

Мамонтов С.А., Тихомиров А.В. Проблемы организации экономической деятельности практических врачей //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 3. - С.37-44.

Перевод практических врачей из работников в хозяйствующие субъекты порождает множество сопутствующих проблем. Эти проблемы встают перед всеми участниками сложившейся организации здравоохранения и обусловлены рядом обстоятельств.

Проблемы испытывает государство. При существующей организации здравоохранения государство выступает и проводником социальной политики в сфере охраны здоровья граждан, и собственником имущества учреждений здравоохранения, и – через учреждения здравоохранения – работодателем для медицинских работников, и – через государственную казну – источником финансирования деятельности учреждений здравоохранения и заработной платы медицинских работников.

В изменяющихся условиях государство сохраняет за собой функцию ведения социальной политики в сфере охраны здоровья граждан через инструменты финансирования качественно и количественно изменившегося практического звена здравоохранения из государственной казны, освобождается от обязанностей выплаты заработной платы медицинским работникам по правилам трудового законодательства, но с этим приобретает обязанность оплаты их деятельности в качестве хозяйствующих субъектов по правилам гражданского законодательства (по договорам). Кроме того, остается неясной юридическая судьба существующих учреждений здравоохранения, с переводом медицинских работников в хозяйствующие субъекты представляющих собой организации без персонала, но сохраняющие несобственные имущественные активы, нуждающиеся в содержании, т.е. требующие соответствующего финансирования собственником.

Учреждения здравоохранения в изменяющихся условиях, по существу, перестают быть субъектами предоставления медицинской помощи гражданам, оставаясь предназначенными для этого площадками. В отсутствие медицинского персонала они не способны осуществлять медицинскую деятельность и оставаться субъектами лицензирования этой деятельности. При этом они сохраняют всю необходимую для ведения такой деятельности внутриорганизационную инфраструктуру и соответствующее оснащение. По существу, учреждения здравоохранения минимизируются в качестве субъектов (что поднимает вопрос о сохранении их в этом качестве) и остаются в качестве объектов здравоохранения.

Практические врачи с приобретением положения хозяйствующего субъекта выходят, во-первых, из трудового подчинения работодателю – учреждению здравоохранения; во-вторых, из административного подчинения (через руководство учреждений здравоохранения) органам управления здравоохранением; в-третьих, из финансового подчинения принятым в бюджетной сфере нормам и нормативам, в том числе, по заработной плате, утрачивая ставший для них традиционным статус бюджетников.

При этом практические врачи приобретают, во-первых, хозяйственную самостоятельность: они получают регистрационный (на основании внесения в Единый государственный реестр) и разрешительный (на основании лицензии) статус, осуществляя правоспособность хозяйствующего субъекта своей волей и в своем интересе, будучи свободны в установлении своих прав и обязанностей на основе договора и в определении любых не противоречащих законодательству условий договора (п. 2 ст.1 ГК РФ). Во-вторых, практические врачи, осуществляя самостоятельную, направленную на систематическое получение прибыли от оказания услуг, деятельность, приобретают связанные с ее осуществлением риски (п.1 ст.2 ГК РФ), т.е. самостоятельную гражданскую ответственность, которая доступна страхованию.

Приобретая свободы и возможности, но не имея опыта ими пользоваться, практические врачи сталкиваются с рядом проблем. Во-первых, они не обладают навыками договорной практики, т.е. умением заключать сделки и исполнять принятые договорные обязательства, избегая возникновения внедоговорных обязательств. Во-вторых, пребывая в состоянии функциональной неграмотности, они оказываются неспособны воспользоваться договором как инструментом, чтобы арендовать помещение и оборудование (аппаратуру), заказать необходимые работы и услуги, нанять работников и т.д. В-третьих, не обладая необходимыми познаниями, кроме профессиональных медицинских, они не в состоянии позиционировать себя в гражданском обороте, найти и утвердить свое место в системе координат отраслевой экономики – сформировать ценовую и маркетинговую политику, наладить взаимовыгодные деловые связи с контрагентами-поставщиками и коллегами, и т.д.

Органы управления здравоохранением с изменением структуры практического звена сталкиваются с необходимостью сокращения, во-первых, функций – по существу, они сводятся к управлению имущественными объектами здравоохранения (финансами и учреждениями здравоохранения в качестве объектов) и к надзорно-разрешительной деятельности в отраслевом гражданском обороте; во-вторых, структуры – фактически излишними становятся муниципальные, а, возможно, и региональные органы управления здравоохранением; в-третьих, численности – в той мере, в какой здравоохранение переходит от субъектного (учреждениями здравоохранения) к объектному (финансами и имуществом в натуре) управлению, оно перестает нуждаться в существующем бюрократическом аппарате, подлежащем существенному уменьшению.

Существующие субъекты частной медицины из-за резкого уплотнения конкурентной среды в связи с вхождением в отраслевой гражданский оборот новых операторов из числа практических врачей, ставших хозяйствующими субъектами, безусловно, испытают значимые неудобства и переживут дополнительные испытания.

Это обстоятельство поднимает дополнительную проблему несостоятельности хозяйствующих субъектов (существующих и новых –

практических врачей) в гражданском обороте. Встает вопрос о массовой ликвидации (банкротстве), поскольку, во-первых, существующие хозяйствующие субъекты частной медицины ни к резкому усилению конкуренции, ни к эффективной конкуренции во многом не готовы; во-вторых, ставшие хозяйствующими субъектами практические врачи при имеющемся багаже познаний конкурировать не в состоянии.

Отсюда, во-первых, общая численность хозяйствующих субъектов в отраслевом гражданском обороте изначально окажется заведомо больше, чем останется в итоге; во-вторых, не факт, что оставшаяся часть хозяйствующих субъектов удовлетворит существующую в них потребность, в связи с чем предстоит период достижения баланса конъюнктуры (спроса и предложения) оборота; в-третьих, принятые хозяйствующими субъектами обязательства по причине ликвидации части из них окажутся заведомо неисполненными в соответствующем объеме (равно перед поставщиками и потребителями). Это означает, что потребуется неизвестной длительности переходный период до достижения стабильности отраслевого гражданского оборота.

Проблемы в связи с переводом практических врачей из работников в хозяйствующие субъекты, встающие перед перечисленными участниками сложившейся организации здравоохранения, обусловлены рядом обстоятельств.

Первым из них являются отношения врачей в качестве хозяйствующих субъектов с государством. Оставшись предоставленными сами себе, своему профессионализму и возможности функционировать в экономических условиях, они сталкиваются с новыми, прежде не существовавшими реалиями. Все – начиная от учреждений здравоохранения, где они работали, и заканчивая финансовыми институтами, с которыми они не взаимодействовали – приобретает иной уклад, подвергнувшись неизбежным параллельным изменениям, в том числе в отношениях с ними.

Государство, прежде позиционирующееся на обеих сторонах своей собственности – учреждений здравоохранения и казны, из которой производит им платежи, остается лишь на второй, позиционируясь вместе с пациентами, в пользу которых платит.

Принадлежащие государству учреждения здравоохранения перестают быть субъектом оказания медицинских услуг, преобразуясь в площадки размещения других субъектов оказания медицинских услуг.

Органы управления здравоохранением, для учреждений здравоохранения являющиеся вышестоящим административным органом, для практических врачей в качестве хозяйствующих субъектов таковым не являются – их деятельность подчиняется требованиям закона, а не ведомственным указаниям и требованиям должностных лиц органов управления здравоохранением.

Принадлежащие государству и включенные в ведомственную административную иерархию бюджетного процесса фонды финансирования практического здравоохранения (обязательного медицинского страхования)

нуждаются в приведении в соответствие потребностям отраслевого гражданского оборота и подвергаются банковской трансформации.

Государство, не уходя из социальной сферы, вынуждено специализировать свое в ней присутствие. Вместо бюджетной оптимизации за счет сокращения функционирующих активов оно осуществляет реструктуризацию функций в социальной сфере с сохранением требующихся активов и освобождением от тех, которые государству не свойственны.

Для практических врачей в качестве хозяйствующих субъектов государство остается плательщиком за оказываемые ими медицинские услуги в пользу граждан и собственником объектов размещения. При этом с государством они имеют дело опосредованно: через принадлежащий государству банк – для расчетов по оплате оказанных медицинских услуг и через управляющие организации – для расчетов по арендной плате; в обоих случаях – через гражданские, частноправовые структуры.

Вторым обстоятельством, обуславливающим проблемы в связи с переводом практических врачей из работников в хозяйствующие субъекты, являются их отношения в новом качестве с пациентами.

Если пациент традиционно с прежних лет непричастен к платежным отношениям за оказываемые ему медицинские услуги, а оплату за них получало учреждение здравоохранения, то с переводом практических врачей из работников в хозяйствующие субъекты на них ложится бремя расчетов за оказанные услуги, а механизм производства платежей неизбежно подвергается изменениям с вовлечением в него пациента как держателя платежных средств государства в его пользу. Любой иной механизм является громоздким и неэффективным.

Чтобы осуществлять такие платежи в существующем бюджетном процессе, государству необходимы соответствующие штаты (и связанные с ними административные расходы) и терминалы (роль которых в настоящее время выполняют медицинские страховые организации) для трансформации бюджетных средств в выплаты хозяйствующим субъектам (что также требует дополнительных расходов).

Целесообразно производство расчетов перенести в гражданский оборот, а в бюджетной сфере оставить исчисление подушевых счетов. В этом случае средства, предназначенные для оплаты медицинских услуг в заранее исчисленных подушевых размерах, поступают в принадлежащий государству банк, дебетовой картой которого пациенты расплачиваются с практическими врачами в качестве хозяйствующих субъектов. Все затраты относятся на себестоимость банковской деятельности и не ложатся бременем на государственную казну. Пациент становится интегрированным в платежный механизм и голосует государственным рублем за свой выбор лечащего врача.

Практические врачи в качестве хозяйствующих субъектов приобретают такую заинтересованность в пациенте в качестве носителя платежей, которая обеспечивает растущий уровень медицинского обслуживания, стимулирует повышение профессиональной квалификации и мотивирует врачей зарабатывать больше за счет повышения эффективности своей деятельности.

Третьим обстоятельством, обуславливающим проблемы в связи с переводом практических врачей из работников в хозяйствующие субъекты, являются их отношения с остальными хозяйствующими субъектами в отраслевом гражданском обороте.

Известно, что в экономическом обороте хозяйствующие субъекты выступают в качестве контрагентов, партнеров или конкурентов. Вступая в отношения товарообмена (приобретая оборудование, беря в аренду помещение, оказывая услуги потребителям и пр.), хозяйствующие субъекты являются контрагентами другой стороны договора. Выступая с другими хозяйствующими субъектами на одной стороне в отношениях с третьими лицами, хозяйствующие субъекты являются партнерами. В опосредованных потребителями отношениях с другими хозяйствующими субъектами, предоставляющими такие же услуги, они являются конкурентами.

В этой связи, независимо от того, в какой роли выступает врач как хозяйствующий субъект, его деятельности должны быть присущи такие универсальные свойства, как эффективность и безопасность, индивидуализация и персонализация, рентабельность и инвестиционная привлекательность.

1. Эффективность и безопасность деятельности врача в качестве хозяйствующего субъекта.

В настоящее время позиция отраслевого ведомства ориентирована на качество медицинских услуг и даже медицинской помощи, что подвергается государственному контролю и надзору¹. Однако медицинская помощь, не будучи товаром, как медицинская услуга, качеством не обладает, а качество медицинской услуги, как и любого товара – категория потребительских предпочтений. За качество товара приобретатель голосует рублем.

Обращение потребителя к врачу предполагает его оплату – самим потребителем или государством либо иным плательщиком в его пользу. Врач заинтересован в том, чтобы большее число потребителей к нему обращались. Для этого он должен делать свое дело так, чтобы они обращались к нему и в будущем. Это вопрос не признания или непризнания отраслевым ведомством качества оказываемых врачом услуг или помощи, а обращающимся к нему потребителем – эффективности или неэффективности, полезности или бесполезности обращения. Это вопрос потребительской ценности предоставления, за получение которой производится оплата. Образно говоря, вопрос в том, сколько «плюсов» набирает врач, отрываясь от нулевой изолинии бесполезности и неэффективности.

Напротив, врач не должен набирать «минусов», а таковыми является пренебрежение безопасностью пациента. Вот безопасность пациента – это, действительно, предмет внимания и государства, и общества, и самого врача. Одним из критериев отнесения вида деятельности к числу подлежащих лицензированию является возможность причинения ущерба, в том числе,

¹ Серегина И.Ф. Концептуальные подходы к государственной системе контроля и надзора и ее роль в управлении качеством медицинской помощи: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2010.

личности и здоровью граждан (ст.4 Федерального закона от 8 августа 2001 г. N 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»), при осуществлении медицинской деятельности, в частности. Причинение вреда здоровью при оказании медицинских услуг является следствием пренебрежения безопасностью пациента и влечет соответствующую правовую ответственность врача.

Эффективность и безопасность деятельности врача в качестве хозяйствующего субъекта – это условие существования отношений врача и пациента. В отсутствие эффективности и безопасности для пациента к конкретному врачу он не обратится.

2. Индивидуализация и персонализация деятельности врача в качестве хозяйствующего субъекта.

Индивидуализация – это процесс и результат реализации уникального своеобразия личности, применительно к медицинской деятельности – в профессиональном качестве врача.

В отношениях между врачом и пациентом возникает социогенная потребность в персонализации, в результате которой они принимают личностный характер. Более того, этим отношениям необходим доверительный характер – не случайно медицинские услуги относятся к числу доверительных товаров².

Однако способность конкретного врача к установлению личностно-доверительных отношений с пациентом важна не только для пациентов, но и для коллег. Коллегиальные отношения складываются и как цеховые (в медицинском сообществе, в том числе в рамках соответствующих медицинских объединений), и как медико-технологические (между врачами смежных специальностей, направляющих пациентов друг к другу), и как конкурентные (между врачами единой специальности в пределах общей территории деятельности).

Отнюдь немаловажно, насколько врач конформен в обществе – равно для пациентов и коллег. В отсутствие необходимой конформности его будут избегать, и он останется невостребованным в обществе вне зависимости от уровня профессионализма.

3. Рентабельность и инвестиционная привлекательность деятельности врача в качестве хозяйствующего субъекта.

Рентабельность – это превышение доходов над расходами, отношение прибыли к затратам (расходу ресурсов), еще более точно – отношение балансовой прибыли к среднегодовой стоимости основных производственных фондов и нормируемых оборотных средств, важный показатель экономической эффективности производства, в том числе производства медицинских услуг.

² Юдкевич М.М. Издержки измерения и институты рынков доверительных товаров: Автореф. дисс. ... канд. экон. наук. – М., 2003.

Доходность, прибыльность производства – условие возможности инвестирования, т.е. вложения капитала, приобретения активов, от которых ожидается получение дохода, превышающего затраты.

Врачу в качестве хозяйствующего субъекта необходимо оплачивать место размещения, оборудование и аппаратуру (на условиях аренды), налоги, покупать расходные материалы. Ему нужно постоянно заниматься повышением квалификации, для чего приобретать литературу, посещать профессиональные мероприятия, часть из которых – в других городах и странах. Приходится официально (а если ситуация не изменится – и неофициально) тратиться на получение необходимых документов – лицензии, сертификата специалиста и пр., на прохождение дополнительного обучения, посещение различных консультативных семинаров и лекций, на привлечение бухгалтера, консультантов, на содержание ассистентов и иного персонала, на участие в различных профессиональных и деловых организациях, клубах и пр.

Поскольку врач в качестве хозяйствующего субъекта подвержен гражданской ответственности, ему необходимо иметь соответствующий фонд, в котором депонируется часть его доходов на случай ее наступления.

Все эти расходы должны окупаться доходами врача в качестве хозяйствующего субъекта, с учетом добавленной стоимости обеспечивая ему достойный уровень жизни, резерв на случай гражданской ответственности и возможность расширенного воспроизводства в счет будущих периодов.

Достойный уровень жизни врача определяется не тем, что он может себе позволить или чем может довольствоваться, как в настоящее время, а тем, как врач в качестве представителя профессионального сообщества позиционируется в обществе, какова социальная ценность его профессии. Это – международная универсалия, вариации которой в развитых странах сравнительно невелики. А унижение социальной ценности профессии в развивающихся странах демонстрирует лишь потенциал ее роста.

Резерв на случай гражданской ответственности определяется тем, какова вероятность и величина ее наступления за календарный период. Величина такой ответственности может быть сопоставима с размером резерва на случай ее наступления, а может превышать – порой на порядки – этот размер. Соответственно, это определяет то, создает ли врач в качестве хозяйствующего субъекта собственный резервный фонд или прибегает к страхованию, т.е. к передаче рисков. В любом случае в себестоимость производимой им продукции включается плата за риск, повышающая цену медицинских услуг.

Возможность расширенного воспроизводства в счет будущих периодов в деятельности врача в качестве хозяйствующего субъекта определяет ее привлекательность для инвесторов. Эффективность такой деятельности должна иметь интенсивные и экстенсивные запасы ее увеличения по мере необходимости и в плановом порядке. Если врач в качестве хозяйствующего субъекта в состоянии обеспечить необходимый для себя уровень жизни при всех расходах и имеет ресурс покрытия рисков, которые несет, и при этом

обладает потенциалом активизации и развития, внешние вложения в его деятельность имеют перспективу эффективной отдачи. Тем самым запас эффективности его деятельности служит своего рода гарантией его исправности в качестве должника.

Таким образом, проблемы, встающие перед перечисленными участниками сложившейся организации здравоохранения в связи с переводом практических врачей из работников в хозяйствующие субъекты с учетом перечисленных обстоятельств и свойств их деятельности, могут быть рассмотрены в узловых точках. Это – проблемы размещения (или более широко – привлечения средств производства), финансирования деятельности и коллегиального (организационного) взаимодействия.

1. Проблемы размещения и привлечения иных средств производства в деятельности врачей в качестве хозяйствующих субъектов.

Врачи в качестве хозяйствующих субъектов – особенно в начале пути – не имеют возможности приобрести в собственность все, что необходимо для их деятельности. Более того, некоторые предметы оборудования и медицинской техники они не смогли бы приобрести и в конце пути, да, в общем-то, и необходимости такой для них нет. Это обусловлено рядом обстоятельств.

Во-первых, медицинская техника стоит дорого. Прежде всего, потому, что она имеет назначение не потребительское, а предпринимательское: как и любой товар на рынке «бизнес-бизнесу» (B2B), продаваемый поставщиками производителям товаров, работ, услуг, медицинская техника имеет цену потенциального оборота их воспроизводства. Кроме того, в эту цену включается стоимость всевозможных ноу-хау, в том числе патентованных, которые были использованы при создании конкретной аппаратуры, а потому – и платежи авторам изобретений (обладателям патентов) в счет будущих периодов. Наконец, в эту цену включается стоимость возможных рекламаций, претензий и исков, а потому – управления качеством и сертификация систем менеджмента качества.

Во-вторых, медицинская техника морально устаревает существенно ранее своего физического износа – практически сразу после приобретения, теряя ликвидность, поскольку научно-технический прогресс в медицине идет значительно быстрее, чем происходит амортизация аппаратуры.

В-третьих, оправдать стоимость приобретения дорогостоящей медицинской техники сложно даже при больших оборотах ее эксплуатации, которые отдельный врач (и даже группа врачей) обеспечить не в состоянии. Для этого нужна не просто узкая специализация на эксплуатации только этой техники, а высокая потребность в ней медицинской практики в условиях высокой концентрации пациентов, нуждающихся в соответствующих диагностических или лечебных манипуляциях на этой аппаратуре. Кроме того, любая техника требует текущего обслуживания, замены расходных элементов, ремонта и т.д., что увеличивает стоимость приобретения.

В отношении помещения проблемы иные. За рубежом врач курирует весь лечебно-диагностический процесс пациентов, находящихся под его наблюдением. Врачу нужен офис для приема пациентов. Врач может иметь

передвижной офис, совмещенный с лабораторией, для выездов, например, в отдаленные или труднодоступные места нахождения пациентов. Врач организует госпитализацию своих пациентов, т.е. аренду для них и для своей деятельности помещений, оборудования, медицинской техники и пр. в стационаре, а также их реабилитацию в реабилитационно-рекреационных центрах. Врач пользуется услугами других врачей (специалистов), лабораторий и т.д., направляя к ним пациентов или материалы для исследований. Тем самым врач распределяет денежные потоки – либо направляя пациента (плательщика), либо сам осуществляя эту функцию от лица плательщика. В качестве хозяйствующих субъектов российские врачи вынуждены этим заниматься также.

При действующей в здравоохранении в настоящее время разрешительной системе лицензирование медицинской деятельности ассоциировано с местом ее осуществления. Это, во-первых, исключает выездную медицинскую деятельность. Во-вторых, на арендуемых площадях это ставит перспективу медицинской деятельности хозяйствующего субъекта в зависимость от усмотрения арендодателя. Понятно, что торговля или игровая деятельность много прибыльнее медицинской, и занимающиеся этой деятельностью арендаторы много выгоднее, чем те, которые занимаются медицинской. Повышение же арендной платы для занимающегося медицинской деятельностью хозяйствующего субъекта обычно равносильно ликвидации: платить ее в повышенном размере он далеко не всегда в состоянии, а продержаться на срок переоформления лицензии в связи с переходом на другие площади ресурсов у него также не хватает. В-третьих, именно на арендатора возлагается обеспечение пригодности занимаемых площадей для медицинской деятельности. Однако таковая предполагает множество специфических требований (от наличия раковины до метража и освещенности комнат), которым соответствует далеко не каждое помещение. Таким образом, привязка к помещению при лицензировании сужает диапазон возможностей оказания медицинской помощи.

2. Проблемы финансирования деятельности врачей в качестве хозяйствующих субъектов.

Врачи в качестве хозяйствующих субъектов должны осуществлять приносящую доходы деятельность. Вне зависимости от того, из каких источников производится оплата их деятельности, они должны получать вознаграждение за свой труд, покрывающее издержки их деятельности и удовлетворяющие их профессиональные и бытовые потребности. Будь то государство, страховая или благотворительная организация, работодатель в пользу работников и т.д. выступает в качестве плательщика за оказываемые врачом медицинские услуги, он должен получать их оплату без оправдания возможностями ее производства. Потому что медицинские услуги в качестве товара имеют себестоимость, которая, если не относится на доходы хозяйствующего субъекта, то относится на его убытки. Врач в качестве

хозяйствующего субъекта не должен за свой счет оплачивать проблемы плательщика.

Если такие проблемы возникают, то – не в сфере оказания, а в сфере оплаты оказываемых врачом в качестве хозяйствующего субъекта медицинских услуг. Следовательно, и разрешение этих проблем находится в платежной сфере. Наличие таких проблем свидетельствует о несостоятельности финансовых институтов, а потому и разрешение этих проблем заключается в исправлении недостатков организации именно финансовых институтов, а не институтов практического здравоохранения.

Это в равной степени относится как к неоплате медицинских услуг, так и к отсроченной их оплате, независимо от того, какова причина задержки с оплатой.

Врач в качестве хозяйствующего субъекта работает по договорам. Договор предусматривает размер оплаты медицинских услуг, порядок, форму и механизм расчетов.

В существующих реалиях прохождения предназначенных для оплаты медицинских услуг средств государственной казны в бюджетном процессе до фондов обязательного медицинского страхования, затем – через сеть посредников (частных медицинских страховых организаций) до их конечного получателя – субъекта оказания медицинских услуг – приводит к задержкам платежей, когда товар (медицинская услуга) получателю предоставлен, а расчеты за него не произведены. В этом случае у неплательщика возникает ответственность должника за пользование чужими денежными средствами вследствие просрочки (ст.395 ГК), в том числе в порядке коммерческого кредита (ст.823 ГК).

Для исключения возможности возникновения долговых обязательств за просрочку платежей расчеты должны производиться в сфере гражданского оборота, а не в бюджетной сфере. Для этих целей предложена банковская трансформация обязательного медицинского страхования³. Как известно, банковские платежи осуществляются на момент предъявления законного требования об оплате.

В настоящее время – в рамках обязательного медицинского страхования – момент предъявления такого требования законодательно не определен. В условиях прямых платежных отношений между плательщиком и исполнителями медицинских услуг (учреждениями здравоохранения) расчеты осуществляются по совокупности за календарный период, а не по факту оказания каждой отдельной медицинской услуги. Врачи в качестве хозяйствующих субъектов позволить себе этого не могут – объемы их персональной деятельности и соответствующие им суммы платежей не таковы, как учреждений здравоохранения, а приуроченные к календарному периоду платежи будут неизбежно мультиплицировать неритмичность

³ Тихомиров А.В. Трансформация парапубличных институтов в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. - № 6. – С.11-18.

финансирования их деятельности, а отсюда – нарушение договорных обязательств перед контрагентами и т.д.

Тем самым момент предъявления законного требования об оплате оказываемых медицинских услуг для врачей в качестве хозяйствующих субъектов приобретает особое значение.

Поскольку государство выступает плательщиком в пользу граждан, немаловажно, соответствует ли денежное пособие плательщика потребностям отдельного гражданина в качестве выгодоприобретателя в медицинском пособии. Денежное пособие может не соответствовать медицинскому пособию: либо плательщик может недоплачивать за оказанные медицинские услуги, либо их исполнитель может допускать неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств перед заказчиком. Денежное пособие может не соответствовать потребностям здоровья пациента, в пользу которого производится оплата. Потребностям здоровья пациента, в пользу которого производится оплата, может не соответствовать и медицинское пособие.

Отдельную проблему в этой связи составляет определение, измерение и оценка медицинской услуги в качестве предмета оплаты. Очевидно, что койко-день, посещение или обследование предметом оплаты в деятельности врачей в качестве хозяйствующих субъектов быть не могут: в свою пользу врач может взимать оплату только собственного предоставления – оказанных им медицинских услуг. В отношении сопутствующих предоставлений пациенту он может выступать не более чем агентом иных хозяйствующих субъектов.

Возникает необходимость в диверсификации в предмете оплаты, во-первых, медицинских и иных, немедицинских, услуг; во-вторых, оказываемых конкретным врачом и иными субъектами медицинской деятельности; в-третьих, собственный продукт потребительского назначения (медицинские услуги) и товары, работы, услуги, относящиеся на себестоимость его производства (поставка).

Поскольку именно себестоимость производства является экономической характеристикой медицинских услуг, детерминирующей их цену, постольку ее расчет возможен только при определенности их параметров.

Поскольку услуга не обладает характеристиками физического, телесного существования и возникает в силу договора, постольку каждая медицинская услуга, оказываемая врачом в качестве хозяйствующего субъекта, должна иметь четкие параметры, установленные договором.

А в силу принципа свободы договора (ст.421 ГК) и услуги разных хозяйствующих субъектов могут различаться в содержании и объеме. Отсюда возникает вопрос о сравнении, сопоставлении в фактическом и платежном выражении медицинских услуг, оказываемых разными врачами в качестве хозяйствующих субъектов.

Таким образом, врачи в качестве хозяйствующих субъектов, осуществляя деятельность в гражданском обороте, нуждаются в таком понимании степени собственной свободы при участии в происходящих в нем процессах, которая

одновременно требует от них необходимой конформности этому обороту, в том числе в отношениях с плательщиком за медицинские услуги, которые должны демонстрировать обоснование цены предмета оплаты.

Если определение, измерение и оценка медицинских услуг как предмета оплаты для врачей в качестве хозяйствующих субъектов важно с позиций их себестоимости и рентабельности собственной деятельности, то для плательщиков – с позиций соответствия размеру оплаты.

В нынешних условиях существования учреждений здравоохранения и государственных внебюджетных фондов оплата медицинских услуг в рамках бюджетного процесса производится в порядке перераспределения средств государственной казны. В условиях бюджетного нормирования несоответствие действительности стоимости продукции учреждений здравоохранения размеру их оплаты особого значения не имеет, поскольку средства государственной казны в гражданский оборот не поступают, находясь в круговороте единой имущественной принадлежности государству.

Если же за счет средств государственной казны оплачиваются предоставления гражданам врачей в качестве хозяйствующих субъектов, не связанных с государством имущественной принадлежностью, как учреждения здравоохранения, то средства государственной казны выходят за пределы бюджетной сферы в гражданский оборот. И размер поступлений в гражданский оборот из казны средств оплаты медицинских услуг гражданам для государства становится значимым. Интересы государства становятся противоположными интересам врачей в качестве хозяйствующих субъектов: оно заинтересовано платить меньше, они – получать больше. Точку отсчета устанавливает равновесная цена, которая складывается в обороте.

Тем самым государство в качестве плательщика в пользу граждан в гражданском обороте не может позволить себе нормировать размер оплаты медицинских услуг. Если тарифы государства не будут соответствовать цене медицинских услуг в гражданском обороте (и потому не будут обеспечивать необходимую рентабельность), некому станет их оказывать гражданам.

Таким образом, с выходом в гражданский оборот государство в качестве плательщика в пользу граждан не ограничивает оборот, а само приобретает ограничения, существующие в обороте.

С позиций пациента важно, чтобы и медицинское, и денежное пособие соответствовали бы потребностям его здоровья. Соответствуют ли друг другу медицинское и денежное пособие – для пациента значения не имеет, но адекватно по объему и содержанию ли оплачивается и оказывается нужная ему по состоянию здоровья медицинская помощь – ему принципиально важно. Потому что если он недополучает необходимой – в силу ли недостаточности финансирования или оказания – медицинской помощи, это отражается вредом на его здоровье.

Отсюда встает весьма острая в настоящее время проблема безопасности пациентов. Вред здоровью пациентов имеет экономическое выражение.

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.

Персональная (уголовная) ответственность врачей в существующей судебной практике относительно редко приводит к реальным срокам, и врачей обычно осуждают условно.

Поэтому в настоящее время нередко случаи безразличного пренебрежения врачами профессиональными обязанностями в ущерб здоровью пациентов. Наиболее часто такое поведение сами врачи объясняют низкой заработной платой, а потому – тем, что за пострадавших от неоказания или несвоевременного оказания ими медицинской помощи некому было ее оплачивать.

В качестве хозяйствующих субъектов врачи каждый индивидуально несут и персональную, и имущественную ответственность за свою – равно хозяйственную и профессиональную – деятельность. Вне зависимости от того, допущен ими ущерб имуществу плательщика или здоровью пациента, малого или большого размера, при осуществлении лечебного или хозяйственного процесса, врачи в качестве хозяйствующих субъектов сами несут ответственность в полном объеме.

Тем самым возникновение имущественной ответственности врача в качестве хозяйствующего субъекта за вред здоровью пациента может не только существенно пошатнуть его экономическое состояние, но и лишить перспективы его хозяйственную деятельность, обременив непосильными долгами. Не в его интересах становится пренебрежение интересами здоровья пациента. Это сразу существенно снижает статистическую частоту причинения вреда здоровью пациентов по вине врачей.

В качестве хозяйствующих субъектов врачи вправе застраховать свою гражданскую ответственность: получая доходы, а не заработную плату, они так же, как и нынешние корпоративные хозяйствующие субъекты, могут оказаться не в состоянии покрыть неподъемную для них ответственность вследствие причинения вреда здоровью пациента. Страхование как малая плата за передачу больших рисков является средством выбора для врачей в качестве хозяйствующих субъектов. Альтернатива – накопление резервного (страхового) фонда⁴ на случай гражданской ответственности собственными

⁴ недостатком собственных резервных (страховых) фондов является то, что составляющие их денежные средства выбывают из процесса воспроизводства, т.е. лежат «мертвым грузом», не создавая добавленной стоимости и тем самым снижая рентабельность

силами – длительна, обременительна и потенциально недостаточна, хотя сочетание обоих вариантов возможно.

Необходимость устранения угрозы безопасности пациентов экономическими мерами стимулирует стремление врачей в качестве хозяйствующих субъектов к постоянному профессиональному совершенствованию. Вместо вменения извне в обязанность наличие сертификата специалиста повышение квалификации становится необходимостью самого врача.

Таким образом, решение имеющей экономическое выражение проблемы безопасности пациентов – дело врачей в качестве хозяйствующих субъектов. В их интересах обеспечить такой уровень своего профессионального мастерства, который минимизирует возможность причинения вреда здоровью пациентов. А страхование гражданской ответственности на этот случай сводит к минимуму вероятность ее наступления – и тем самым связанные с этим убытки как угрозу для хозяйственного состояния врачей в качестве хозяйствующих субъектов. Повышение уровня профессионального мастерства становится ручательством их хозяйственного благополучия.

Решение проблем финансирования деятельности врачей в качестве хозяйствующих субъектов напрямую зависит от того, кто в платежном механизме является носителем платежей.

В настоящее время платежи за оказываемые гражданам медицинские услуги распределяются в бюджетном процессе между главными распорядителями, распорядителями и получателями бюджетных средств, которыми являются учреждения бюджетной сферы. Прохождение средств государственной казны через внебюджетные фонды обязательного медицинского страхования – и через цепь опосредующих государственные платежи медицинских страховых организаций – в учреждения здравоохранения не лишает его свойств бюджетного процесса: распределение этих средств через главных распорядителей, распорядителей до получателей бюджетных средств сохраняется.

В качестве хозяйствующих субъектов пребывая в отраслевом гражданском обороте вне пределов бюджетной сферы, врачи уже не являются участниками замкнутого бюджетного процесса. Как и получатели медицинских услуг, находясь в гражданском обороте, и оплату этих услуг врачи могут получать по правилам такого оборота, а не по правилам бюджетного процесса. В отличие от учреждений здравоохранения врачи в качестве хозяйствующих субъектов не относятся к числу получателей бюджетных средств. Их можно было бы отнести к числу исполнителей государственного заказа, однако они делают возмездные предоставления не государству, а обществу, и в этом смысле государство в отношениях с ними выступает не в публичном качестве политического института и не в гражданском качестве заказчика по государственному заказу в свою пользу, а в гражданском качестве плательщика в пользу граждан. В этом – последнем – качестве оно ничем не отличается от любых иных третьих лиц, производящих в пользу граждан

оплату тех или иных предоставлений, которая и производится в гражданском обороте.

Однако если расчеты с врачами в качестве хозяйствующих субъектов производит плательщик, граждане как получатели медицинских услуг остаются непричастными к платежному механизму, и врачи ориентируются лишь на соответствие платежным требованиям, а не на потребности граждан, которым оказывают услуги.

Таким образом, решение проблем финансирования деятельности врачей в качестве хозяйствующих субъектов зависит также от того, станет ли эффективным механизм оплаты медицинских услуг, оказываемых ими гражданам. А это, в свою очередь, зависит от того, как будут согласовываться платежные обязательства с интересами здоровья граждан.