

ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УСЛОВИЙ ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ОКАЗАНИИ УСЛУГ В СОГЛАШЕНИЯХ, ЗАКЛЮЧАЕМЫХ В ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТОВ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Чулакова Ольга Юрьевна

заместитель директора Правового департамента
Министерства здравоохранения Российской Федерации;
соискатель, Университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА)
olyapik@mail.ru

THE SPECIFICS OF DEFINING THE CONDITIONS FOR THE MANDATORY PROVISION OF SERVICES IN AGREEMENTS CONCLUDED DURING THE IMPLEMENTATION OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP PROJECTS IN THE FIELD OF HEALTHCARE

O. Chulakova

Summary. The article reveals the problems associated with the definition in agreements concluded during the implementation of public-private partnership projects (in particular, in concession agreements) of conditions for the mandatory provision of medical services by a private partner to the public in terms of compliance of such conditions with the legal framework for the functioning of the compulsory health insurance system, including the establishment in the agreements of a list of such services provided under compulsory health insurance, together with an understanding of the compensatory nature of the funds, received by a medical organization as part of such activities. It is concluded that it is necessary to develop other approaches to forming the terms of agreements concluded by the subjects of the Russian Federation during the implementation of PPP projects, which take into account not only the interests of private partners and ensure their involvement in the project by establishing the maximum possible amount of financial guarantees from the regional budget, but also the interests of the subjects themselves, whose main tasks are the protection of human rights and citizens in the field of health protection and the organization of medical care to the population of the subject of the Russian Federation.

Keywords: public-private partnership, concessionaire, compulsory medical insurance, provision of medical services, medical care.

Аннотация. В статье раскрываются проблемы, связанные с определением в соглашениях, заключаемых при реализации проектов государственно-частного партнерства (в частности, в концессионных соглашениях) условий об обязательном оказании частным партнером населению медицинских услуг с точки зрения соответствия таких условий правовым основам функционирования системы обязательного медицинского страхования, в том числе в части установления в соглашениях перечня таких услуг, оказываемых в рамках обязательного медицинского страхования, в совокупности с пониманием компенсационной природы средств, получаемых медицинской организацией в рамках такой деятельности. Сделан вывод о необходимости разработки иных подходов к формированию условий соглашений, заключаемых субъектами Российской Федерации в ходе реализации проектов ГЧП, позволяющих учесть не только интересы частных партнеров и обеспечить их вовлечение в проект путем установления максимально возможного объема финансовых гарантий за счет регионального бюджета, но и интересы самих субъектов, основными задачами которых являются защита прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья и организация оказания населению субъекта Российской Федерации медицинской помощи.

Ключевые слова: государственно-частное партнерство, концессионер, обязательное медицинское страхование, оказание медицинских услуг, медицинская помощь.

О необходимости развития государственно-частного партнерства (далее по тексту — также ГЧП) в целом говорится давно и много, привлечение частного капитала в разные отрасли неоднократно обозначалось как одна из задач при формировании различных стратегий социально-экономического развития. И можно сказать, что за последние тридцать лет в этой сфере произошло действительно много изменений: приняты и активно реализуются наиболее важные феде-

ральные законы¹, приняты и подзаконные нормативные акты в целях реализации этих федеральных законов.

¹ Федеральный закон от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях» // Собрание законодательства Российской Федерации. 25.07.2005, № 30 (ч. II), ст. 3126; 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» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 14.07.2015.

При этом за последние пять лет начата реализация нескольких десятков проектов в сфере государственно-частного партнерства в здравоохранении (здесь и далее по тексту настоящей статьи будет использоваться понятие государственно-частного партнерства в его наиболее широком понимании — не только собственно соглашения о государственно-частном партнерстве в понимании соответствующего Федерального закона, но и концессионных соглашений, инвестиционных и др. контрактов), данные относительно точного их числа по стране разнятся, поскольку общий реестр всех соглашений не создан, но отмечается, что это всего от 2 до 13 процентов в общем числе реализуемых проектов в социальной сфере.

Основное противоречие, которое необходимо обозначить в сфере государственно-частного партнерства в здравоохранении, заключается в том, что, с одной стороны, привлечение частного капитала необходимо (во всех сферы общественной жизни, а не только в здравоохранении), поскольку ресурсы государства являются объективно ограниченными. Однако, с другой стороны, здравоохранение в целом ориентировано на бесплатное для граждан оказание медицинской помощи посредством системы обязательного медицинского страхования, вследствие чего возможность зарабатывать у частного бизнеса также ограничена, что, в свою очередь, закономерно снижает мотивацию на вложение средств (исключения составляют лишь так называемые «дорогие» медицинские услуги, требующие приобретения дорогостоящего оборудования, необходимого, например, для проведения диагностики раковых заболеваний: такие услуги очень хорошо дополняют государственную систему здравоохранения).

Это обстоятельство вынужденно создает предпосылки для исполнительных органов регионов, по всей стране выступающих от имени субъектов Российской Федерации как публичных партнеров по соглашениям, заключаемым в сфере здравоохранения, соглашаться на достаточно сложные для них условия финансирования таких проектов ГЧП в угоду привлечению того или иного частного партнера, способного реализовать проект, но за государственные деньги.

Однако не только финансовые условия подобных соглашений представляют интерес. В силу специфики сферы здравоохранения, которая заключается в существовании не двух как обычно источников финансирования (государственное и частное), а трех (добавляются еще средства ФОМС²), в соглашения включаются условия

² В соответствии с пунктами 1 и 3 Устава Фонда обязательного медицинского страхования (далее — Фонд) Фонд является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, которое реализует государственную политику в области обязательного медицинского страхования граждан как составной части государственного социального страхования.

об обязательствах региона по возмещению из бюджета убытков в виде неполученных за счет средств обязательного медицинского страхования доходов.

В литературе отмечается, что одной из особенностей концессионных соглашений в здравоохранении (необходимо отметить, что это наиболее часто используемая форма государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения) является то, что в ходе их реализации должен быть предоставлен законодательно обеспеченный набор услуг населению (в рамках обязательного медицинского страхования)³. Вместе с тем, поскольку частный партнер привлекается для модернизации зданий, сооружений и другой недвижимости медицинских организаций, требующих реконструкции или нового строительства, по мнению С.В. Матияшук, основной проблемой реализации проектов в сфере здравоохранения, например, в рамках концессионных соглашений как одной из форм государственно-частного партнерства является необходимость осуществления одним частным инвестором двух разных видов деятельности:

- деятельности по строительству (реконструкции) объекта здравоохранения;
- деятельности по оказанию медицинских услуг, что предполагает обеспечение оказания медицинской помощи населению в объемах, которые определяются прямо в соглашении.

На основании подобного анализа в литературе делается вывод о том, что государству крайне важно активно привлекать в сферу здравоохранения частные медицинские организации, поскольку это способствует повышению качества предоставляемых населению медицинских услуг; при этом совершенствование института ГЧП по реализации социально важных проектов в сфере здравоохранения напрямую зависит от эффективных механизмов управления ими⁴. И если со вторым утверждением можно безоговорочно согласиться, то первое является спорным и не следует из проведенного анализа уже реализуемых проектов государственно-частного партнерства.

Не подвергается сомнению, что проекты ГЧП в любой сфере должны быть направлены на повышение качества и доступности услуг, оказываемых населению. Однако применительно к таким проектам, реализуемым в сфере здравоохранения, данный принцип приобретает особое значение. В соответствии с частью 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская

³ Захарова Е.Н. Межфирменная интеграция и государственно-частное партнерство в региональной системе медицинских услуг. Майкоп: Изд-во АГУ, 2015. С. 157.

⁴ Матияшук С.В. О реализации проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения // Медицинское право. 2022. № 2. С. 8–13.

помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. В целях развития указанных выше положений Конституции законодателем к основным принципам охраны здоровья отнесены доступность и качество медицинской помощи.

Современная российская система здравоохранения, несмотря на многочисленные реформы, является приемницей системы, существовавшей в советское время и построенной на принципах планирования и доведения планов и финансирования до исполнителей. Наше государство, как это прямо следует из Конституции Российской Федерации, является социальным государством, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека⁵. И в текущее время государство берет на себя колоссальный объем обязательств, что вполне соответствует ожиданиям населения. Специальным законодательством об обязательном медицинском страховании⁶ (далее по тексту — также ОМС) определен исчерпывающий перечень полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере ОМС⁷, расширительное толкование которого

⁵ В соответствии со статьей 7 Конституции Российской Федерации Российская Федерация — социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. В Российской Федерации охраняются труд и здоровье людей, устанавливается гарантированный минимальный размер оплаты труда, обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан, развивается система социальных служб, устанавливаются государственные пенсии, пособия и иные гарантии социальной защиты.

⁶ Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Российская газета, № 274, 03.12.2010.

⁷ В соответствии со статьей 8 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования относятся:

1) уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения;

2) установление в территориальных программах обязательного медицинского страхования дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования;

3) финансовое обеспечение и реализация территориальных программ обязательного медицинского страхования в размере, превышающем размер субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов;

4) утверждение бюджетов территориальных фондов и отчетов об их исполнении.

в сторону предоставления субъекту Российской Федерации иных прав (например, права самостоятельно распределять объемы медицинской помощи отдельным медицинским организациям на основании заключения с ними каких-либо соглашений), представляется недопустимым.

В силу положений статьи 15 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее — Закон № 326-ФЗ) медицинская организация включается в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования, на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации во включении в реестр медицинских организаций. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми медицинскими организациями. При этом медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, за исключением случаев ликвидации медицинской организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности, банкротства или иных предусмотренных законодательством Российской Федерации случаев.

В приведенных выше положениях Закона № 326-ФЗ отражен уведомительный принцип вхождения медицинской организации в систему обязательного медицинского страхования. В Законе № 326-ФЗ не содержится указание на случаи, позволяющие понудить частную медицинскую организацию осуществлять деятельность в рамках ОМС.

После вхождения медицинской организации в систему ОМС предполагается получение ей определенной части объемов предоставления медицинской помощи застрахованным гражданам. Законодателем императивно установлен порядок распределения таких объемов, который в первую очередь предполагает создание в регионе специальной комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, в состав которой входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным

органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации, на паритетных началах. Указанное положение предполагает, что ни один из участников указанной комиссии не имеет заведомо большего влияния при принятии решений о распределении объемов. Само это распределение осуществляется между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, а также нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Таким образом, логика законодателя свидетельствует о том, что объем медицинской помощи определяется не субъектом Российской Федерации (такого полномочия у субъекта Российской Федерации нет), а специально создаваемой комиссией, которая не подчиняется органу государственной власти субъекта, является самостоятельным субъектом отношений в сфере ОМС и не является (и не может являться) стороной каких-либо соглашений, заключаемых в целях реализации проектов государственно-частного партнерства.

Между тем анализ таких соглашений показывает, что сторонами при разработке и согласовании условий допускается включение в них таких положений, которые возлагают на частного партнера (частную медицинскую организацию) обязательства обеспечить оказание медицинской помощи населению в объемах, устанавливаемых решениями комиссии по разработке программы обязательного медицинского страхования соответствующего субъекта Российской Федерации, и по тарифам на оплату медицинской помощи, устанавливаемых тарифными соглашениями, действующими на дату оказания медицинской помощи. Кроме того, стороны в текстах соглашений фиксируют и виды медицинских услуг, предоставляемых в рамках обязательного медицинского страхования, при этом практика показывает, что подобные положения формулируются сторонами без оговорки, что указанные объемы могут быть не распределены концессионеру комиссией.

Более того, встречаются также положения о том, что публичный партнер (концедент) обязан возместить частному партнеру (концессионеру) расходы, понесенные

при оказании медицинских услуг населению в рамках обязательного медицинского страхования, если по какой-либо причине размер таких расходов частного партнера в расчетном периоде будет выше, чем полученный им в расчетном периоде объем выручки от такой деятельности (либо такая выручка будет отсутствовать) в результате наступления обстоятельств, не связанных с неправомерными действиями (бездействием) частного партнера.

Представляется, что поименованные выше положения противоречат правовым основам системы обязательного медицинского страхования, поскольку:

- предусматривают не право, а обязанность частного партнера (концессионера) оказывать медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования;
- заведомо предусматривают сформированный объем предоставления медицинской помощи, который должен быть оказан частным партнером (концессионером) в рамках обязательного медицинского страхования, и фиксированный объем выручки за оказание такой медицинской помощи (тогда как такой объем может быть лишь ежегодно распределен специально создаваемой комиссией на основании заявлений медицинских организаций).

При этом необходимо иметь в виду, что выручка представляет собой доход от реализации производимых товаров, выполнения работ, оказания услуг. Плановая выручка по своей сути — это разумные ожидания частного партнера (концессионера) в условиях добросовестного исполнения им своей деятельности, которые сводятся к получению запланированной выручки запланированным же способом. Между тем, по смыслу, заложенному государством при формировании системы ОМС, расходы, понесенные медицинской организацией в результате осуществления деятельности в системе ОМС, возмещаются из средств, формируемых Фондом обязательного медицинского страхования, и указанное возмещение не является выручкой медицинской организации. Данный вывод подтверждается положениями части 7 статьи 35 Закона № 326-ФЗ⁸. Иными словами, та-

⁸ В соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской орга-

риф и выплаты, получаемые медицинскими организациями за оказанную в рамках ОМС медицинскую помощь, носят компенсационный характер.

Изложенное предполагает, что возмещение выручки, недополученной при осуществлении деятельности в рамках ОМС, противоречит правовой природе самой такой деятельности, законодательству об обязательном медицинском страховании и влечёт по сути неосновательное обогащение частной медицинской организации, не оказавшей услуги населению соответствующего субъекта Российской Федерации, но в любом случае получившей доход.

Таким образом, существует явная граница между двумя системами правоотношений — правоотношений, возникающих при реализации проектов государственно-частного партнерства, и правоотношений, возникающих в сфере обязательного медицинского страхования. Первые, большей частью относящиеся к гражданско-правовым отношениям, предполагают возможность по соглашению сторон устанавливать условия сотрудничества, вторые носят публично-правовой характер и урегулированы государством, не предоставляя субъектам возможности выбирать модель поведения, а потому не могут быть изменены нормами соглашений, заключаемых сторонами при реализации проектов государственно-частного партнерства. Указанная ситуация закономерно влечет риски неисполнения подобных соглашений, риски оспаривания отдельных условий или соглашений в целом в судебном порядке и, как следствие, негативно влияет на их реализацию.

Использование подобных положений в соглашениях заведомо создает ситуацию, в которой не учитывается,

расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу.

что частный партнер, как правило, вправе осуществлять с использованием созданных, по сути, за государственные деньги объектов иную деятельность (не только предусмотренную сторонами в части обязательных услуг населению), при этом практика показывает, что полученная прибыль не распределяется между сторонами, а остается только частному партнеру.

Кроме того, частному партнеру не выгодно оказывать более «дешёвые» (имеется в виду тариф) медицинские услуги. При этом государству интересно не просто оказание каких-то услуг, но в первую очередь требуется оказание населению качественной медицинской помощи.

Указанное утверждение приобретает еще больший смысл с учетом того, что понятия «медицинская услуга» и «медицинская помощь» применительно к функциям и задачам государства наполнены разным смыслом: государство призвано обеспечить организацию оказания населению не медицинских услуг, а медицинской помощи⁹.

На основании изложенного представляется закономерным вывод о необходимости разработки иных подходов к формированию условий соглашений, заключаемых субъектами Российской Федерации в ходе реализации проектов ГЧП, позволяющих учесть не только интересы частных партнеров и обеспечить их вовлечение в проект путем установления максимально возможного объема финансовых гарантий за счет регионального бюджета, но и интересы самих субъектов, основными задачами которых являются защита прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья и организация оказания населению субъекта Российской Федерации медицинской помощи.

⁹ См. об этом более подробно Шарловский К.А. «Выздоровливать отсюда»: конституционно-правовое определение категории «медицинская помощь» // Сравнительное конституционное обозрение. 2024. № 1. С. 4–24; Пономарев Н.С. К вопросу о соотношении понятий «медицинская помощь» и «медицинские услуги», их юридическое значение для защиты прав и законных интересов граждан / Н.С. Пономарев // Медицинское право. 2019. № 3. С. 39–44; Тимофеев И.В. О понятиях «медицинская помощь» и «медицинская услуга». Медицинское знание и медицинская практика как предпосылка для нормативного регулирования отношений медицинской помощи // Медицинское право. 2021. № 1. С. 3–14.

ЛИТЕРАТУРА

1. Захарова Е.Н. Межфирменная интеграция и государственно-частное партнерство в региональной системе медицинских услуг. Майкоп: Изд-во АГУ, 2015.
2. Матияшук С.В. О реализации проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения // Медицинское право. 2022. № 2. С. 8–13.
3. Пономарев Н.С. К вопросу о соотношении понятий «медицинская помощь» и «медицинские услуги», их юридическое значение для защиты прав и законных интересов граждан / Н.С. Пономарев // Медицинское право. 2019. № 3. С. 39–44.
4. Тимофеев И.В. О понятиях «медицинская помощь» и «медицинская услуга». Медицинское знание и медицинская практика как предпосылка для нормативного регулирования отношений медицинской помощи // Медицинское право. 2021. № 1. С. 3–14.
5. Шарловский К.А. «Выздоровливать отсюда»: конституционно-правовое определение категории «медицинская помощь» // Сравнительное конституционное обозрение. 2024. № 1. С. 4–24.