

УДК 614.251 : 368.9.06

А.В. Калинин¹, А.А. Гибатулин², И.П. Шевченко³

Реализация территориальной программы государственных гарантий как модель государственно-частного партнерства в здравоохранении. Правовые аспекты и перспективы

¹НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Г.П. Сомова, г. Владивосток

²ООО «Клиника лечения боли», г. Владивосток

³Тихоокеанский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Владивосток

Контактная информация: А.В. Калинин, e-mail: kalinindza@mail.ru

Резюме

Рассмотрены правовые аспекты и проблемы участия частных медицинских организаций в реализации Территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет средств системы обязательного медицинского страхования как одной из форм государственно-частного партнерства в Российской Федерации.

Ключевые слова: государственно-частное партнерство, обязательное медицинское страхование, договор, гражданско-правовые отношения

A.V. Kalinin¹, A.A. Gibatulin², I.P. Shevchenko³

The implementation of territorial programs of state guarantees as a model of public-private partnerships in health care. Legal aspects and prospects

¹Institute of Epidemiology and Microbiology named GP Luba, city Vladivostok

²LLC "Clinic treatment of pain," Mr. Vladivostok

³Vladivostok State Medical University of Ministry of Health of Russia, Vladivostok

e-mail: kalinindza@mail.ru

Summary

Examines the legal aspects and issues of the plight of private medical organizations in the implementation of Territorial programs of state guarantees of free rendering to citizens of medical care at the expense of the compulsory health insurance system as a form of public-private partnership in the Russian Federation.

Key words: Public-private partnership, compulsory health insurance, contract, civil-legal relations

Введение

Распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р утверждена [Кон-](#)

[цепция](#)

долгосрочного

социально-

экономического развития России на период до 2020 года. В [документе](#) отмечено, что дей-

«Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России» 2016 №4

<http://www.fesmu.ru/voz/20164/2016406.aspx>

существующая система здравоохранения не обеспечивает достаточность государственных гарантий медицинской помощи, ее доступность и высокое качество. В последние годы государством сделаны существенные инвестиции в здравоохранение. Которые сопровождались масштабными и эффективными организационными и финансово-экономическими мероприятиями, однако и они не позволили значительно улучшить ситуацию. Отставание уровня развития российского здравоохранения от уровня развитых стран значительно сильнее, чем во многих других ключевых отраслях экономики.

Основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года провозглашено формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки. Реализация этой цели предполагает решение приоритетных задач, одной из которых является: создание условий для участия медицинских организаций различных организационно-правовых форм в обязательном медицинском страховании.

Президент Российской Федерации В.В.

Путин в своем Послании Федеральному Собранию от 04.12.2014 года отметил, что «гражданина не должно заботить, где он получает социальную услугу - в государственной, муниципальной, частной организации. Его право - обратиться к тем, кто будет работать профессионально, с душой, с полной отдачей. Все остальное, включая решение технических, организационных, юридических вопросов предоставления социальных услуг, - это обязанность государства, обязанность организовать соответствующим образом работу» [1].

При этом Президент РФ особенно придал значение участию частного сектора в социальной сфере, а именно: «Мы должны исключить дискриминацию негосударственного сектора в социальной сфере, убрать для него все барьеры. Подчеркну: не только законодательные, которые в основном сняты, но и те, что еще сохраняются, имею в виду организационные, административные. Нужно обеспечить равный доступ негосударственного сектора к финансовым ресурсам» [2], в том числе и в сфере здравоохранения.

Задача устранения диспропорций в конкуренции между государственными и частными поставщиками медицинских услуг закреплена в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года [3]. Однако в России пока не существует достаточного нормативного обеспечения подобного взаимодействия.

16 декабря 2014 года Протоколом заседания у Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец были утверждены «Предложения по новым подходам к реализации государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения» [4].

Для реализации поставленных задач Агентством стратегических инициатив разработана и в настоящее время проходит соответствующие процедуры согласования дорожная карта «Поддержка доступа негосударственных организаций к предоставлению услуг в социальной сфере» [5], призванная способствовать увеличению количества негосударственных участников рынка в социальной сфере в целях повышения качества оказываемых услуг и оптимизации бюджетных расходов.

Государственно-частное партнерство (далее – ГЧП) в настоящее время в России является одним из наиболее предпочтительных способов реализации инфраструктурных проектов в общественно значимых сферах экономики. С позиции частного сектора, участие в проектах ГЧП не только в первом приближении обеспечивает гарантированное получение прибыли, но и способствует повышению рейтинга, поскольку свидетельствует об их добросовестности и надежности как партнеров на рынке.

Центром развития ГЧП, при поддержке

Торгово-промышленной палаты Российской Федерации проведен сравнительный анализ рейтинга регионов Российской Федерации по уровню развития ГЧП. Согласно официальных данных Приморский край в 2015 году занимал 37 место в рейтинге в сравнении с 76 местом в 2013 году, увеличение показателей составило 20,0 % [6]. Приведенные статистические данные свидетельствуют о реальной заинтересованности среднего и малого бизнеса в развитии государственно – частного партнерства на территории Приморского края.

Обсуждение результатов

Конституцией Российской Федерации, пунктом 2 статьи 41 регламентировано, что в Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения. [7]. Данная норма права дала возможность развития ГЧП в сфере здравоохранения в современной России.

Еще в 2001 году Президент Российской Федерации в своём бюджетном послании Федеральному Собранию поставил задачу развития нормативно – правовых актов в сфере ГЧП: «В ближайшие годы в России должна быть сформирована новая модель экономического роста, основанная в значительной степени на частной инициативе, постоянных инновациях, эффективной системе предоставления публичных услуг, качественной финансовой и

Реализация территориальной программы государственных гарантий как модель ...
производственной инфраструктуры» [8].

При этом Президент РФ в качестве одного из ключевых направлений также отметил «необходимость расширения применения механизмов ГЧП при реализации инвестиционных проектов модернизации производства и внедрения инноваций».

В 2011 году дальнейшему развитию и успешной реализации проектов на основе ГЧП препятствовала недостаточная проработанность правовых основ осуществления такой деятельности, в том числе на региональном уровне.

Более того, до 01.01.2016 года понятие «государственно-частное партнерство» не было определено ни одним нормативно-правовым актом федерального уровня, хоть и упоминается в них. Федеральный закон от 13.07.2015 № 224-ФЗ "О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации" дал следующее определение – ГЧП - юридически оформленное на определенный срок и основанное на объединении ресурсов, распределении рисков сотрудничество публично-го партнера, с одной стороны, и частного партнера, с другой стороны, которое осуществляется на основании соглашения о ГЧП, заключенного в соответствии с настоящим Федеральным законом в целях привлечения в экономику частных

инвестиций, обеспечения органами государственной власти и органами местного самоуправления доступности товаров, работ, услуг и повышения их качества [10].

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации также приступили к формированию собственной нормативной правовой базы в сфере ГЧП. Одними из первых такой закон приняли в Томской области и Санкт-Петербурге, что было воспринято в экспертном сообществе как весьма значительное событие. По данным на 1 марта 2015 года региональные законы об участии субъекта в ГЧП приняты в 68 субъектах Российской Федерации [12]. В Приморском крае Законодательным Собранием Приморского края 28.01.2015 года был принят Закон Приморского края от 04.02.2015 N 548-КЗ "Об участии Приморского края в проектах государственно-частного партнерства".

Однако в большинстве случаев их оценивают как декларативные и неприспособленные к практическому применению [13].

Специалистами справедливо отмечается несовершенство региональных законов о ГЧП. В частности указывается, «что такие законы не учитывают опыта реализации федеральных государственно-частных проектов и сложностей, возникших в ходе применения существующей нормативной базы; не охватывают значительного количества инструментов, которые действительно интересны региональным и национальным инвесторам; имеют невысокий уровень юридической техники, что

приводит к коллизиям с нормами федерального законодательства; основаны на неверном представлении о реальном содержании различных ГЧП-инструментов, потому носят откровенно декларативный характер» [14].

Сложность разработки регионального закона о ГЧП, который был бы лишен всех вышеперечисленных недостатков, заключалась в отсутствии единого законодательного акта, регулирующего вопросы ГЧП на федеральном уровне.

Так, в соответствии с Конституцией РФ, гражданское законодательство находится в исключительном ведении Российской Федерации. Законодательство же субъектов Федерации не должно противоречить Конституции РФ и федеральным законам, а поскольку механизмы государственно-частного партнерства находятся, в том числе, в гражданско-правовой плоскости отношений, то при разработке регионального закона следует очень внимательно относиться к его содержанию, чтобы оно не выходило за пределы допустимого нормотворчества на уровне субъекта.

С 1 января 2016 года вступил в силу федеральный закон от 13 июля 2015 года № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Рос-

сийской Федерации». Принятие закона о ГЧП вместе с усовершенствованным концессионным законодательством создает эффективный инструментарий привлечения частного сектора к развитию публичной инфраструктуры.

Основными нормативно-правовыми актами для интеграции частной системы здравоохранения в реализацию территориальной программы государственных гарантий по системе ОМС являются:

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 14.12.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 14.12.2015) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";
- Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 (ред. от 17.11.2015) "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов".

Наиболее приемлемой формой участия частных клиник в бесплатном обслуживании населения является их интеграция в систему ОМС, тем более, что поэтапное реформирование системы ОМС и здравоохранения предусматривает возможность вхождения частных медицинских организаций в систему обязательного медицинского страхования начиная с 2012 года. Для вхождения в систему ОМС частные медицинские учреждения должны по-

дать уведомление о своем желании работать в системе ОМС в территориальный фонд обязательного медицинского страхования [15].

Но, несмотря на это, пока частная медицина слабо интегрируется в ОМС. Это может быть объяснено рядом причин:

- коммерческие медицинские организации, как правило, рассматривают работу в системе ОМС как неэффективную составляющую своей деятельности, и связано это с тем, что за счет средств обязательного медицинского страхования обычно возмещаются только основные статьи расходов (сюда не входят затраты по содержанию зданий, приобретению и обслуживанию оборудования т. п.);

- негосударственные клиники предпочитают наличные деньги;

- некоторые руководители частных организаций открыто заявляют, что не хотели бы смешивать состоятельных пациентов и пациентов, которые привыкли получать бесплатную помощь;

- работники негосударственных медицинских организаций считают расценки ОМС на дорогостоящие исследования заниженными на 20–30% от рыночной стоимости;

- зависимость от выделения объемов (государственного заказа) на оказание медицинской помощи застрахованному населению;

- отсутствие системы обучения по работе с отчетностью ТФОМС.

Необходимо учитывать эти проблемы при стимулировании участия частного бизнеса в системе обязательного медицинского страхования, целесообразно принятие дорожной карты, целью которой является расширение участия негосударственного сектора экономики в оказании социальных услуг. В качестве задач, проект дорожной карты должен регламентировать:

- увеличение доли негосударственных организаций: коммерческих и некоммерческих при оказании услуг в социальной сфере;

- развитие системы поддержки социально-ориентированных некоммерческих организаций и организаций социального предпринимательства;

- развитие механизмов государственно-частного партнерства в социальной сфере.

Необходимо совершенствование федерального законодательства и приведение в соответствие с ним регионального законодательства Российской Федерации, так как необходима правовая регламентация участия коммерческих учреждений в государственно-частном партнерстве в социальной сфере, в частности в системе здравоохранения. Отношения, возникающие в государственно – частном партнерстве в системе здравоохранения имеют три стороны. Третьим участником отношений являются люди (пациент – потребитель услуги), именно он является главным спонсором государственно-частного партнер-

ства в системе здравоохранения. Если посетитель (пациент) остается недовольным оказанными услугами, доступностью, качеством и т.д. он не придет в данное медицинское учреждение, а соответственно и финансирование будет целевым в медицинское учреждение, удовлетворяющие потребностям потребителя услуги (пациента) по их качеству и доступности.

В федеральном законодательстве, за исключением концессионных соглашений, не предусмотрено специальное правовое регулирование договорных форм ГЧП. Вместе с тем в мировой практике распространены соглашения, согласно которым право собственности на объекты, обусловленные такими соглашениями, может сохраняться за частным партнером, предусматривается возможность прямого участия в соглашении финансирующей организации, сторонам предоставляются широкие возможности для выбора правовых средств, позволяющих обеспечить распределение рисков.

Как известно, гражданское законодательство позволяет заключить договор, как предусмотренный, так и не предусмотренный законом или иными правовыми актами, что позволяет сторонам заключать соглашения о ГЧП в отсутствие специального правового регулирования таких соглашений в федеральном законодательстве. С 2006 года в

субъектах Российской Федерации принимаются законы, касающиеся вопросов осуществления ГЧП в регионах. В таких законах субъектов Российской Федерации нередко предусматривается возможность заключения соглашений о ГЧП для случаев, когда целей ГЧП не позволяет достигнуть заключение концессионного соглашения. Начала набирать практику реализации подобных соглашений. [16]

Вместе с тем при отсутствии специального правового регулирования соглашений о ГЧП в федеральном законодательстве сохраняется значительный риск признания их ничтожными. Например, решением Арбитражного суда Кировской области по делу № А28-10757/2012 организация и проведение конкурса, а также заключение по его итогам соглашения о ГЧП по ремонту автомобильных дорог были признаны нарушением антимонопольного законодательства.

Содержание прав и обязанностей сторон соглашения о ГЧП, наличие общественно значимой цели заключения таких соглашений позволяют считать соглашение о ГЧП самостоятельным гражданско-правовым договором, относящимся к непоименованным договорам.

По справедливому утверждению В.Ф. Яковлева, "договор служит средством координации инициативных правовых действий участников гражданских правоотношений" [17]. Классик российской цивилистики К.П. Победоносцев писал, что "предметом согла-

шения должно быть юридическое отношение, имеющее интерес; лишь при этом условии договор входит в сферу юридических отношений, получает юридическое значение и обязательную силу.

Для того чтобы составилось понятие о договоре, необходимо, чтобы каждая сторона была лично заинтересована тем юридическим отношением, о котором происходит соглашение"[18].

Соглашение о ГЧП призвано упорядочить действия публичного партнера, направленные на достижение его интереса, имеющего общественно значимый характер и выражающегося в обеспечении потребности населения в тех или иных товарах, работах или услугах, и действия частного партнера, направленные на получение дохода от осуществления деятельности, предусмотренной соглашением.

Соглашение о ГЧП предполагает множество вариантов взаимодействия его сторон для достижения их интересов. В литературе достаточно широкое распространение получила классификация моделей взаимодействия партнеров при реализации проектов ГЧП, критериями в которой выступают, во-первых, характер деятельности частного партнера в рамках соглашения о ГЧП, во-вторых, разграничение права собственности частного и публичного партнера на объект такого соглашения [19].

Государственная система ОМС представляет собой политико-экономический компромисс (а в ряде случаев гибрид) 2-х систем: системы *государственной медицинской помощи* и системы *частноправовых медицинских и страховых услуг*.

Первый тип системы обеспечивает всеобщность и доступность помощи всем гражданам государства. Второй тип обеспечивает возможность поиска и получения качественных медицинских услуг любым человеком.

По этой причине в ОМС совмещены принципы государственного управления (ряд решений принимают Фонды ОМС и органы управления здравоохранением) с контролируемыми ценами (тарифы на услуги), с конкуренцией производителей (ЛПУ и частнопрактикующие врачи) и поставщиков (страховые медицинские организации) медицинских услуг. Все процессы, развивающиеся в системе, находятся под реальным правовым контролем нескольких субъектов. Сами застрахованные имеют права, в принятиях решений по тарифам участвуют страхователи работающего и неработающего населения, представители медицинского профессионального сообщества (ассоциации медицинских организаций, профессиональные медицинские ассоциации), представители страхового сообщества (ассоциации страховых медицинских организаций). Сбалансированность интересов обеспечивает и то, что система обязательного медицинского страхования не входит в систему здравоохранения. У нее свои принципы управления (до-

говорные) и свои финансовые источники (страховые средства). В ней учреждения здравоохранения являются одним из субъектов и решают задачу продажи качественных и заранее заказанных услуг.

Развитие системы ОМС имеет очевидные перспективы, учитывая зарубежный опыт и планы Правительства РФ по улучшению медицинского обслуживания населения. На это указывают и последние нововведения в здравоохранении: приоритетный национальный проект "Здоровье", включающий развитие диспансерной помощи населению, дополнительное лекарственное обеспечение, Программа «Модернизации здравоохранения». Можно без преувеличения сказать, что ОМС в настоящее время представляет собой наиболее массовый вид страхования и является основной формой социальной защиты населения в сфере охраны здоровья.

Центральное место в системе страховой медицины занимает договор ОМС как основной акт, порождающий юридические права и обязанности субъектов страхования. В этой связи многие авторы небезосновательно относят ОМС к разряду социального страхования. Применительно к ОМС обеспечение социальных гарантий можно конкретизировать следующим образом: обеспечить всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарствен-

ной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программам ОМС.

Одним из главных условий реализации обозначенных гарантий является обеспечение постоянного источника финансирования системы здравоохранения. В связи с переходом системы финансирования здравоохранения от административных методов к гражданско-правовым, возникла необходимость обеспечения их надлежащего правового регулирования. В соответствии с общепризнанными нормами гражданского права отношения между субъектами гражданских правоотношений строятся на основании договора. В связи с этим в новой схеме финансирования здравоохранения требовалось разработать целую систему договорных отношений, причем за образец была взята признанная во многих странах система страховой медицины. Необходимо отметить, что такую систему нельзя назвать страховой в классическом смысле этого слова. Ряд авторов высказывает мнение, что она вообще не относится к страхованию как к таковому. С подобными доводами трудно согласиться. Страховая медицина в РФ, безусловно, подчиняется общим принципам страхового права, однако относится к особому виду страхования - социальному.

В связи с заключением договора ОМС возникает обязанность страхователя по уплате страховых взносов, обязанность страховщика по организации и финансированию предоставления медицинской помощи застрахованному,

а следовательно - обязанность оформить договорные отношения с ЛПУ. Одновременно возникает обязанность территориального фонда ОМС заключить договор финансирования страховой медицинской организации при наличии у нее договоров со страхователями и ЛПУ. Возникают права страхователя и застрахованного лица на предъявление требования к страховой медицинской компании.

Субъектная схема договорных отношений в системе ОМС выглядит следующим образом.

Страхователь. В силу требования ст. 9 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» страхователи работающего и неработающего населения, обязаны уплачивать страховые взносы, которые аккумулируются в Территориальном фонде ОМС. В силу требований этой же статьи они обязаны заключить договор страхования в пользу своих работников (либо неработающего населения) с любой лицензированной для работы в ОМС на этой территории страховой компанией.

Страховая компания (она же страховая медицинская организация - СМО, она же страховщик). При предъявлении договоров страхования и списков застрахованных заключает договор о финансировании ОМС с Территориальным фондом ОМС. В соответствии с этим договором фонд ежемесячно переводит в

СМО финансовые средства, предназначенные для оплаты оказанных застрахованным услуг и 2% на ведение дела. В соответствии с этим договором СМО обязуется:

- организовать медицинскую помощь застрахованным, заключив с ЛПУ договоры;
- оплатить услуги, оказанные ЛПУ застрахованным при страховых случаях;
- проконтролировать качество оказанных услуг;
- обеспечить защиту прав и законных интересов застрахованных при получении медицинских услуг.

Территориальный фонд в рамках данного договора имеет право проводить проверки деятельности СМО.

Лечебно-профилактическое учреждение. СМО заключают с ЛПУ договор оказания возмездных медицинских услуг. Этот договор заключается между СМО и ЛПУ в пользу третьего лица (застрахованного). В соответствии с нормами гражданского права (ст. 430 ГК РФ) застрахованный, как третье лицо в договоре, обладает равными со СМО правами требовать от ЛПУ выполнения обязательств. В соответствии с этим договором ЛПУ обязуется:

- оказать обратившимся или направленным в него застрахованным гражданам медицинские услуги надлежащего качества;
- при невозможности оказать застрахованным медицинские услуги надлежащего качества направить пациента в другое ЛПУ системы ОМС;

- обеспечить СМО возможность проведения экспертизы качества медицинской помощи;

- осуществлять иные, предусмотренные договором сторон мероприятия.

В отличие от договоров между страхователем и СМО и от договоров между СМО и Территориальным фондом ОМС, форма и условия которых установлены в законодательстве (так называемые *типовые договоры*), договор между СМО и ЛПУ не является типовым, а относится к обычным договорам возмездных медицинских услуг, в которых стороны вправе сами оговорить любые, не противоречащие законодательству условия. Минимум требований к этому договору законодатель указал в ст. 23 Закона «О медицинском страховании граждан в РФ» где сказано, что этот договор должен содержать: наименование сторон, численность застрахованных, виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), стоимость работ и порядок расчетов, порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств, ответственность сторон.

На эти детали договорных отношений внимание обращено для того, чтобы показать, что у ЛПУ есть реальные договорные механизмы, позволяющие не только не страдать экономически от задержек платежей со стороны СМО, но

даже дающие возможность выставлять условия (пени, штрафы), в соответствии с которыми СМО в случае просрочек платежей придется в адрес ЛПУ перечислять деньги с любыми установленными сторонами процентами. Введение такого требования в договор между СМО и ЛПУ не противоречит законодательству и направлено на защиту интересов учреждения, его работников, пациентов.

Наблюдение за практикой договорной работы ряда руководителей ЛПУ показывает, что они с легкостью идут на подписание договоров, предложенных СМО, а после этого сетуют на то, что не могут найти управу на недисциплинированного плательщика.

В системе ОМС отсутствуют иерархические отношения, нет вертикального или горизонтального подчинения. Фонд ОМС не может прямо воздействовать на медицинское учреждение или СМО. Департамент здравоохранения не может давать обязательных для исполнения указаний, заданий или поручений страховой организации или частной медицинской организации. Все субъекты равноправны и связаны договорами. Именно договорные отношения участников системы ОМС Российской Федерации делают систему здравоохранения России уникальной.

Отсутствие приказных отношений и вертикали власти не означает бесконтрольности. Все субъекты обязаны исполнять действующее законодательство и условия подписанных ими договоров. Если кто-то из участников договора нарушает свои обязанности –

действует система договорных штрафов и пеней. Разногласия сторон не урегулированные мирным путем разрешаются третейским или арбитражным судом. Если нарушения договорной дисциплины или законодательства повторяются – с нарушителем другие субъекты системы могут расторгнуть договоры, отказаться их заключать на очередной финансовый год, при необходимости обратиться в надзорные органы для отзыва лицензии.

Таким образом, установление всех прочих договорных отношений в системе ОМС напрямую зависит от заключения договора ОМС. Вместе с тем в современной научной литературе проблемы договора ОМС освещаются явно недостаточно. Д.М. Селуянов справедливо отмечает, что договорные отношения в системе ОМС "...урегулированы с существенными недостатками, а договоры обязательного медицинского страхования пока не были предметом серьезного исследования". Легальное определение, содержание и форма договора ОМС предусмотрены ст. 4 Закона о медицинском страховании.

Договор ОМС относится к числу двусторонних сделок. Он в обязательном порядке заключается в письменной форме. Нарушение данного требования влечет в силу ч. 2 п. 1 ст. 940 Гражданского кодекса РФ (далее - ГК РФ) недействительность страховой сделки. Сторонами договора ОМС являются страхователь и

СМО. Предметом договора является уплата страхователем страховых взносов, а также организация и финансирование страховой медицинской организацией предоставления застрахованным гражданам медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам ОМС. Поскольку целью заключаемого договора является предоставление застрахованным гражданам медицинской помощи, то необходимо определить правовое положение застрахованных в данном договоре.

Застрахованным по договору ОМС может быть любое физическое лицо. Застрахованными являются граждане РФ (ст. 6 Закона о медицинском страховании), лица без гражданства (ст. 7 Закона о медицинском страховании), иностранные граждане, постоянно проживающие на территории РФ (если иное не установлено международным договором) и иностранные граждане, временно находящиеся на территории РФ (ст. 8 Закона о медицинском страховании). Кроме того, установленное Законом о медицинском страховании правовое регулирование позволяет также квалифицировать договор ОМС как публичный договор.

Не являясь стороной договорного соглашения, застрахованные в соответствии со ст. 27 Закона о медицинском страховании получают самостоятельное право предъявлять требования к СМО по заключенному договору за невыполнение условий договора ОМС, а в соответствии со ст. 6 Закона о медицинском страховании - право на предъявление иска к

СМО независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования.

Таким образом, застрахованные, получая самостоятельное право требования, становятся субъектом обязательственного правоотношения, возникающего на основании заключенного договора ОМС. Именно такую ситуацию предусматривает ст. 430 ГК РФ, регулирующая договоры в пользу третьих лиц.

Страхователем по договору ОМС является лицо, уплачивающее страховые взносы. Закон о медицинском страховании подразделяет страхователей на две группы (ст. 2 Закона о медицинском страховании): страхователи работающего населения (юридические и физические лица) и страхователи неработающего населения (органы исполнительной власти и органы местного самоуправления). В соответствии с действующим законодательством органы исполнительной власти перечисляют средства на ОМС неработающего населения в объемах, гарантирующих предоставление медицинских услуг указанной категории граждан в рамках Территориальной программы ОМС, являющейся составной частью Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Страхователи работающего населения обязаны уплачивать страховые

взносы в бюджет в составе единого социального налога или иного подобного налога по ставкам.

Фактически контроль за уплатой страховых взносов осуществляется Федеральной налоговой службой и ТФОМС.

Обращает на себя внимание двойственность страховых взносов, уплачиваемых страхователями работающего населения: с одной стороны, они являются способом исполнения договора ОМС, а с другой - налоговым бременем. Обязанность уплачивать страховые взносы (а фактически - единый социальный налог или иной подобный налог в части, подлежащий зачислению в бюджеты фондов ОМС) возникает у страхователя работающего населения независимо от того, заключен им договор ОМС или нет. Эту позицию подтверждает и складывающаяся арбитражная практика, согласно которой действующим законодательством обязанность уплаты единого социального налога в части, зачисляемой в бюджеты фондов ОМС, не ставится в зависимость от заключения работодателем договора ОМС.

Действительно, сама возможность не уплачивать в подобном случае страховые взносы нарушала бы принцип индивидуальной безвозмездности налогового бремени, установленный п. 1 ст. 8 Налогового кодекса РФ (далее - НК РФ). Необходимо также отметить тот факт, что страхователи работающего населения обязаны уплачивать страховые взносы не непосредственно страховщику, а в бюджет

в составе единого социального налога или иного подобного налога.

Страховщиком может быть только юридическое лицо, осуществляющее медицинское страхование на основании специального государственного разрешения (лицензии) на право заниматься медицинским страхованием по оказанию услуг, которые такая организация по характеру своей деятельности должна осуществлять в отношении каждого, кто к ней обратится; цена услуг, а также иные условия публичного договора устанавливаются одинаковыми для всех потребителей. В случаях, предусмотренных законом, Правительство РФ может издавать правила, обязательные для сторон при заключении и исполнении публичных договоров (ст. 426 ГК РФ). Следует согласиться с тем, что договор ОМС в полной мере удовлетворяет всем этим требованиям. Изложенное находит свое подтверждение и в арбитражной практике.

Таким образом, в настоящее время законодательство в сфере ОМС, в т. ч. регулирующее положения договора ОМС, имеет существенные недостатки. Существующие правовые проблемы требуют своего разрешения.

В связи с этим представляется целесообразным внесение в типовые договоры ОМС и соответствующие нормативные акты нормы об отчете страхователя перед страховщиком по уплате стра-

ховых взносов, что дало бы возможность страховщику контролировать исполнение страхователем обязанности по уплате страховых взносов и при необходимости своевременно предъявлять к нему иск о понуждении к исполнению договора. Это также позволило бы увеличить процент собираемости налогов в части, зачисляемой в бюджеты фондов ОМС, т. к. загруженность Федеральной налоговой службы и пресекательные сроки, установленные налоговым законодательством, не всегда позволяют своевременно и полно взыскать задолженность.

В этой сложной правовой системе участие в реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС имеет для частных медицинских компаний ряд сложностей, обладает рядом плюсов и минусов. Так, например, к безусловно положительным факторам относится:

- содержание штата квалифицированных сотрудников, участвующих в оказании медицинской помощи;
- стабильная достойная заработная плата медицинскому персоналу, участвующему в оказании медицинской помощи в рамках программы ОМС;
- гарантированный объем оказываемой медицинской помощи, за счёт получения объёмов государственного заказа;
- высокая потребность в качественной медицинской услуге обеспечивает стабильный

поток пациентов в учреждение, за счёт чего, возрастает и доходность учреждения от платных медицинских услуг;

- возможность самостоятельно закупать медикаменты и расходный материал, на прямую у поставщиков ориентируясь на качество, а не минимально предложенную цену;

- возможность включения в формуляр качественных лекарственных препаратов, в том числе пролонгированного действия, по решению врачебной комиссии, в рамках финансирования ОМС;

- возможность направления денежных средств ОМС на покупку оборудования стоимостью до 100 000 рублей, которое является основными средствами учреждения, обучение специалистов, текущий ремонт учреждения и т.д.;

- гибкость системы, возможность разработки новых КМУ, для удовлетворения потребностей пациентов, в качественных медицинских услугах специализированного профиля;

- льготное налогообложение по ставке 0%, в том числе и для организаций, открывших филиал, до 2018 года;

Однако на все имеющиеся плюсы имеются и определенные минусы для участия частных медицинских организаций в оказании медицинской помощи в рамках программы ОМС:

- сложная система предоставления ежемесячных отчётов оказанной меди-

цинской помощи в рамках системы ОМС, требования к оформлению (формату) которых зачастую меняются за несколько дней до сдачи отчёта;

- за счёт сложной статистической отчётности в штате организации в обязательном порядке присутствует статистик и инженер по автоматизированным системам, что ведет к увеличению административного персонала, напрямую не задействованного в процессе оказания медицинской помощи населению;

- сложная система получения денежных средств, предоставление списков пролеченных больных в ТФОМС, СМО, по полису которой был пролечен больной;

- возможность отказа СМО в оплате или уменьшении оплаты оказанной медицинской помощи по причинам, не зависящим от медицинской организации, например, пациент не сообщил о том, что уже открыл больничный лист и проходит лечение в другом медицинском учреждении;

- наличие системы штрафов страховых медицинских организаций;

- многоуровневый перекрестный контроль;

- Перспектива перехода на усложненную систему налогообложения с 2019 года.

Заключение

Участие медицинских организаций частной формы собственности в реализации Программы государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи насе-

лению позволяет более рационально использовать имеющиеся в наличии материальные и кадровые ресурсы здравоохранения, оптимизировать сеть государственных учреждений, повысить доступность населению в получении качественной медицинской услуги, в том числе специализированной. ГЧП в системе здравоохранения является перспективной формой инвестиций, возможностью для населения получить лечение по инновационным технологиям, которые еще вчера применялись исключительно за рубежом.

Таким образом:

1. Участие частных медицинских компаний в рамках ГЧП это новая модель в системе здравоохранения, направления на улучшения доступности, качества оказываемых медицинских услуг. Даная модель участия частных медицинских компаний в оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий позволяет своевременно реагировать рынку медицинских услуг на потребности населения.
2. Участие частных медицинских компаний в реализации Территориальной программы государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи населению в рамках ГЧП имеет

свои положительные и отрицательные стороны. Каждое частное медицинское учреждение принимает решение об участии самостоятельно, исходя из своих приоритетов при наличии соответствующих лицензий.

Список литературы

1. Послание Президента РФ Федеральному Собранию» от 04.12.2014 // «Российская газета», № 278, 05.12.2014 г.
2. Послание Президента РФ Федеральному Собранию» от 04.12.2014 // «Российская газета», № 278, 05.12.2014 г.