-социальный (МСК) и медико-производственный комплекс (МПК)*. В российской медико-правовой литературе, действующем законодательстве **охрана здоровья граждан — совокупность мер** разного характера — от медико-гигиенических до социально-культурных и экономико-политических (ст. 1 Основ охраны...).

Судя по смыслу текста, в Концепции применяется расширительная трактовка понятия **здравоохранение**, включающая и **систему мер** ограниченных во времени и неограниченных в пространстве, и **систему органов** исполнительной власти, вкуче с государственными и муниципальными учреждениями, составляющими **систему здравоохранения**. Как известно, в российском законодательстве сегодня не отражено **единство** национальной системы здравоохранения как системы органов управления и учреждений разных форм собственности, деятельность которых основана на единых гражданско-правовых правилах экономического оборота и направлена на охрану и улучшение здоровья населения. Ранее единая система здравоохранения по имущественному признаку разделена на государственную, муниципальную и частную. Причём последняя имуществом не наделялась.

Системные признаки характерны только для **государственной системы здравоохранения**, включающей федеральный и субъектовый уровень органов управления публично-правовой сферой и административно подчинённых им учреждений здравоохранения. Хотя учреждения здравоохранения как юридические лица, не находящиеся в административных взаимоотношениях друг с другом и конкурирующие за потребителя, элементами этой системы являться не должны. Это следует из конституцион-

но предусмотренного принципа разделения властей, обособления экономики, общества и государства (как части общества).

Кроме того, государственная система здравоохранения сама по себе состоит как минимум из 4-х обособленных подсистем: федеральной, субъектовой, муниципальной, ведомственной, далее распадаясь на университетскую, военную, цеховую и т. д. Отсюда утверждение о том, что Концепция разработана в соответствии с Конституцией РФ, федеральными законами, общепризнанными принципами международного права лишь частично соответствует действительности.

Второй раздел посвящён **современному состоянию** здравоохранения в РФ и представлен подразделами о нынешней демографической ситуации, показателях здоровья, программе госгарантий, системе организаций медицинской помощи, первичной медико-санитарной и стационарной помощи, инновационному и кадровому обеспечению, лекарственному обеспечению, информатизации здравоохранения. На основании этих данных в **третьем разделе** представлены прогнозируемые демографические и медико-статистические показатели, определены цели в виде формирования здорового образа жизни и повышения качества и доступности медицинской помощи, гарантированной населению Российской Федерации.

Первой целью заявляется прекращение к 2011 году убыли населения (?) и доведение его численности до 145 млн. в 2020 году против расчётно-нынешних 141,9 млн. (на 1 октября 2008 г.). Нельзя не отметить, что подобное целеполагание больше соответствует ответственности за «цикл Кребса» или восход Солнца. В России, как во многих европейских странах, находящихся на демографически закономерном этапе «суженого воспроизводства» продолжается процесс депопуляции. Население РФ не воспроизводится с середины XX века. Поставленная цель даже более амбициозна, чем заявленная в **Концепции демографической политики РФ на период до 2025 года** [7]. Там речь шла об «условиях для роста к 2025 году до 145 млн. человек, увеличении ожидаемой продолжительности жизни до 75 лет». В обсуждаемой Концепции этих показателей планируется достигнуть к 2020 году. Ни один из официальных сценарных демографических прогнозов (по среднему варианту развития) 2 таких показателей не предполагает. Например, по среднему вари-

анту прогноза ООН (2004 г.) в 2015 г. в России будут жить 136,7 млн., в 2025 г. — 129,2 млн., в 2035 г. — 121,7 млн., в 2045 г. — 115,1 млн., в 2050 г. — 111,8 млн. человек. Коэффициенты миграционного прироста также не дают особых оснований для оптимизма (в тексте Концепции не упоминаются). Что касается увеличения срока ожидаемой продолжительности жизни с 67,5 до 75 лет, т. е. на 7,5 лет за десятилетний период, то реализация такой заявки также относится к числу чисто умозрительных. Ни одной стране мира не удавалось повысить этот показатель более, чем на 0,25 лет в течение года (Франция) [3]. Даже при относительно быстром снижении смертности в ближайшие годы общее число смертей в нашей стране будет не сокращаться, а увеличиваться, т. к. в структуре населения будет гораздо больше пожилых людей в возрасте 60 лет и старше — в этот возраст войдут поколения, родившиеся после войны. Именно на эту возрастную группу приходится 65–70% текущей смертности. По среднему варианту прогноза ООН в России общая ожидаемая продолжительность жизни возрастёт с 66 лет в 2000–2005 годах до 76,9 лет лишь к 2045–50 гг., в том числе за счёт естественного замещения наиболее пострадавшего поколения людей, родившихся в первой половине XX века.

Кроме того, продемонстрированные в **Презентации** Концепции графики смертности и динамики ожидаемой продолжительности жизни не дают оснований для линейных экстраполяций их роста ни по численности населения, ни по динамике ожидаемой продолжительности жизни.

Попытку экономического обоснования желаний и намерений демонстрирует слайд **баланса** состояния здоровья и уровня экономического развития, который в тексте Концепции не представлен, но также основывается на **линейной зависимости** (начальный элемент прогнозирования) между «уровнем здоровья» и «экономическим продуктом». На признании этой пропорции получена исключительная по силе корреляционная связь ($R=0,6$) между уровнем социально-экономического развития и эффективностью системы здравоохранения (по терминологии авторов). Авторы **Концепции** оценивают относительный вклад системы здравоохранения в уровень общей смертности в 38,5% (!?). Такая размерность этого показателя возможна лишь на этапе высокой материнской и младенческой смертности, который мы давно миновали. Снижение показателей младенческой и материнской смертности до «южно-европейских» показателей (при принятии и приятии новых критериев живорождённости) в повседневной практике — интегральный надёжный индикатор со-

² Россия все эти годы шла по верхнему краю нижнего варианта прогноза

стояния и организации медицинского обеспечения материнства и детства, состояния здравоохранения в целом. Их улучшение бесспорно важно для реализации прав граждан России, но имеет низкий ресурс демографических приращений (97 % девочек в России доживает до возраста 28 лет [в Европе — 98 %]).

Также вряд ли оправдано, в рамках формирования здорового образа жизни, тем более что особых идей в этом направлении нет, брать на себя обязательства по снижению распространённости потребления табака до 25 % (!). Представляется, что снижение потребления алкоголя с 14,5 до 9 л в год на душу населения даже более реально. Практически эти вопросы могут эффективно решаться только при работе с вновь рождающимися поколениями, начиная с дошкольного возраста. Не соответствует задачам формирования здорового образа жизни, включая сокращение потребления алкоголя и табака, и объём финансирования по этому направлению (прилож. 1). На 2010–2012 гг. предусмотрено по 1 млрд. рублей, на 2009–2012 гг. — 3,8 млрд. Для сравнения это в 20 и более раз меньше, чем финансирование, например, обследований с целью выявления ВИЧ, В- и С- гепатитов.

Соответственно, вышеперечисленным подразделам сформированы **задачи развития** здравоохранения. Одна из них — **переход на современную систему организации медицинской помощи** — вполне могла бы претендовать на то, чтобы стать основной и даже единственной целью заявляемой Концепции. Здесь уместно отметить, что ранее и повсеместно, с самых высоких трибун заявлялась настоятельная потребность в Концепции **модернизации** здравоохранения, как основополагающего документа, отражающего важнейшие направления государственной политики в социальной сфере в целом (согласно п. «в» ст. 114 Конституции РФ) и в здравоохранении в частности. Речь идёт о структурной политике, организационно-правовых формах, вещных правах и публичных правомочиях, соответствующих идеологии и практике «социального рыночного государства», целям его построения в соответствии с отечественной спецификой. Российская специфика традиционно представлена разнообразием форм, имеет одновременно признаки и стран Большой восьмёрки, и стран — экспортёров нефти, и крупнейших государств мира с преимущественно сельским населением.

К сожалению, данная Концепция, как и предыдущие аналогичные документы органов управления здравоохранением, эти вопросы игнорирует, предпочитая им **расширенные планы мероприятий по те-**

кущей деятельности. Между тем, логично разделять задачи «модернизации» и «развития». Этот вопрос неизбежно возникает при прочтении почти каждого раздела Концепции.

В четвёртом разделе, самом объёмном и основном по содержанию, для решения сформулированных целей и задач представляются **мероприятия по направлениям:** формирование здорового образа жизни, включая санитарно-эпидемиологическое благополучие населения, здоровое безопасное питание, гарантированное обеспечение качественной медицинской помощью. Определены мероприятия по обеспечению гарантий, произведена их конкретизация по **финансированию** и по **качеству** медицинской помощи. Определены критерии качества, включая удовлетворённость населения и сроки ожидания медицинской помощи. Первоочередными мерами (2009–2010 гг.) заявляются разработка и принятие законов «О государственных гарантиях...», «Об обязательном медицинском страховании». Определена необходимость наличия единых для РФ порядков и стандартов медицинской помощи с расчётом реальной стоимости медицинских услуг в каждом субъекте РФ. Определены этапы реализации. В этом разделе впервые звучит понятие «медицинской услуги», напоминающей, что здравоохранение является системой экономического типа, основанной на производстве и реализации товаров и изделий медицинского назначения, а также услуг, также являющихся товаром (услуга — медицинская помощь в товарной оболочке). В этапах реализации (2010–2015 гг.) — обращение к порядку лицензирования, который нуждается в коррекции не только в сторону ужесточения требований к открытию и продолжению медицинского бизнеса путём искусственного наращивания административных барьеров (система «допусков»). Например, из последних новаций Росздравнадзора — требование, при лицензировании высокотехнологичных видов помощи, дополнительно к диплому, послевузовскому образованию (ординатура, аспирантура) и сертификату специалиста, учёным степеням и званиям, — представлять ещё и аттестацию по квалификационной категории, подтверждаемую каждые 5 лет. При этом право на занятие медицинской деятельностью (ст. 54 Основ охраны) документа о квалификационной категории не предусматривает. Ничего не говорит о нём и ФЗ «О лицензировании» отдельных видов деятельности. Кстати, получение квалификационной категории закон относит к **числу прав**, а не обязанностей (Основы... ст. 63). Кроме того, традиционно врачи — сотрудники высшей школы, академических и федеральных НИИ, частной

системы здравоохранения этим правом, исторически больше связанным с оплатой труда в учреждениях практического здравоохранения, в массе своей никогда не пользовались. На практике такое «тонкое» госрегулирование нарушает гражданские права врачей-специалистов, усугубляет «сверхспециализацию», увеличивает административную зависимость.

Сегодня отзыв лицензии или отказ в её выдаче и так применим лишь к частному сектору. Лицензии государственным и муниципальным учреждениям, входящим в государственную систему здравоохранения, которые основаны на несобственном имуществе, с ответственностью учредителя за экономические последствия их деятельности, выдаются независимо от состояния основных фондов, по факту «социальной значимости».

В подразделе, посвящённом организации медицинской помощи, заявлены попытки совершенствования традиционных направлений деятельности, адекватные экономическим и юридическим реалиям. Даже ставится революционная задача «создания правовых и экономических условий для формирования саморегулируемой системы оказания медицинской помощи населению». Говорится о «расширении (?) хозяйственной самостоятельности учреждений здравоохранения» (хозяйственная самостоятельность либо есть, либо нет), но не объясняется, как это возможно в условиях сложившейся неопределённости публично-правовых и гражданско-правовых отношений, отсутствия товарооборота в рамках государственной системы здравоохранения. Упоминается об изменении организационно-правовых форм на **основе единой системы критериев**. Правда, не объясняется каких. Эти мероприятия почему-то откладываются на **3-й этап — 2016–2020 гг.** Между тем, эти критерии хорошо известны, поддерживаются многими экспертами, учёными и организаторами здравоохранения, касаются «исчерпанности» института государственных учреждений, ставшего практически непреодолимым препятствием для институциональных (объектно-средовых) преобразований в системе организации предоставления медицинской помощи. Необходимость и историческая неизбежность масштабной системной трансформации института учреждений в институт некоммерческих автономных организаций, других организационно-правовых форм, подробно представлена в работах научной школы *Стародубова В. И. (Тихомиров А. В., Родин О. В., Иванов А. В., Сидоров А. А. и др.)*, в концентрированном виде изложена в монографии *Тихомирова А. В. «Социально-ориентированная реформа здравоохранения»* [16]. Практически весь

журнал «Главный врач: хозяйство и право», самый либеральный и правовой из специализированных журналов отрасли, в основном посвящён вопросам её индустриальной трансформации.

С позиций общей теории институциональных трансформаций [2], система государственных учреждений здравоохранения, развивавшаяся в условиях административно-командной системы как её продолжение, существующая в нынешнем виде только в РФ и странах СНГ, прошла все фазы институционального роста и выполнила стоящие перед ней задачи предшествующих этапов социально-демографического развития.

Учитывая, что история социализма — это история в первую очередь социалистической собственности, системная, бесконфликтная, логичная трансформация в направлении европейской «континентальной» модели Эйтховена, характерной для большинства социально-ориентированных рыночных экономик, возможна только на основе **правового закона** (основанного на праве, а не на интересах и привилегиях). Условием консенсуса является принцип формального равенства (юридически равной меры), свободы и справедливости при системном формировании массового частного производителя медицинских услуг. Это положение является центральным в теории социального рыночного государства и социально ориентированной рыночной экономики. Провал всех прошлых попыток частичных преобразований (аренда, хозяйственное ведение, хозрасчётные предприятия и т. д.) в рамках административной командной системы был предопределён неправовым, «исключительным» характером индивидуализации публичной (общенародной) собственности.

Автономный независимый производитель — основа «социального капитала», суммарная величина которого, возобновляемая в экономике социальной сферы, в ряде европейских стран превышает цену промышленной собственности.

По сути цивилитарная, «консенсусная» модель социально-ориентированной модернизации [16] единственно соответствует формальным требованиям правового закона и вышеперечисленным признакам системности заявленной индустриальной трансформации. Предлагаемый механизм **«партикуляризации без приватизации»** позволяет неолиберальными инструментами и процедурами изменить «профиль» системы с государственно-корпоративного «режима благосостояния» на социал-демократический, наиболее соответствующий социокультурным установкам россиян, включая рядовых работников здравоохранения. Отсутствие

предшествующей массовой приватизации объектов здравоохранения (номенклатурной, денежной, ваучерной), позволяет обсуждать этот вариант системобразования с большим ресурсом и перспективой развития. Рациональным механизмом, основой перехода в новый институциональный цикл (ароморфоз) является **юридическое отделение субъектов** (коллективов) от **объектов** (недвижимости и особо ценного имущества) с последующим регулированием имущественных отношений путём оптимизации арендных и лизинговых ставок, особенно на уровне муниципального здравоохранения (фондирование, демпфирование), как важной части инновационного механизма.

Безприватизационная партикуляризация учреждений здравоохранения достигает 2-х основных целей: создания рынка равноудалённых от государства товаропроизводителей; создания сети объектов как элемента имущественной системы управления здравоохранением (что и требовалось). Экономика получает: полиморфизм производителей, рыночное ценообразование, товарообмен, конъюнктуру цен, конкуренцию, концентрацию платёжных капиталов, одноканальность финансирования, экономическую социализацию здравоохранения. Соответственно предусматривается **обособление потоков финансирования в пользу государства** (органы управления) — в казначействе и в **пользу общества** (средств оплаты услуг) — в банке медико-социального развития. Естественно, государство в этом случае в качестве плательщика выступает на стороне выгодоприобретателя (физического лица), а не финансирует содержание учреждений. Кстати, согласно пресловутой 41 статье Конституции РФ государство берёт на себя обязательства по **финансированию** медицинской помощи в рамках целевых программ, а не содержанию учреждений по остаточному принципу.

Пока же государство в лице своих министерств и ведомств хочет иметь «собственное» здравоохранение, но не хочет за него платить в полном объёме, рассчитывается подзаконным делегированием права пользования имуществом в условиях неопределённости отношений собственности [1]. Существует определённое табу на публичное обсуждение этих вопросов. **Концепция** также на эти вопросы не отвечает, игнорируя сложившиеся противоречия в механизме функционирования отрасли, о которых уже написаны десятки монографий, сотни диссертаций, тысячи научных статей.

Центральный вопрос — имущественная институционализация врача общей практики, частного

по своему смыслу и происхождению, имеющему право работать в качестве субъекта гражданского права, в своём собственном (в институциональном смысле) кабинете, как почти во всех странах мира, даже развивающихся.

В условиях расширяющегося самоуправления, создания устойчивых «сетевых моделей», соответствующих практике конституционных государств российские врачи — далеко не худшая часть населения, продолжают оставаться «винтиками» системы, находясь в неразрывной крепостной связи со своим рабочим местом, избыточной профилизацией врачебных специальностей и стационарных отделений. Кроме того, опыт организации системы оказания медицинской помощи на современной основе показывает, что без привлечения самих медработников в качестве официальных субъектов имущественных отношений, существенные преобразования в отрасли невозможны. Людей же раздражает не предпринимательский механизм организации медицинской деятельности, а необходимость оплаты в случаях, когда человек обоснованно рассчитывает на государственную оплату полученных им услуг. Собственно обретение этой ясности — основная потребность общества, сталкивающегося с системой здравоохранения в её нынешнем виде в повседневной, а не «канцелярской» реальности.

Также рассматривается развитие медико-санитарной и внегоспитальной лечебной помощи, патронажа и реабилитации. Их искомая «персонализация» также возможна только при реализации вышеизложенных принципов институциональной трансформации отрасли соответственно нынешнему этапу социально-экономического развития общества и государства.

Нельзя не отметить, что вся **Концепция** и выполнение большинства её пунктов напрямую и исключительно связаны с надеждами на «неуклонный рост», приоритетное и постоянно растущее государственное финансирование. Бюджетное же будущее, с учётом кризисных тенденций, предстоящей понижающей фазой Кондратьевского цикла, неизбежно меркантилистским типом ресурсодобывающей экономики, не представляется столь оптимистичным даже на часть заявляемого периода.

По подразделу обеспечения лекарственной помощи планируется создание отдельной Концепции. Относительно льготного и бесплатного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях отмечу, что в целом, движение в направлении социального рыночного государства предполагает развитие обязательных форм страхования, что соответствует и со-

циокультурному состоянию российского населения, и цивилитарной идее «идеальной доли каждого». Вторым подходом, для нашей социальной сферы нехарактерным, является акцент на обеспечение зависимых групп. На мой взгляд, обязательства по лекарственному обеспечению населения в амбулаторных условиях явно избыточны и больше соответствуют целям локальных фармацевтических рынков и монопольных по содержанию и представительству торговых компаний, готовых сознательно поступиться частью прибавочной стоимости в обмен на гарантированный сбыт «своей» продукции, по большей части импортной. Вряд ли оправданным представляется столь широкое использование средств централизованного происхождения для покрытия регулярно возобновляемых потребностей, хотя варианты страхования, дополнительного лекарственного страхования, бесспорно обсуждаемы.

В Концепции также отражён вопрос осуществления единой кадровой политики, механизмом регулирования которой должно стать создание системы профессионального самоуправления (ассоциации). Сегодня законодательно предусмотренные функции и задачи ассоциаций частично решает система главных внештатных специалистов, оставшаяся инкорпорированной в органы управления здравоохранением. Представляется, что вне индустриальной трансформации эти пожелания останутся лишь на бумаге, реальная же кадровая политика в условиях застойного рынка труда по-прежнему будет характеризоваться закрытостью, отсутствием конкурентных процедур, протекционизмом, nepотизмом, семейственностью, доминированием личностных предпочтений, выраженной бинарности манихейского сознания нашего человека, находящего благодатную почву в условиях доминирования неформальной наноэкономики (физических лиц). Впрочем, **профессиональное самоуправление тоже откладывается на 3-й этап — 2016–2020 гг.**

Подраздел инновационного развития подразумевает привлечение средств федерального бюджета на науку в 2010 г. — 12,4 млрд. рублей, с последующим неуклонным ростом до 335 млрд. рублей в 2020 году, т. е. почти в 30 раз (!?). А если денег не будет? Представляется, что **инновации** (процесс) должны дифференцироваться не только на бюджетные, но и «на каждом рабочем месте» — от фондодержания и медицинской логистики до демпфирования и даже ауторсинга (если надо), чтобы способствовать жизнеспособности нового системообразования при разной экономической конъюнктуре, обеспечивать стабильность отрасли при возможных изменениях вектора

социально-политических процессов в любом из направлений (социализма, капитализма и их ответвлений, цивилизма).

Седьмой подраздел посвящён **финансовому обеспечению** медицинской помощи населению. В качестве достижения можно отметить определение половозрастных и территориальных коэффициентов удорожания помощи, методик расчёта затрат, оценок предполагаемой экономической эффективности в рамках Программы государственных гарантий (2009 г.). Планируется увеличение подушевого финансирования от 9 тыс. 400 рублей в 2010 году до 30 тыс. 400 рублей к 2020 году, увеличение тарифа отчислений по линии ОМС до 5,1 % от заработной платы. К сожалению, система ОМС не стала независимым финансово-кредитным институтом, выступающим в качестве плательщика на стороне выгодоприобретателя, оказалась включённой в систему государственного здравоохранения. У системы ОМС фактически отсутствуют страховые функции, которые заблокированы, в том числе и в основном, институтом учреждений здравоохранения. Это выражается в доминировании территориального и нормативного принципов, отсутствии индивидуальных соплатежей, персональных и расчётных инструментов, свободного перемещения застрахованных в пределах системы, счетов застрахованных, фактическим отлучением страховых компаний от средств ОМС (казначейство, — территориальный фонд, — учреждение), их административной зависимости от органов управления. Сегодня всё чаще ставится вопрос о целесообразности существования системы ОМС в нынешнем виде, её перевод в один из аналогов территориальных больнично-страховых касс, принципиальной её бесперспективности в части обретения собственных страховых функций. В Концепции эти актуальные вопросы даже не отражены. Однако планируется, что при введении одноканальной модели финансирования программ ОМС покупателями медицинских услуг будут СМО (компании), работающие на основе договора с ТФОМСами и организациями-производителями медицинских услуг, вне зависимости от ОПФ и формы собственности. Одноканальность же системы ОМС будет иметь смысл только при разграничении бюджетных и страховых источников оплаты по строго фондируемым направлениям.

Восьмой подраздел — **информатизация** здравоохранения — из всех вышеперечисленных мероприятий наиболее соответствует задачам системной модернизации отрасли и её последующего развития.

На создание и адаптацию системы единых Регистров пациентов, врачей, учреждений, историй болезни, лицензий, льгот, платежей и т. д. на **первом этапе реализации (2010–2012 гг.)** выделяется рекордная сумма — 15,8 млрд. рублей — полмиллиарда (!) долларов. Затем, на поддержание системы расходы бюджета резко падают до 0,5–0,7 млрд. рублей (Приложение 2). При этом ввод системы в промышленную эксплуатацию **почему-то откладывается на 3-й этап (2016–2020 гг.)**.

Пятый раздел выполняет роль Заключения и посвящён планам законодательного и нормативно-правового обеспечения реализации Концепции, хотя на самом деле представлен несколько шире. Логика предполагаемых законодательных инициатив в целом соответствует духу проекта **Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 г.** — официального Проекта, подаваемого властями как качественно новый «образ будущего» в виде социального рыночного государства. Логика развития нормативно-правового регулирования, заложенная в проекте, основана на свободной личности, экономически и инновационно активной — субъекте гражданских прав, предполагает дальнейшее разграничение государства и общества, сферы общественного потребления и воспроизводства; расходов бюджета в пользу государства и пользу общества, положение сторон в договоре; сферы производства и финансирования услуг и т. д. Создаётся впечатление, что всё это должно появиться само собой, правда, лишь **на 3-м этапе, после 2016–2020 года**.

Завершает текст Концепции **шестой раздел**, суммирующий основные этапы реализации и ожидаемые результаты. Предполагается, что после реализации всех направлений, к 2020 году будет обеспечено формирование здорового образа жизни и системы здравоохранения на основе единых требований и подходов, которые будут являться залогом устойчивого развития.

В Концепции также проговариваются контуры ответственности государственных служащих и должностных лиц за невыполнение принятых решений. В этом смысле интересна судьба предыдущей **Концепции развития здравоохранения и медицинской науки (1997–2007 гг.)**. Её все хвалили, все на неё ссылались, ответственными были 5 министерств, практически ни один принципиальный пункт выполнен не был, никому даже на вид ничего не поставили, да и некому — ведомства расформированы, упразднены без правопреемства, руководители заменены.

Представляется, что судьба обсуждаемой Концепции, если она будет принята в нынешнем виде, будет мало отличаться от предыдущей. Естественно, в рамках комментария невозможно высказать все замечания и сомнения. Тем не менее, отмечу, что ставка на «пилотные» проекты не очень себя оправдывает. «Пилотирование» в наших условиях — наиболее надёжный путь в «долгий ящик», не обеспечивающий необходимой масштабности, открытости, прозрачности, эффектов координации, сопряжения, обучения, культурной инерции — т. е. всего набора факторов системности, необходимых для выхода из «институциональной ловушки» [12].

Внутри государственной системы здравоохранения, в её учреждениях с абсолютно зависимым от главных врачей персоналом, нет ресурсов для необходимых преобразований. Частный же сектор назвать системой — язык не поворачивается.

Руководство страны, начиная с 2000 года, демонстрирует постоянную озабоченность по поводу институционального состояния социальной сферы, её экономичности, всё время говорит о модернизации [4]. Тем не менее, любые структурные реформы, даже такие «полумеры» как преобразование госучреждений в «автономные учреждения», по разным причинам сдерживаются³. При этом, «институты сами по себе не действуют, действуют только отдельные личности в институтах или через институты» [13]. Кроме того, личности выступают от имени институтов, идентифицируют себя с ними. В итоге, как ни крути — «все действия производятся индивидами» [8].

Для отрасли здравоохранения характерны «родовой» консерватизм, обусловленный характером профессии, высокая корпоративность, нормативно отвечающая сопротивлением на любое воздействие извне. Реализация проекта индустриальной трансформации отрасли, потерпевшей за два последних десятилетия существенные институциональные повреждения, по ряду объективных причин доступна только органам управления здравоохранением. При их отстранённости, не говоря уже о сопротивлении и привычном многолетнем профессиональном саботаже неугодных «системе» начинаний, невозможно будет защитить социально-экономические обязательства государства перед сферой здравоохранения. Сам же институт государственных учреждений здравоохранения, которому делегированы не свойственные ему представительские и финансовые функции государства на уровне здоровья граждан,

³ Вариант системообразования на основе «автономных учреждений» представлен ГУ ВШЭ [9]

с фактически приватизированной товаропроизводящей сетью, прошёл фазу институционального исчерпания, устаревания и возможных деформаций. Его институциональное ядро находится в состоянии разложения, а формационный элемент (модель трудовых отношений) — в фазе трансформации. Институт учреждений, бесспорно, выполнил свою роль. Его «узловые элементы» даже при попытках замены (перераспределение, хозрасчёт) или преобразования не могут претендовать на роль эволюционного механизма, т. к. исправление одной или нескольких ошибок уже не изменит её качества. Такую роль сможет выполнить лишь институциональная инновация [2]. «Модель Тихомирова» полностью соответствует этой задаче, причём и для других отраслей социальной сферы, исходно «непроизводственных» (согласно ОКОНХ).

Здравоохранение, коммерциализированное значительно более чем образование, по концептуальному строительству отстает от него весьма существенно. Правда, и хорошая концепция ничего не гарантирует, как это произошло с законом «Об образовании» и потребовало его пересмотра, хотя исходно закон был признан ЮНЕСКО чуть ли не образцовым.

По аналогии, власть, например в лице Минфина, в ответ на претензии «служащих» на самоуправле-

ние, вполне может отказаться и от приоритетности, и от госгарантий, и от финансовых обязательств в доле ВВП, и от освобождения от налогов, и от предоставления специальных арендных ставок. Не говоря уже об упрочении материально-технической базы отрасли и поддержке негосударственных организаций в целом. Самая подготовленная реформа без мотивированных исполнителей и налаженного финансового механизма может быть дискредитирована, что будет способствовать росту социальной напряжённости. При этом ситуация, когда «государство-собственник будет мешать государству-власти обрести политический суверенитет» [11], обретёт новую жизнь и новых почитателей. К слову сказать, у нынешнего руководства Минздравсоцразвития нет видимых причин сопротивляться логике объективного процесса. Для этого впервые есть и организационно-средовые, и политико-правовые, и бюджетные условия. Обсуждаемый же проект **Концепции развития** не является проектом **модернизации**, и не ставит перед собой такой задачи, затрагивая вопросы реформирования лишь опосредованно. Поэтому позитивные прогрессивные элементы представленного объёмного документа, вне контекста целостной логики модернизации, не имеют шансов реализовать свой созидательный ресурс.

Литература

1. Акоюн А. С. «Институциональные ловушки» государственной организации платных медицинских услуг//Менеджер здравоохранения. 2008. № 11, 12. с. 12–20
2. Бессонова О. Е. Общая теория институциональных трансформаций как новая картина мира//Общественные науки и современность. 2006. № 2. с. 130–143
3. Вишневецкий А. Г. (ред.) Демографическая модернизация России 1900–2000. М.: Новое изд-во. 2005.
4. Ежегодные послания Президента РФ Федеральному собранию 2000–2008 гг.
5. Зеленов В. В. Дополнение к гипотезе техно-гуманитарного баланса//Философские науки. 2006. № 11. с. 141–143
6. Клейнер Г. Б. Системная парадигма и экономическая политика//Общественные науки и современность. 2007. № 2, 3. с. 141–150; 99–115
7. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. 9 октября, 2007
8. Мизес Л. Фон. Человеческая деятельность. Трактат по экономической теории. Челябинск, 2005
9. Модернизация российского здравоохранения: 2008–2020. Концепция Государственного университета — Высшей школы экономики. М., 1998
10. Назаретян А. П. Цивилизационные кризисы в контексте Универсальной теории. Синергетика — психология — прогнозирование. М.: Мир. 2004
11. Нерсесянц В. С. Постсоциалистическая Россия: цивилизм как национальная идея//Общественные науки и современность. 2008. № 5. с. 91–100
12. Полтерович В. М. Институциональные ловушки: есть ли выход?//Общественные науки и современность. 2004. № 3. с. 5–17
13. Поппер К. Р. Логика социальных наук//Эволюционная эпистемология и логика социальных наук. Карл Поппер и его критики. М., 2000
14. Пригожин А. И. Дезорганизация: Причины, виды, преодоление/М.: Альпина Бизнес Букс. 2007. 402 с. (Серия «Синергичная организация»)
15. Сатаров Г. А. Как возможны социальные изменения. Обсуждение одной гипотезы//Общественные науки и современность. 2006. № 3. с. 23–40
16. Тихомиров А. В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. М.: «ЮрИнфоЗдрав», 2007. 234 с.