

Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Разграничение общих и частных отношений органов управления здравоохранением с учреждениями здравоохранения //Главврач. – 2002. - № 11. - С. 18-23.

## РАЗГРАНИЧЕНИЕ ОБЩИХ И ЧАСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ С УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.И.Стародубов, директор ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ  
А.В.Тихомиров, адвокат, член Московской областной коллегии адвокатов, врач

Система здравоохранения унаследовала перекосы и ограничения системного характера, свойственные монополюльной экономике: сплошь дотационную инфраструктуру лечебных учреждений, унитарный тип организации с пирамидальной системой хозяйствования и управления, сейчас порушенной, и характерными для этой системы родовыми признаками стремления к единству и единственности, к усложненной бюрократической структуре<sup>1</sup>.

Устоявшимся является представление, что здравоохранение является системой лечебно-профилактических, противоэпидемических, реабилитационных, медицинских мер, а также учреждений государственной и муниципальной собственности, и имеет отраслевую структуру<sup>2</sup>. Здравоохранение представляется отраслевой системой соответствующих мер и организаций, самодостаточной ведомственно-технологической автономией. Здравоохранение отнесено к отраслям социальной сферы экономики<sup>3</sup> и его предлагается признать – по аналогии с агропромышленным, топливно-энергетическим, военно-промышленным – медико-производственным комплексом<sup>4</sup>.

В таких условиях управление здравоохранением является управлением обособленным отраслевым хозяйством, а здравоохранение признается прежде всего отраслью, более того – отраслью экономики, и еще того более – отраслью социальной сферы экономики

Между тем «демонтаж административно-командной системы устранил монополию государственного руководства экономикой, свойственную хозяйственно-организаторской функции социалистического государства»<sup>5</sup>, упразднив тем самым традиционное устройство отраслевого руководства подведомственными хозяйственными комплексами и размежевав сферу публичного управления с пространством экономического оборота.

Часто употребляемое понятие «управление экономикой» в силу глобальности и неконкретности управляемого объекта вряд ли отвечает его реальному содержанию. Такое понятие отражает скорее дореформенную (советскую) практику централизованного государственного планирования и управления народным хозяйством страны и совершенно неприемлемо для объективного отражения изменившейся роли российского государства и его институциональных воздействий на экономику, по крайней мере в ее структурном смысле<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> Лисицын Ю.П., Акопян А.С. Панорама охраны здоровья. Реструктуризация медицинской помощи и нерешенные вопросы приватизации в здравоохранении. – М., ЦРЧ МЗ РФ, 1998, с.13-14.

<sup>2</sup> Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство. /Ю.П.Лисицын, Н.В.Полунина, К.А.Отдельнова и др. Под ред. Ю.П.Лисицына. – М., 1999, с.321.

<sup>3</sup> Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство. /Ю.П.Лисицын, Н.В.Полунина, К.А.Отдельнова и др. Под ред. Ю.П.Лисицына. – М., 1999, с.655.

<sup>4</sup> Голухов Г.Н., Мешков Н.А., Шиленко Ю.В. Медико-производственный комплекс: современное состояние и перспективы развития. /Под ред. В.К.Леонтьева и В.З.Кучеренко. – М., Алтус, 1998.

<sup>5</sup> Общая теория государства и права. Академический курс в 2-х томах. Отв. ред. проф. М.Н.Марченко. Том 1. Теория государства. – М., Зерцало, 1998, с.200.

<sup>6</sup> Государственное управление: основы теории и организации. Учебник. /Под ред. В.А.Козбаненко. – М., Статут, 2000, с.707.

Публичное управление экономикой стало осуществляться не в порядке руководства ею – и «ни в коем случае не в создании распределительных или запретительных механизмов»<sup>7</sup>, а посредством правового регулирования экономических отношений.

Таким образом, во-первых, публичное управление отделено от экономики; во-вторых, органы публичного управления не осуществляют руководство субъектами экономической деятельности; в-третьих, управление экономикой состоит в регулятивном упорядочении самоорганизующегося экономического оборота.

Здравоохранение *de jure* утратило отраслевое устройство, *de facto* пытаюсь его сохранить или воссоздать. Однако не образует отрасли, как не соответствует действующему законодательству публичное управление, направленное на охват подчинением субъектов экономической деятельности.

Факт отнесения здравоохранения к социальной сфере экономики является также показательным.

Здравоохранение – это функция государства. Функция в теории государства и права означает направление, предмет деятельности того или иного политико-правового института, содержание этой деятельности, ее обеспечение. Именно в этом смысле говорится о функции государства, правительства, министерства, других государственных органов<sup>8</sup>.

Как известно, экономическая и социальная функции государства имеют самостоятельное значение<sup>9</sup>, нетождественны, а во многом и противоположны. Если экономическая функция государства состоит в создании условий для производства и взаимовыгодного перемещения материальных благ от товаропроизводителей к потребителям, то социальная функция государства заключается в создании условий для того, чтобы этими материальными благами могли в качестве потребителей воспользоваться и те, кому в силу разных причин они недоступны. Если экономическая деятельность не составляет часть публичной деятельности государства, то содержание социальной сферы – составляет. Затратный характер содержания социальной сферы не соответствует воспроизводственно-накопительному характеру экономики.

Социальная сфера публичной деятельности государства не относится к экономике как к пространству частной деятельности по свободному товарообмену, а здравоохранение как составляющая социальной функции государства – к социальной сфере экономики.

Здравоохранение является социальным институтом<sup>10</sup>, институтом социальной сферы. В этом качестве его задачей является обеспечение доступа к охране здоровья тех, кто самостоятельно его реализовать не способен, а органы управления здравоохранением при этом выполняют роль органов социального обеспечения. основополагающим отграничительным признаком отношений социального обеспечения является безэквивалентность материального вспомоществования (пособий, компенсационных выплат и т.д.): например, бесплатное или со скидкой получение лекарств по рецептам врачей<sup>11</sup>.

Как институт социальной сферы здравоохранение содержит дома призрения (хосписы) и изоляционные заведения (лепрозории, закрытые инфекционные и психиатрические стационары).

<sup>7</sup> Хропанюк В.Н. Теория государства и права. Учебное пособие для высших учебных заведений. Изд. 2-е, доп. и исправ. /Под ред. В.Г.Стрекозова. – М., ДТД, 1995, 157.

<sup>8</sup> Теория государства и права. Часть 1. Теория государства. – М., Юристъ, 1995, с.142.

<sup>9</sup> Общая теория государства и права. Академический курс в 2-х томах. Отв. ред. проф. М.Н.Марченко. Том 1. Теория государства. – М., Зерцало, 1998, с.201-202; Теория государства и права: Курс лекций. /Под ред. Н.И.Матузова и А.В.Малько. – 2-е изд., перераб. и доп. – М., Юристъ, 2001, с.65-66; и др.

<sup>10</sup> Социальный менеджмент: Учебник. /Под ред. Д.В.Валового. – М., Бизнес-школа «Интел-Синтез», Академия труда и социальных отношений, 1999, с.78.

<sup>11</sup> ст.ст.14-19, 21 Закона РФ «О ветеранах»; ст.4 Закона РФ «О статусе Героев СССР, РФ и полных кавалеров ордена Славы»

Однако здравоохранение как институт социальной сферы не выполняет собой всю область охраны здоровья. В большей части этой области осуществляется экономический оборот, реализация товаров, работ и услуг медицинского назначения.

Участвуют в таком обороте не только частные медицинские организации, но и государственные и муниципальные учреждения здравоохранения – в той мере, в какой получают оплату по сделкам (договорам) за оказываемые медицинские услуги, независимо от того, кто выступает плательщиком за них (фонды ОМС или страховые организации, по ДМС или по платным услугам). Это отношения материально-эквивалентного обмена: товары, работы и услуги являются объектами гражданских прав (ст.128 ГК), свободно отчуждаемыми или переходящими от одного лица к другому иным способом как не изъятые из оборота или не ограниченные в обороте (п.1 ст.129 ГК).

Противоречия п.1 ст.41 Конституции РФ это обстоятельство не содержит, поскольку медицинская помощь предоставляется гражданам бесплатно не потому, что не имеет стоимостного выражения, а потому, что государственному или муниципальному учреждению здравоохранения стоимость такого предоставления будет возмещена за счет соответствующих средств. За оказываемую гражданам бесплатно медицинскую помощь всегда имеется плательщик: в отсутствие средств, за счет которых медицинская помощь оказывается бесплатно для граждан, она не подлежит оказанию. Иными словами, отношения государственных и муниципальных учреждений здравоохранения с гражданами являются безвозмездными потому, что отношения первых с плательщиками являются возмездными и материально-эквивалентными, т.е. имущественными, гражданско-правовыми.

Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения не олицетворяют собой государство в его качестве публичного гаранта: государственные гарантии составляют обязанность публичного гаранта не оказать гражданам медицинскую помощь бесплатно в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, а обеспечить ее финансирование за счет соответствующих средств. Из публичной сферы исходят только материальные средства, а не собственно медицинская помощь.

В этой связи нельзя согласиться с мнением, что медицинская помощь и лечение относится к числу отношений социального обеспечения<sup>12</sup>, и даже если речь идет о медико-социальной помощи (раздел VIII Основ законодательства об охране здоровья граждан), следует дифференцировать социально-обеспечительные отношения безэквивалентного материального вспомоществования и материально-эквивалентные гражданско-правовые отношения.

Таким образом, здравоохранение как институт социальной сферы не выполняет собой область охраны здоровья – она по преимуществу представлена оборотным пространством, в том числе с участием государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

В этой связи применительно к области охраны здоровья правильнее говорить об экономике социальной сферы, а не о социальной сфере экономики. Экономика социальной сферы в области охраны здоровья представлена субъектами права, приобретающими и осуществляющими свои гражданские права своей волей и в своем интересе; свободными в установлении своих прав и обязанностей на основе договора и в определении любых не противоречащих законодательству условий договора (п.2 ст.1 ГК).

Здравоохранение же в области охраны здоровья выступает в качестве не только социального, но и публичного института. И в этом качестве здравоохранение также представляют органы управления здравоохранением, составляя публичный институт управления в области охраны здоровья.

Если здравоохранение как отраслевая система мер и организаций распалась и как отрасль, и как система, а экономика в области охраны здоровья юридически не подчинена

---

<sup>12</sup> Тучкова Э.Г. Право социального обеспечения. Учебно-методическое пособие и нормативные акты о пособиях и компенсационных выплатах. – М., ТЕИС, 1995, с.32; Мачульская Е.Е. Право социального обеспечения: Учебное пособие для ВУЗов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М., Книжный мир, 1999, с.176.

руководству со стороны органов управления здравоохранением, то традиционное рассмотрение в качестве объекта управления систему здравоохранения<sup>13</sup> перестало соответствовать реальности.

Предметом публичного управления в современных условиях признается управление экономическими и социальными процессами<sup>14</sup>. Процессы, происходящие в соответствующей области общественной жизни, а не объекты имущества и тем более – не субъекты деятельности, являются объектами управленческого воздействия.

Таким образом, объектами управления здравоохранением являются происходящие в области охраны здоровья процессы общественной жизни.

Социальные и экономические процессы в области охраны здоровья происходят по поводу человеческого здоровья, т.е. их результат имеет социальное значение и придает здравоохранению в целом социальный характер (экономические последствия охраны здоровья для здравоохранения значения не имеют как проявляющиеся вне области охраны здоровья).

Учитывая социальный характер здравоохранения, публичное управление здравоохранением призвано осуществлять направление течения происходящих в области охраны здоровья социальных процессов, чтобы они приводили к улучшению состояния здоровья граждан.

Однако область охраны здоровья представлена пространством экономического оборота. Экономический оборот, даже если он складывается по поводу здоровья, ориентирован на взаимовыгодный товарообмен, обмен имущественными выгодами.

Поэтому управление социальными процессами в экономическом пространстве области охраны здоровья сводится к управлению имущественными выгодами.

В обороте имущественных выгод в области охраны здоровья экономические процессы должны выражаться социальным результатом. Публичное управление этими процессами заключается не во властном понуждении субъектов здравоохранительной деятельности к достижению этого результата, а в создании для них экономически привлекательных условий, побуждающих его достичь<sup>15</sup>. Этим целям служит организация публичных (государственных и муниципальных) заказов, конкурсов и других мероприятий, в том числе совместных с другими государственными органами и органами местного самоуправления по формированию ценовых, налоговых, инвестиционных и иных механизмов повышения экономического интереса к зонам социального упадка.

Как публичный институт управления социальными процессами в области охраны здоровья управление здравоохранением охватывает все пространство отношений по поводу здоровья и всех субъектов здравоохранительной деятельности, включая частные медицинские организации наряду с учреждениями здравоохранения.

Таким образом, управление здравоохранением как управление социальными процессами является общим, т.е. распространяющимся на всю область охраны здоровья. Для целей общего управления, управления социальными процессами в области охраны здоровья не имеют значения различия субъектов здравоохранительной деятельности. При осуществлении общего управления перед ним равны субъекты здравоохранительной деятельности независимо от их имущественной принадлежности – в Российской Федерации признаются и защищаются равным образом частная, государственная, муниципальная и иные формы собственности (п.2 ст.8 Конституции РФ).

Органы управления здравоохранением, однако, выступают не только в качестве органов публичного управления социальными процессами в области охраны здоровья.

---

<sup>13</sup> Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство. /Ю.П.Лисицын, Н.В.Полунина, К.А.Отдельнова и др. Под ред. Ю.П.Лисицына. – М., 1999, с.683.

<sup>14</sup> Государственное управление: основы теории и организации. Учебник. /Под ред. В.А.Козбаненко. – М., Статут, 2000, с.707.

<sup>15</sup> Тихомиров А.В. Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг. – М., Статут, 2001, раздел 4, с.165-201.

Выступая от лица публичного субъекта (либо государства, т.е. Российской Федерации или субъекта Российской Федерации, либо муниципального образования), органы управления здравоохранением находятся в отношениях с учреждениями здравоохранения по поводу имущества, в имущественных отношениях. Это – отношения управления имуществом.

Отношения управления имуществом, в которых состоят органы управления здравоохранением и учреждения здравоохранения, никак не связаны с управлением социальными процессами в области охраны здоровья. Эти отношения не являются публичными. Публичный субъект, от лица которого выступают органы управления здравоохранением, выступает в них в гражданско-правовом качестве собственника. Поэтому такие отношения являются частными и ограничены по находящимся в них субъектам и объектам. Управление имуществом публичного собственника также является частным.

В отличие от общего управления, управления социальными процессами в области охраны здоровья, частное управление, управление имуществом публичной принадлежности, на основе которого осуществляют здравоохранительную деятельность учреждения здравоохранения, имеет не социальную, а экономическую цель, цель экономически оправданного употребления имущества

Публичный субъект как учредитель в отношении учреждения проявляет свойства аффилированного лица. Категория аффилированного лица употребляется применительно к субъектам предпринимательства (ст.4 Закона РФ «О конкуренции и ограничении монополистической деятельности на товарных рынках»), и применима к учреждениям здравоохранения постольку, поскольку они осуществляют деятельность вне пределов сметы собственника, т.е. по сделкам с третьими лицами (в качестве предпринимательской – п.3 ст.50 ГК – приносящую доходы деятельность по созданию имущества, поступающего в самостоятельное распоряжение учреждения – п.2 ст.298 ГК) – по ОМС, ДМС и платным медицинским услугам.

Понятие аффилированного лица включает отношения не столько имущественной, сколько управленческой зависимости между субъектами, подразумевающей ту или иную степень воздействия на деятельность органов управления юридического лица и на само юридическое лицо<sup>16</sup>, т.е. аффилиативной (управленческой) связи.

Известны варианты управления учреждением<sup>17</sup>:

1. Собственник (учредитель) непосредственно осуществляет управление учреждением.

При этом собственник одновременно осуществляет функции как высшего, так и исполнительного органа.

2. Собственник (учредитель) является высшим органом управления учреждением, а исполнительный орган (коллегиальный или единоличный) назначается собственником.

3. Собственник (учредитель) формирует высший и исполнительные органы управления учреждением, не принимая непосредственно участия в управлении, и осуществляет при этом права на имущество учреждения.

Независимо от выраженности аффилиативной связи, в отношениях с третьими лицами участвует учреждение, а не аффилированное лицо.

Аффилиативная связь тем слабее, чем более учреждению предоставлена хозяйственная автономия, чем более учреждению свойственно хозяйственное самоопределение, чем более учреждение представляет собой самостоятельную хозяйственную единицу, и наоборот.

Выраженностью аффилиативной связи определяется мера участия и мера ответственности аффилированного лица в последствиях экономической деятельности учреждения.

<sup>16</sup> Гражданское право. Словарь-справочник. – М., 1996, с.31.

<sup>17</sup> Дрокин О.Г., Игнатенко А.А., Изотова С.В., Мовчан С.Н., Невменова Н.С. Некоммерческие фонды и организации. Правовые аспекты. – М., ФилинЪ, 1997, с.86.

Поскольку экономическая деятельность учреждений здравоохранения ориентирована на достижение имущественного результата (получение имущественных выгод), постольку имущественное управление со стороны органов управления здравоохранением деятельностью учреждений здравоохранения направлено на те же ориентиры, представляя собой участие в их достижении в той мере, в какой выражена аффилиативная связь.

Однако и риски от экономической деятельности учреждений здравоохранения носят имущественный характер и ложатся на собственника, от лица которого действуют органы управления здравоохранением. Соответственно, чем более выражена аффилиативная связь, тем больше степень ответственности по этим рискам органов управления здравоохранения и тем меньше – учреждений здравоохранения.

Таким образом, общее управление в области охраны здоровья и частное управление имущественной сферой учреждений здравоохранения органами управления здравоохранением имеют существенные различия в объектах и субъектах, а также по предмету и методу.

Подытоживая сказанное, можно сделать следующие выводы:

1) При осуществлении функций управления здравоохранением необходимо различение и разграничение сферы управления социальными процессами в области охраны здоровья и сферы управления хозяйствованием учреждений здравоохранения.

2) Управление социальными процессами как осуществляемое в экономическом пространстве области охраны здоровья носит организационно-финансовый (не административный) характер.

3) Предпочтения или протекционизм в отношении учреждений здравоохранения при осуществлении органами управления здравоохранением общего управления являются противоправными.

4) Перенос на учреждения здравоохранения в их экономической деятельности социальных обязанностей органов управления здравоохранением не является фактически и юридически обоснованным.

5) Спрос органами управления здравоохранением с учреждений здравоохранения подлежит осуществлению по имущественным результатам их деятельности.

6) Органы управления здравоохранением в зависимости от выраженности аффилиативной связи с учреждениями здравоохранения разделяют последствия их экономической деятельности.

7) По мере ослабления аффилиативной связи с органами управления здравоохранением увеличивающаяся хозяйственная самостоятельность учреждений здравоохранения должна сочетаться с минимизацией ими обусловленных ею имущественных рисков публичного собственника.