Санкт-Петербургский государственный университет

***Морозова Анна Андреевна***

**Выпускная квалификационная работа**

**Правовые аспекты деятельности частной системы здравоохранения и взаимодействие с государством в рамках глобальных вызовов современности**

Уровень образования: магистратура

Направление 40.04.01 «Юриспруденция»

Основная образовательная программа

«ВМ.5878.2021 Правовое сопровождение бизнеса»

Научный руководитель:

Доцент кафедры здравоохранения и медицинского права

кандидат медицинских наук

Чеснокова Екатерина Александровна

Рецензент:

Исполнительный директор

Санкт-Петербургская региональная общественная организация «Ассоциация медицинского права»

Никитин Евгений Николаевич

Санкт-Петербург

2023

**Оглавление**

[Введение 3](#_Toc135152086)

[Глава 1. Сущность частной системы здравоохранения в Российской Федерации и зарубежных странах 9](#_Toc135152087)

[§ 1.1. Организационно-правовая характеристика рынка частных медицинских услуг в Российской Федерации 9](#_Toc135152088)

[§ 1.2. Зарубежный опыт применения частной и иной системы здравоохранения, мировые тенденции 20](#_Toc135152089)

[Глава 2. Частная система здравоохранения во взаимоотношениях с государством, деятельность в условиях глобальных вызовов. Аналитические данные и предложения 32](#_Toc135152090)

[§ 2.1. Механизмы взаимодействия частной системы здравоохранения и государства 32](#_Toc135152091)

[§ 2.2. Глобальные вызовы современности как основания внесения изменений в деятельность частной системы здравоохранения 45](#_Toc135152092)

[§ 2.3. Аналитические данные. Проблематика и инструменты ее разрешения 53](#_Toc135152093)

[Заключение 64](#_Toc135152094)

[Список использованных источников 70](#_Toc135152095)

**Введение**

В любой период времени здоровье человека является наивысшей ценностью, сохранение и поддержание которой позволяет вести счастливую и продуктивную жизнь. Именно поэтому в процессе эволюции была создана система здравоохранения, главной функцией которой является обеспечение охраны здоровья населения. Поскольку сфера здравоохранения никогда не потеряет своей актуальности, а лишь будет развиваться и совершенствоваться, государством и иными лицами предпринимаются разнообразные меры по охране здоровья граждан.

Более того, постоянное изменение эпидемиологических, политических и иных условий образует необходимость приспосабливаться к глобальным вызовам современности и вносить соответствующие изменение в осуществление деятельности по охране здоровья.

Право на здоровье принадлежит к группе неотъемлемых естественных прав и свобод человека, сопровождающих его жизнедеятельность, и представляет собой значимое достижение межгосударственного сотрудничества в социальной и медицинской сфере. Всеобщая декларация прав человека 1948 года устанавливает его сущность общей формулировкой: «Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который нужен для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи»[[1]](#footnote-1).

А.А. Белоусова в своих работах указывает на проявленную мировым сообществом заботу о здоровье людей, выраженную еще в ст. 23 Статута Лиги Наций 1919 года как требование обеспечить гуманные условия труда и принимать меры для предотвращения болезней и борьбы с ними. Она считает, что «целью включения прав человека на здоровье в свод норм международного права было радикальное изменение статуса человека и гражданина в системе принятия решений государством в сторону повышения и укрепления статуса индивида»[[2]](#footnote-2).

Принцип обеспечения баланса интересов граждан, общества и государства в области охраны здоровья граждан является одним из основных принципов государственной политики, поскольку призван соблюдать интересы каждого субъекта складывающихся общественных отношений в сфере здравоохранения. На основании данного принципа осуществляется широкий ряд взаимодействий, например государства и частной системы здравоохранения. Также сфера здравоохранения имеет мультидисциплинарный характер, включает вопросы права, медицины, биомедицинской этики, медицинской социологии, психологии, что добавляет сложности, но также и уникальности данной сфере.

Следует согласиться с утверждением Я. Дргонца и П. Холлендера о том, что медицина существовала вне закона не веками, а тысячелетиями, касаясь правовых норм в виде исключения, поскольку отрасль здравоохранения приобрела правовое регулирование относительно не так давно.

Существенные изменения в развитии мировых систем здравоохранения произошли в конце XX – начале XXI века, что было вызвано распадом СССР и мировой социалистической системы в целом. С тех пор система здравоохранения претерпела множество реформ и приобрела характер динамично развивающегося института.

В соответствии с п. 1 Постановления Правительства РФ от 19.06.2012 № 608 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации», главным федеральным органом исполнительной власти, который осуществляет функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения является Министерство здравоохранения Российской Федерации (далее по тексту – Минздрав России).

На данный момент законодательство Российской Федерации не содержит исчерпывающего определения категории «здравоохранение», однако сам термин встречается во множестве нормативно-правовых актов.

В свою очередь ст. 29 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет, что существует государственная, муниципальная и частная системы здравоохранения.

В результате разделения систем здравоохранения, а также из-за имеющихся пробелов в нормативно-правовом регулировании, правовые аспекты деятельности частной системы здравоохранения и ее взаимодействие с государством в быстро изменяющихся реалиях вызывает большой интерес, изучение данных вопросов практически и теоретически обосновано.

Актуальность данной работы обусловлена неоценимой ролью частной системы здравоохранения, существование которой позволяет снять нагрузку с государственной системы здравоохранения и обеспечить наиболее широкую и масштабную охрану здоровья граждан. Изучение рассматриваемой темы позволяет определить различные механизмы взаимодействия, способы разрешения кризисных ситуаций, а также иные важные вопросы в сфере частного здравоохранения.

2020 год, ознаменовавшийся коронавирусной инфекцией (COVID-19), и иные глобальные вызовы последних лет вынуждают в короткие промежутки времени вносить изменения в существующее правовое регулирование, а также в практические аспекты осуществления частной медицинской деятельности. Также необходимость приспосабливаться к новым реалиям еще в большей мере существует и на государственном уровне, поэтому взаимодействие государства и частной системы здравоохранения также подлежит пересмотру. Эти и иные вопросы на данный момент является актуальными как для научного круга, так и для практической деятельности.

Цель исследования заключается в исследовании частной системы здравоохранения, выявлении правовых аспектов осуществления такой деятельности, а также в анализе взаимодействия частной системы здравоохранения и государства, в частности в рамках глобальных вызовов современности. Также при написании данной работы ставится цель в определении проблемных вопросов и предложении способов их разрешения, как на основании изучения отечественной судебной практики, так и зарубежных механизмов организации здравоохранения.

Исходя из цели, были поставлены следующие задачи исследования:

1. Рассмотреть организационно-правовую характеристику рынка частных медицинских услуг, определить достаточность или недостаточность правового регулирования, указать на существующие проблемы и пути их разрешения.

2. Осуществить сравнительный анализ отрасли здравоохранения Великобритании, США, Франции. Выделить общие тенденции мирового здравоохранения, необходимость выделения государственной, коммерческой и страховой системы, проанализировать роль конституционных судов в сфере здравоохранения.

3. Выявить механизмы взаимодействия государства и частной системы здравоохранения, их сущность, сложности осуществления и инструменты корректировки.

4. Определить глобальные вызовы современности, оказывающие влияние на осуществление частной медицинской деятельности, их дальнейшие перспективы и меры приспособления к таким вызовам.

5. Провести интервьюирование представителя частной системы здравоохранения, выделить проблемы, не указанные ранее, сформировать предложения по внесению изменений в законодательство и практические аспекты деятельности коммерческой медицины.

Предметом настоящей работы является частная система здравоохранения, а также установленное для нее правовое регулирование и иные вопросы, составляемые сущность рассматриваемого предмета.

Объектом настоящей работы являются общественные отношения, складывающие в процессе осуществления частной медицинской деятельности, а также в результате взаимодействия частной системы здравоохранения и государства.

В соответствии с ч. 5 ст. 29 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «Частную систему здравоохранения составляют создаваемые юридическими и физическими лицами медицинские организации, фармацевтические организации и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья». Услуги в данных организациях оказываются на возмездной основе на основании заключения договора об оказании платных медицинских услуг.

Организация и осуществление деятельности частной системы здравоохранения имеет много нюансов, знание и рассмотрение которых позволит в полной мере изучить предмет настоящей работы.

Говоря о важной роли и месте частной системы здравоохранения, статистические данные подтверждают прогрессирующее увеличение числа частных медицинских организаций. С 1999 по 2009 год объем частной медицины от объема предоставляемых платных медицинских услуг в стране вырос в 10 раз.

Ввиду нарастания спроса на услуги коммерческой медицины, постоянных изменений в мире, вызывающих логичные изменения в правовом регулировании и практической деятельности частной системы здравоохранения, рассматриваемая тема и содержание данной работы обладает неоспоримой новизной.

Достоверность исследования подтверждается проведенным анализом статистических данных, теоретических положений, нормативно-правовой базы, изучением сложившейся правоприменительной практики, зарубежного опыта, а также проведенным интервьюированием представителей частной системы здравоохранения.

При написании данной работы были использованы следующие методы: анализ, аналогия, сравнение, синтез, научное наблюдение, исследование и другие.

Настоящая работа состоит из введения, двух глав, включающих два и три параграфа соответственно, заключения и списка использованных источников.

**Глава 1. Сущность частной системы здравоохранения в Российской Федерации и зарубежных странах**

**§ 1.1. Организационно-правовая характеристика рынка частных медицинских услуг в Российской Федерации**

Позитивная теория прав человека содержит позицию о том, что право на здравоохранение гарантируется за счет обеспечения государством доступа к системе медицинского обслуживания, санитарно-гигиеническим стандартам, экологической и пищевой безопасности, должным условиям труда и бытовой обеспеченности, информации по вопросам профилактики здоровья.

И.А. Колоцей при изучении понятия здоровья как социального блага и конституционной ценности учитывает такие его свойства, как универсальность и фундаментальность, высокую оценку конкретными людьми, обществом и государством, гарантии проведения государством и обществом мер по укреплению и сохранению здоровья граждан. Автор отмечает, что конституционное право на охрану здоровья формулируется как субъективное право и медицинская помощь рассматривается в качестве гарантии такой охраны[[3]](#footnote-3).

Как было обозначено ранее, в соответствии с ч. 5 ст. 29 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «Частную систему здравоохранения составляют создаваемые юридическими и физическими лицами медицинские организации, фармацевтические организации и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья»[[4]](#footnote-4).

Существовавшее ранее в «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1) определение частной системы здравоохранения имело недостаток в наличии лишь одного критерия для отличия частной системы здравоохранения от иной. Таким критерием являлось наличие у медицинского учреждения имущества на праве собственности. Данный критерий был недостаточным ввиду отсутствия указания на количество такого имущества, на способы его приобретения. Такая свобода не могла не приводить к созданию ложного правового статуса, который заключался в создании видимости признаков частной системы здравоохранения при их фактическом отсутствии. Также субъекты частной системы здравоохранения находились в неравном положении и могли действовать недобросовестно.

Следует уделить внимание рассмотрению вопроса о характере частной системы здравоохранения. Существуют позиции, которые определяют частную медицинскую деятельность как предпринимательскую, а есть мнение о том, что частная медицинская деятельность является видом социального предпринимательства, поскольку содержит в себе одновременно и частный и публичный характер оказываемых услуг, а также имеет разнообразные результаты услуг: медицинские, финансовые, социальные[[5]](#footnote-5).

Особенностью частной медицинской деятельности является субъектный состав. С одной стороны выступают представители частной системы здравоохранения, а с другой стороны потребители. Если первая категория ставит основной целью извлечение прибыли, то вторая категория имеет намерение с наименьшими временными, моральными и финансовыми затратами получить медицинскую помощь. Из этой особенности и вытекает острая необходимость правового регулирования взаимоотношений субъектов рассматриваемого института, которое позволит соблюсти баланс интересов и закрепить принципы и формы взаимодействия.

Говоря о рисковом характере частной медицинской деятельности, следует указать, что в данном случае существуют не только предпринимательские риски, присущие любой предпринимательской деятельности, но и риски связанные с оказанием медицинских услуг, которые присутствуют только в системе здравоохранения.

Целью частной системы здравоохранения является не замена услуг государства по охране здоровья, а напротив их дополнение, расширение и облегчение. Существование частной системы здравоохранения усиливает конкуренцию, повышает качество медицинской помощи, создает большое количество рабочих мест, позволяет обществу самостоятельно избирать ту или иную организацию для получения медицинской помощи, а также выполняет большое количество иных общественно-значимых функций.

При детальном рассмотрении признаков частной медицинской деятельности, а также беря во внимание контроль со стороны государства, становится понятно, что при осуществлении частной медицинской деятельности происходит отхождение от общих признаков предпринимательской деятельности, закрепленных в п. 1 ст. 2 Гражданского кодекса Российской Федерации[[6]](#footnote-6). Такое отхождение выражается в несоблюдении принципа самостоятельности и независимости субъектов предпринимательской деятельности.

Стоит сказать, что на данный момент законодательство определяет как общий ряд требований ко всем субъектам предпринимательской деятельности, так и специальные требования к частной системе здравоохранения.

Следует оговорить, что платные медицинские услуги - это медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.

В соответствии со ст. 128 Гражданского кодекса Российской Федерации, оказание услуг определяется как объект гражданского права, следовательно, оказание платных медицинских услуг подчиняется гражданско-правовому регулированию[[7]](#footnote-7).

Данный факт также отражается во мнении К.А. Егиазарян, Л.Ж. Аттаевой, которые считают, что на сегодняшний день основу нормативного регулирования договора возмездного оказания медицинских услуг составляет Гражданский кодекс Российской Федерации.

В той части правоотношений, которая не урегулирована Гражданским кодексом Российской Федерации, применяется Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

Переходя к вопросу правового регулирования оказания платных медицинских услуг, необходимо обратиться к Федеральному закону от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»[[8]](#footnote-8).

Академик Т.Я. Хабриева задолго до разработки и принятия данного Закона указала на необходимость комплексного законодательного регулирования вопросов здравоохранения и, соответственно, оказания медицинской помощи в Российской Федерации в «новой иерархии ценностей», прежде всего идеалов социальной справедливости, защиты прав и свобод человека.

Данный акт является основой для возникновения и регулирования правоотношений, складывающихся между частной медицинской организацией и лицами, обращающимися за оказанием медицинских услуг.

Статьей 19 вышеупомянутого закона закрепляется право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования[[9]](#footnote-9).

Статья 78 и 79 данного закона определяет права и обязанности медицинских организаций.

Переходя к правовому регулированию процесса оказания платных медицинских услуг, необходимо обратиться к Постановлению Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (далее по тексту – Правила)[[10]](#footnote-10).

Данные Правила определяют порядок и условия оказания платных медицинских услуг, порядок заключения медицинскими организациями договора с гражданами, требования к его содержанию.

Одной из особенностей частной системы здравоохранения является возможность самостоятельно устанавливать цены на услуги, в то время как государственные учреждения такой свободой не обладают.

Бывают случаи, когда пациенты, уже воспользовавшись услугами, подают судебные иски о признании договора недействительным, а цены на медицинские услуги завышенными. Таким примером является Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 28.02.2023 № 5-КГ22-149-К2[[11]](#footnote-11).

Отклоняя довод о завышенной стоимости медицинских услуг, суд первой инстанции указал, что в соответствии с п. 8 Правил, медицинские организации, не являющиеся бюджетными и казенными государственными (муниципальными) учреждениями, определяют цены (тарифы) на предоставляемые платные медицинские услуги самостоятельно. Суды следующих инстанций данный довод поддержали.

Обратным примером является Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 09.06.2020 № 56-КГ20-3, 2-1317/2019. В данном случае истец (потребитель) ссылается на то, что уплатил ответчику (исполнителю) большую сумму, чем предусмотрено заключенным сторонами договором на оказание платных медицинских услуг[[12]](#footnote-12). Дело было направлено на новое рассмотрение, поскольку судами не был поставлен вопрос о проведении экспертизы, несмотря на заявление заказчика о том, что услуга была оказана некачественно, в связи с чем потребовалась повторная операция (оказание услуг).

Таким образом, обладая возможностью самостоятельно устанавливать цены на оказываемые услуги, представители частной системы здравоохранения не должны злоупотреблять правом, а суды должны внимательно оценивать каждый случай.

Для наглядности организационно-правовой характеристики частной системы здравоохранения следует рассмотреть некоторые требования, предъявляемые к медицинским организациям, которые являются наиболее острыми и проблемными на данный момент.

Так, например, существенным препятствием, стоящим на пути у частных медицинских организаций, является лицензирование. Данный процесс является механизмом взаимодействия государства и частной системы здравоохранения, и более подробно будет рассмотрен в следующей главе, однако как требование к осуществлению предпринимательской деятельности определим его роль и сейчас.

Если обратиться к статистическим данным, еще 10 лет назад респонденты считали, что развитию частной медицины мешал порядок лицензирования. Время идет, а ответ опрашиваемых остается неизменным несмотря на то, что порядок лицензирования претерпел существенные изменения.

На данный момент при лицензировании медицинской деятельности главными нормативно-правовыми актами являются Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» (вместе с «Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)») (далее по тексту- закон о лицензировании).

Данный акт призван обеспечивать гарантию на оказание качественной медицинской помощи, однако даже после его введения в действие представители коммерческой медицины пытаются исключить некоторые виды деятельности из под зоны его действия. Примером является Определение Конституционного Суда РФ от 28.12.2021 № 2930-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Аржановой Яны Юрьевны на нарушение ее конституционных прав пунктами 4, 5 и 10 части 1 статьи 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»[[13]](#footnote-13). Гражданке была вменена ответственность за осуществление деятельности «лазерная эпиляция» без лицензии. Суд верно указал, что данная услугу относится к медицинской ввиду имеющихся свойств проведения.

Медицинские организации могут получить лицензию на осуществление медицинской деятельности только после осуществления строительных и ремонтных работ, направленных на создание места осуществления частной медицинской деятельности, набора штата, покупки необходимого оборудования и иных мер. Данные условия являются затруднительными, однако как иначе организовать проверку готовности организации к оказанию медицинских услуг?

Возможно, стоит разделить процесс лицензирования на несколько этапов, для того чтобы соискатели лицензии поступательно выполняли необходимые требования, тем самым снижая нагрузку с себя и с представителей лицензирующего органа.

Одним из обязательных условий осуществления частной медицинской деятельности является заключение договора на оказание медицинских услуг с потребителями. Нормативно-правовой базой, применяемой для регулирования данного вида договора, является Гражданский кодекс Российской Федерации (далее по тексту – ГК РФ).

Часть 2 статьи 779 ГК РФ определяет, что правила главы 39 «Возмездное оказание услуг» применяются к договорам на оказание медицинских услуг.

В соответствии с ч. 1 ст. 779 ГК РФ: «По договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги».

Существует мнение, что договор на оказание медицинских услуг следует выделить в самостоятельный, отдельный вид договора. С одной стороны, такое выделение позволит избежать неясности и неточности в правовом регулировании. С другой стороны, увеличение нормативно-правового поля может негативно отразиться на медицинской деятельности.

Однако существуют примеры правоприменительной практики, в соответствии с которыми медицинские организации оказывают услуги без заключения договора, и при дальнейшем судебном разбирательстве суды признают такие устные договоры заключенными. Примером служит Решение Бабаевского районного суда Вологодской области от 11.10.2022 по делу № 2-468/2022. Истец обратился с требованием о возмещении вреда здоровью и компенсации морального вреда, требования были удовлетворены частично[[14]](#footnote-14).

Истцу была оказана услуга «чистка лица» после которой внешний вид истца стал хуже, при условии незаключения между истцом и ответчиком письменного договора, ответчик все равно был привлечен к ответственности за некачественное оказание медицинских услуг, поскольку скриншоты переписки и диск с аудиозаписями являются относимыми и допустимыми доказательствами.

Таким образом, оказание медицинских услуг без заключения договора с потребителем лишь ухудшает положение медицинской организации.

При, казалось бы, достаточном законодательном регулировании оказания медицинских услуг частными медицинскими организациями, о котором можно говорить, рассмотрев вышеуказанные нормативно-правовые акты, существует ряд проблем, на которые следует обращать внимание частным медицинским организациям и юридическим службам, действующим в интересах таких организаций.

Во-первых, специфика оказания большого процента медицинских услуг заключается в получении результата от услуги не сразу после ее оказания, а через определенное время. Данный факт создает сложность оценки оказания услуг, осложняет формирование качественного законодательства.

Так например при оказании медицинских услуг по профилю «Косметология» чаще всего лица, обратившиеся за услугой, не видят того эффекта, который ожидают получить сразу после оказания им этой услуги и обращаются в суд с требованиями привлечь к ответственности медицинскую организацию. В большинстве случаев суды удовлетворяют требования потребителей, поскольку жизнь и здоровье являются наивысшими ценностями в соответствии с Конституцией Российской Федерации. Однако важно заметить, что дать оценку спорной ситуации суду не представляется возможным, поскольку результат оказания услуги может быть достигнут лишь через определенное время. Более того, получение желаемого эффекта зависит не только от компетентности специалиста, но и от физиологических, психологических и иных свойств потребителя, которому оказывается услуга, и которые невозможно оценить при рассмотрении спора.

Таким образом, для разрешения данной проблемы необходимо проводить правовое просвещение врачей, оказывающих медицинские услуги, о необходимости разъяснения пациентам возможных вариантов результата оказания медицинских услуг, рисках, последствиях и иных важных вопросах. Данный процесс позволит уменьшить количество спорных ситуаций, поскольку информирование пациентов является обязательным условием оказания медицинских услуг.

Данное требования выполняется за счет подписания с пациентом информированного добровольного согласия, к которому на законодательном уровне установлены обязательные для исполнения требования.

Также необходимо соблюдать и иные требования по заполнению широкого ряда медицинской документации, данный нюанс является второй проблемой, существующей в современном правовом регулировании. Законодательство содержит ряд требований, предъявляемых к форме документации, обязательной при осуществлении медицинской деятельности, однако иногда такие требования не являются достаточными для использования в фактической деятельности.

Нарушение лицензиатом, осуществляющим медицинскую деятельность, порядка ведения медицинской документации и оказания платных медицинских услуг является грубым нарушением лицензионных требований и влечет ответственность, предусмотренную ч. 4 ст. 14.1 Кодекса об административных правонарушениях Российской Федерации (далее по тексту - КоАП РФ)[[15]](#footnote-15).

Примером является Постановление Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 16.04.2019 № 13АП-5680/2019 по делу № А56-2951/2019. При проведении внеплановой проверки административным органом установлено, что лицензиат осуществляет медицинскую деятельность с нарушениями лицензионных требований, предусмотренных лицензий, а именно: пациентке оказывались платные медицинские услуги (депиляция голени и верхней губы), однако при приеме пациента не оценены жалобы пациента и не зафиксированы в амбулаторную карту, нет информации о наличии или отсутствии конкретных дефектов и нарушений, требующих проведения косметологической коррекции; в медицинской карте отсутствуют данные об информировании пациентки о процедурах для самостоятельного выполнения; не даны рекомендации по уходу за покровными тканями организма, в том числе не проведено обучение необходимым гигиеническим навыкам; медицинским работником не была заполнена медицинская документация (медицинская карта пациентки) в установленном порядке, а именно: не указаны жалобы, объективный осмотр), при оказании платных медицинских услуг пациент не подписал информированное добровольное согласие и план лечения.

Таким образом, к медицинским организациям предъявляется большой объем требований, которые необходимо соблюдать для осуществления стабильной законной деятельности. Несоблюдение таких требований всегда учитывается судами при рассмотрении конфликтных ситуаций между организацией и потребителем.

На наш взгляд логичным разрешением проблемы ведения медицинской документации является создание методических рекомендаций, например для частной системы здравоохранения, в которых будут присутствовать примеры медицинской документации и образцы ее заполнения. Договор возмездного оказания платных медицинских услуг, информированное добровольное согласие, согласие на обработку персональных данных и другие формы, которые регулярно разрабатываются юридическими организациями, однако все равно чаще всего является не полными и являются основанием для привлечения медицинских организаций к ответственности.

Также предлагается внедрять более индивидуализированный подход к каждому представителю бизнеса в системе частного здравоохранения, а также проводить дифференциацию применяемых норм права.

Подводя итог всему вышесказанному, необходимо отметить наличие широкого ряда нормативно-правовых актов, регулирующих оказание медицинских услуг частными медицинскими организациями. Однако также необходимо отметить имеющиеся пробелы в законодательстве, устранение которых необходимо для наиболее эффективного оказания медицинских услуг и соблюдения прав и интересов каждой из сторон возникающих правоотношений. Специфика осуществления деятельности как предпринимательской, так и медицинской одновременно должна быть также учтена и должна служить основанием для внесения нововведений в организационно-правовое поле частной системы здравоохранения.

# **§ 1.2. Зарубежный опыт применения частной и иной системы здравоохранения, мировые тенденции**

Рассмотрение зарубежного опыта в области организации здравоохранения позволит оценить мировые тенденции осуществления медицинской деятельности, провести сравнение, проанализировать какие механизмы могли бы быть применимы в Российской Федерации, какие применяются, а какие применять не стоит. Сравнение в одном поле деятельности двух субъектов или более всегда позволяет выявить ошибки или наоборот показывает где были достигнуты успехи, поэтому сравнительное правоведение в рамках рассматриваемой темы также будет очень актуально и полезно.

В различных странах в ходе их развития и становления сложилась определенная модель здравоохранения, которая обусловлена социальным, политическим, экономическим режимом той или иной страны, а также сформирована под влиянием множества других факторов. На данный момент существуют три условных критерия категоризации стран в зависимости от организации системы здравоохранения.

К первой категории относятся страны с преимущественно государственной системой здравоохранения. Такими странами являются Великобритания, Китай, Швеция, Норвегия и другие.

Ко второй категории относятся страны с преимущественно частной (коммерческой) системой здравоохранения. Это Соединенные Штаты Америки, африканские и латиноамериканские государства.

Третей категорией являются страны с преимущественно страховой системой здравоохранения. Это Германия, Франция, Австрия, Япония и иные страны.

Любая категория имеет свои недостатки и преимущества. Само наличие разнообразия и возможности менять систему здравоохранения, рассматривая ее применение на примере другой страны является явным преимуществом для другой страны или ряда стран.

Однако следует сказать, что не существует примеров стран, где использовалась бы только одна модель здравоохранения. Каждое государство в той или иной пропорции использует все системы здравоохранения, отдавая наибольшее преимущество только одной из них. И такое лавирование совершенно логично существует, позволяя распределять нагрузками между системами здравоохранения внутри страны. Более того, такое распределение позволяет выполнять главную цель организации здравоохранения – охрана жизни и здоровья граждан.

Ввиду наличия различных систем здравоохранения наиболее интересным примером среди ряда государств являются Соединенные Штаты Америки (далее по тексту – США), в которых преимущественно преобладает коммерческая медицина, а также представляют интерес программы страхования.

В системе здравоохранения США сосредоточено большое количество ресурсов, а сама отрасль является одной из крупнейших ниш экономики страны. Данная система исторически формировалась практически в условиях свободного рынка, с маленькой долей государственного контроля и влияния.

Логично, что деление на штаты означает наличие у каждого из них собственного департамента здравоохранения, существенные изменения опосредованы различным местным законодательством.

Основные нормы закона, регулирующие отрасль здравоохранения, начали применяться еще при Линдоне Джонсоне, который активно боролся с неравенством, расовой травлей и укреплял социальную политику государства. Именно при нем была введена в действие программа страхования «Medicare», направленная на медицинскую поддержку пожилого населения.

Система страхования в США вообще кардинально отличается от Российской системы. Помимо программы страхования здоровья пожилого населения существуют и иные государственные программы.

Детская программа страхования здоровья «SCHIP» (State Children’s Health Insurance Program) – это совместная программа штатов и федерального правительства США. Система медицинского страхования «Medicaid» защищает права малоимущих еще с 1965 года. План «COBRA» (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) помогает американцам некоторое время оставаться в системе медицинского страхования в случае потери работы и источника дохода. Для людей уже имеющих хронические заболевания существует федеральный план «Pre-Existing Condition Insurance Plan», или «PCIP», то есть страховой план для людей с высоким риском.

В стране действуют и другие системы страхования. Например, для военнослужащих и ветеранов, а также система медицинского страхования для коренных индейцев.

Также помимо государственных программ страхования существуют и частные, которые могут приобретать как лично, так и группой людей, например работодателем для своих сотрудников. По данным USCB, около 60% граждан США имеют страховку, спонсируемую работодателем, и только 9% американцев приобретают ее лично. На данный момент в стране принимаются активные меры, чтобы стимулировать работодателей покупать медицинскую страховку сотрудникам. Например, с 1 января 2014 года, согласно «Акту о доступной медицинской помощи», предприятиям со штатом более 50 человек приходится платить дополнительно по 2000 долларов налога, если они не будут страховать свой персонал.

В целом приобретение страховки самостоятельно является дорогостоящим механизмом, поэтому большой процент населения вообще не имеет страховки.

С 1 октября 2013 года американцы были включены в систему медицинского страхования через так называемый рынок медицинского страхования «Health Insurance Marketplace» своего штата. Рынок медицинского страхования – это новый способ помочь гражданам в поиске страховой компании и того страхового плана, который отвечает определенным потребностям и бюджету.

Рассмотрев систему страхования, логичным является вопрос о больничных учреждениях в США.

На данный момент можно выделить 3 типа больниц:

1. Государственные больницы.

2. Частные больницы, целью осуществления деятельности которых является извлечение прибыли. Данные больницы являются аналогом частной системы здравоохранения в Российской Федерации.

3. Частные больницы, целью осуществления деятельности которых является благотворительность. Такие больницы создаются некоммерческими организациями, благотворителями или национальными меньшинствами.

В целом система здравоохранения в США не имеет эксклюзивных методик деятельности, однако система страхования вызывает большой интерес.

Интересным представляется вопрос применения в США телекоммуникационных технологий. Осуществление такого способа оказания медицинских услуг в Российской Федерации будет представлен в следующей главе.

В некоторых штатах США использование телемедицины позволяет устанавливать диагнозы дистанционно, примерами таких штатов являются Аляска, Аризона, Колумбия и так далее. А вот штат Алабама по механизму установки диагноза аналогичен с правовым регулированием в Российской Федерации, что значит, что диагноз можно устанавливать только после первичного осмотра очно.

Однако такой расклад существовал не всегда. Пару лет назад использование телемедицинских технологий было возможно только при условии, что врач и пациент находятся в одном штате. Препятствием в данном случае являлась лицензия. Верховным судом Калифорнии в деле «Hageseth v Superior Court of San Mateo County» оставлено в силе решение нижестоящего суда о привлечении доктора Хегесета к уголовной ответственности за осуществление медицинской деятельности в Калифорнии по лицензии, выданной в штате Колорадо[[16]](#footnote-16).

Данный случай явился прецендентом для расширения возможностей телемедицины. Однако в некоторых штатах в течение 10 лет после вынесения решения по указанному делу никаких изменений не происходило и не происходит до сих пор. На данный момент только 23 медицинских совета штатов выдают лицензии, позволяющие осуществлять медицинскую деятельность путем телемедицины вне рамок одного штата. Такие лицензии называются «cross-state license», а на сайте Center for Connected Health Policy[[17]](#footnote-17) представлена актуальная информация о текущем состоянии телемедицины в каждом из штатов.

Еще одним интересным примером среди ряда государств является Великобритания, в которой преимущественна государственная система здравоохранения. В данной стране действует бесплатная Национальная служба здравоохранения (NHS). Отличительной особенностью данной системы является финансирование за счет налогов, а не за счет системы медицинского страхования. В 2017 году Великобритания потратила £ 197,4 миллиардов на здравоохранение – 9,6% от годового ВВП и занимает десятое место среди стран с самыми большими расходами на здравоохранение в ЕС.

Казалось бы, при эффективно действующей государственной системе здравоохранения проблем быть не должно, однако в отношении Великобритании отмечается сильный упор на государственную систему с отсутствием поддержки частной медицины, что приводит к долгим очередям, сложностям в кадровом резерве, что подтверждает необходимость стабильного лавирования между всеми системами.

В интервью в рамках XVIII Ассамблеи «Здоровая Москва»[[18]](#footnote-18), которая проводилась с 16 по 19 января 2020 года бывший директор NHS Крис Борн говорит: «Если так можно сказать, мы находим, что «инфляция» NHS выше обычной инфляции — из-за увеличения количества пациентов, их нужд, новых способов лечения и технологий. Поэтому ресурсов всегда требуется больше». Данный процесс совершенно логичен, поскольку привлечение инвестиций из других сфер, или из взаимодействия с частной медициной позволит разрешить как проблему ресурсов, так и проблему нагрузки на персонал, ожидания оказания медицинской помощи и множество других проблем.

Во Франции же, с преимущественно страховой системой здравоохранения, государственное здравоохранение доступно каждому резиденту страны, производящему отчисления в Фонд обязательного медицинского страхования. Если общий доход семьи снижается до установленного предельного значения, лицо получает право на бесплатное медицинское страхование (CMU-C) или помощь в оформлении полиса дополнительного частного медицинского страхования (Aide pour une Complémentaire Santé or ACS). Система здравоохранения Франции частично финансируется за счет обязательных отчислений в Фонд социального страхования (sécurité sociale), производимых работающим населением страны. Как правило, взносы в Фонд социального страхования удерживаются из заработной платы работника в размере 8 %, работодатели оплачивают около 13%. Здравоохранение во Франции также частично финансируется правительством, застрахованный оплачивает небольшую сумму. Государственное медицинское страхование покрывает медицинские расходы в пределах 70-100 % стоимости на такие услуги, как посещение врачей и лечение в медицинских учреждениях.

Рассмотрев механизм организации здравоохранения в определенных странах с различными системами здравоохранения, также вызывает интерес рассмотрение некоторых конкретных ниш здравоохранения в ряде отдельных стран. Такое сравнение позволит рассмотреть данные ниши более детально.

Хорошо известен такой механизм взаимодействия государства и частной системы здравоохранения как государственно-частное партнерство, пример применения этого механизма в Российской Федерации будет рассмотрен в следующей главе. Данный механизм позволяет внедрить финансовые ресурсы в методы управления государством, поэтому представляет собой интерес как для публичной, так и для частной стороны. Но также интересен вопрос сравнительного правоведения по данному механизму, поскольку такой опыт позволит рассмотреть поставленный вопрос шире и может выявить новые пути развития.

Так, например, Великобритания является одним из тех государств, кто наиболее удачно воплотил государственно-частное партнерство[[19]](#footnote-19). С помощью данного механизма обеспечивается продуктивное взаимодействие частной системы здравоохранения и государства, так как денежные ресурсы привлекаются в строительство объектов общественной инфраструктуры и оказания услуг, не ограничиваясь лишь одной сферой[[20]](#footnote-20).

В Германии при реализации этого же механизма созданы  дополнительные пути взаимодействия государства и коммерческой медицины, которые отражены в проектировании, управлении, финансировании государственных объектов, оказании государственных услуг[[21]](#footnote-21). Ранее данные функции относились к государственному ведению.

 Франция также является удачным примером продуктивного государственно-частного партнерства. Особенность данного механизма во Франции заключается в привлечении частных партнеров-инвесторов посредством создания сообщества смешенной экономики (Societe d'Economie Mixte, SEM). Такое сообщество осуществляет деятельность в сфере строительства и реконструкции, управление промышленными объектами, предоставление части общественных услуг, делегированных государством. Кроме того, во Франции в целом вся система здравоохранения построена на частном бизнесе: государство заключает договоры с частными клиниками, а предоставляемые ими медицинские услуги гражданам оплачиваются за счет средств государственного бюджета[[22]](#footnote-22).

 Такой опыт представляется очень эффективным инструментом для взаимодействия государства и частных инвесторов, поэтому следует обратить внимание на те дополнительные механизмы, которые уже созданы и показывают себя как рабочие и приносящие выгоду обеим сторонам процесса.

Рассмотрев зарубежные системы здравоохранения, можно сделать вывод о наличии на данный момент нескольких мировых тенденцией в данной отрасли:

1. Страховые программы не гарантируют доступ к широкому спектру услуг здравоохранения. На практике каждая страховая программа имеет определенный набор гарантий, объем услуг предоставляется дозированно, люди часто находятся в длительном ожидании.

2. Огромные затраты на здравоохранение характерны не только для США, но и в других странах. Расходы на здравоохранение определяются в процентном соотношении от ВВП, и с каждым годам неизбежно увеличиваются. Такое повышение вызывает дефицит бюджета, увеличение налогов, уменьшение социальных льгот и гарантий.

3. Преимущественно государственная система здравоохранения характеризуется такими чертами как: население в большей степени сталкивается с продолжительным ожиданием оказания помощи, услуги нормированы, ограничен выбор врача.

4. Не существует страны с идеальной системой здравоохранения. Необходимо постоянно оценивать факторы, влияющие на здравоохранение, и в зависимости от результатов оказывать предпочтение той или иной системе.

5. Переход на разделение издержек, рыночные цены, свободу выбора для потребителя, конкуренцию повышает эффективность охраны здоровья.

По нашему мнению, наиболее оптимальным вариантом является развитие частной системы здравоохранения, основанное на тесном взаимодействии с государством. Например, государственно-частное партнерство на начальных стадиях организации коммерческой медицины позволит облегчить создание медицинского бизнеса, при этом такой бизнес обеспечит предоставление поддержки государству. На дальнейших стадиях ГЧП приобретет иной вид, однако взаимовыгодные цели будут также достигаться. Также необходимо осуществлять разнообразные программы страхования, которые позволят частным организациям оказывать медицинские услуги гражданам на безвозмездной основе, и при этом не уходить в дефицит. Пересмотр программ страхования позволит привлечь средства из иных сфер, а не только из здравоохранения. Разделение страховых программ возможно в зависимости от уровня оказываемых по ней услуг. Одна программа может включать удовлетворение основных жизненных потребностей, таких как неотложная помощь или ежегодный медицинский осмотр, а другая второстепенных, таких как косметологические, стоматологические услуги. Таким образом, увеличение доли частной медицины позволит создать большое количество рабочих мест как внутри частных медицинских организаций, так и в государственных структурах, которые будут взаимодействовать с коммерческой медициной. Помимо этого увеличится спектр оказываемых услуг, вариативность, скорость оказания услуг, и иные благоприятные факторы, как для государства, так и для населения и представителей бизнеса.

Говоря о вопросе сравнительного правоведения, также хочется уделить внимание решениям высших судов по вопросам здравоохранения и практику рассмотрения дел в данной категории.

На данный момент Конституционный Суд Российской Федерации не имеет решений по проблемам биоэтики и применения биомедицинских технологий, в число которых входят вопросы абортов, клонирования, использования стволовых клеток, генетически модифицированных организмов. В этом усматривается отличие от практики конституционных судов ряда зарубежных стран.

Еще в 1993 году Федеральный Конституционный Суд ФРГ второй раз высказался об условиях, при которых допускается искусственное прерывание беременности женщиной[[23]](#footnote-23).

В 2003 году Конституционный Суд Венгрии своим актом признал пропорциональными ограничения пассивной эвтаназии и запрет активной эвтаназии[[24]](#footnote-24).

В 2012 году Конституционный Совет Франции поддержал законодательное ограничение круга целей, в которых допускается сбор клеток пуповины и плаценты[[25]](#footnote-25).

Рассмотрение подобной категории дел высшими судами является полезным механизмом и позволяет выработать рекомендации и подходы к правовому регулированию в данной сфере. Естественно, основные категории дел в отрасли здравоохранения уже были рассмотрены Конституционным Судом, однако из данного сравнения понятно, что в Российской Федерации в отличие от иных стран большое количество вопросов еще только подлежит рассмотрению и применению в отечественной практике.

Таким образом, изучив механизмы осуществления медицинской деятельности в ряде стран, становится понятно, что разделение на государственную, коммерческую и страховую системы здравоохранения является логичным и абсолютно обоснованным явлением. Каждая страна, основываясь на индивидуальном политическом, экономическом и социальном опыте избирает наиболее подходящую и комфортную для населения систему. Естественно, ни одно из государств не может обеспечить осуществление здравоохранения так, чтобы незащищенной не оставалась ни одна категория граждан. Так или иначе, каждая система имеет свои преимущества и недостатки, которые отражаются на населении. Страховая система США является дорогой и часто недоступной для большого количества людей, однако государство стремится способствовать разрешению существующих проблем. Также США наращивает темпы в телекоммуникационных технологиях, а Франция, Германия и Великобритания активно взаимодействуют с частной системой здравоохранения в рамках государственно-частного партнерства. Франция покрывает большую часть страховых взносов граждан, а Великобритания имеет стабильную государственную систему. Опыт каждого государства уникален и индивидуален.

# **Глава 2. Частная система здравоохранения во взаимоотношениях с государством, деятельность в условиях глобальных вызовов. Аналитические данные и предложения**

**§ 2.1. Механизмы взаимодействия частной системы здравоохранения и государства**

Несмотря на кажущуюся автономию коммерческой медицины, взаимодействие частной системы здравоохранения с государством имеет большой объем, а влияние государства и внутренних изменений в государственном здравоохранении оказывает большое влияние на частную медицинскую деятельность.

На данный момент существует мнение, что субъекты частной медицины относительно свободны и самостоятельны в своей деятельности. Тот факт, что государство не управляет ими, а лишь выступает регулятором по некоторым вопросам, вызывает сомнения. Так ли это на самом деле или существует множество механизмов взаимодействия государства и частной системы здравоохранения?

Чтобы максимально охватить этот вопрос, стоит приступить к его рассмотрению с самых начальных этапов деятельности частой системы здравоохранения. Таким этапом является процесс лицензирования, не пройдя который, и не получив по его итогу положительный результат, осуществление медицинской деятельности просто невозможно.

Правовое регулирование процесса лицензирования было рассмотрено ранее, поэтому сейчас следует рассмотреть данный процесс как механизм взаимодействия с государством.

ПП РФ № 852 о лицензировании вступил в силу с 1 июня 2021 года, а дополнительные изменения и дополнения вступила в силу с 1 марта 2022 года. На данный момент порядок получения лицензии на первый взгляд очень прост и понятен:

1. Оплатить государственную пошлину.

2. Подготовить необходимый пакет документов.

3. Подать заявление и предоставить пакет документов.

4. Получить лицензию.

Однако второй пункт из данного алгоритма содержит в себе множество преград для медицинской организации.

Не стоит уделять особое внимание тому, что на данном этапе соискатель лицензии должен предоставить подтверждающие документы на помещение, документы о медицинском образовании сотрудников, санитарно-эпидемиологическое заключение и иные документы, получение которых вызывает не так много сложностей. Однако стоит указать, то почти на каждом шаге медицинская организация взаимодействует с государственными органами. Особое внимание хочется уделить требованию о наличии того или иного оборудования.

Например, при лицензировании медицинской деятельности по профилю «неврология» необходимо подтвердить наличие инструментов медицинских хирургических. Условная медицинская организация приобретает данные инструменты на вторичном рынке, с целью получения лицензии, и после получения таковой продает их другому лицу, стоящему в очереди по получению лицензии. На данный момент на рынке услуг представлена опция «аренда медицинского оборудования почасовая», цель такой услуги в предоставлении того или иного оборудования соискателю лицензию на время нахождения контролирующего органа в лицензируемом помещении.

Отсюда вытекает логичный вывод о том, что медицинские организации вынуждены предпринимать меры сомнительного характера для удовлетворения требований лицензирующего органа. Более того, сам процесс лицензирования представляется как процесс, требующий совершения фиктивных усилий, в результате чего статус государственных органов и государства в целом очень страдает.

Таким образом, взаимодействие государства и частной системы здравоохранения имеется на каждом уровне получения лицензии. Такое взаимодействие имеет множество сложностей для представителей частной медицины и не имеет особой выгоды и пользы для государства.

Интересным примером правоприменительной практики, позволяющим заявить о некоторой чрезмерности включения в федеральный закон о лицензировании большого ряда услуг, является Решение Верховного Суда РФ от 26.10.2022 № АКПИ22-724 о признании частично недействующей номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н[[26]](#footnote-26).

В разделе «A» Номенклатуры под кодом «A23.26.009» поименована медицинская услуга «Ремонт очков». Х., являющаяся индивидуальным предпринимателем и планирующая осуществлять деятельность по продаже и ремонту солнцезащитных очков, очков для подводного плавания и для занятия горнолыжным спортом, указала, что включение названной услуги в Номенклатуру нарушает ее права в сфере предпринимательской деятельности, так как незаконно возлагает на нее при осуществлении деятельности по ремонту очков, не относящихся к медицинским изделиям, обязанность по ее лицензированию как медицинской услуги.

Суд удовлетворил требования гражданки Х, и признал, что ремонт очков не относится к медицинским услугам и включение этой услуги в Номенклатуру не соответствует нормативным правовым актам большей юридической силы.

Представляется, что необходимо предпринять меры для приведения процесса лицензирования в более быстрый процесс, а также в наличие только тех требований, которые будут охватывать деятельность коммерческой медицины фактически, а не гипотетически.

На данный момент предлагается возможность перехода от лицензирования к осуществлению саморегулируемой медицинской деятельности, и оставлением за государством лишь контрольных функций. Данное предложение было бы весьма выгодно для представителей частной медицины, однако не стоит забывать, что медицинская деятельность должна соответствовать всем требованиям и подвергаться дательному контролю для недопущения оказания некачественной медицинской помощи, поэтому, по нашему мнению, такое предложение нецелесообразно и не имеет оснований для введения.

Лицензирование должно быть приведено в процесс, который будет контролировать медицинские организации, и не будет оставлять за ними возможность для лазеек при получении лицензии. Требования к соискателям лицензии должны основываться на их будущей фактической деятельности.

Предлагаемым разрешением данной проблемы является предоставление возможности каждому соискателю лицензии обосновать специфичность планируемой медицинской деятельности, на основании чего лицензирующий орган будет рассматривать вопрос о возможности предоставления лицензии только в рамках заявленных соискателем компетенции. Это позволить сделать процесс лицензирования более индивидуализированным и учитывающим фактический характер деятельности организации.

Также, вопрос лицензирования остается под контрольно-надзорной деятельностью проверяющих органов и во время осуществления медицинской деятельности. Так ч. 4 ст. 14.1 КоАП РФ предусмотрена административная ответственность за осуществление предпринимательской деятельности с грубым нарушением условий, предусмотренных специальным разрешением (лицензией). Примером является Определение Верховного Суда РФ от 13.05.2022 № 307-ЭС22-6248 по делу № А26-5201/2021[[27]](#footnote-27). Требование: о пересмотре в кассационном порядке судебных актов по делу о привлечении общества к ответственности по ч. 4 ст. 14.1 КоАП РФ. В передаче дела в Судебную коллегию по экономическим спорам Верховного Суда РФ было отказано, так как нарушений норм права не было допущено ни судами, ни проверяющим органом. Очень часто ответственность наступает в результате внеплановых проверок, поэтому руководителю коммерческой медицинской организации необходимо постоянно контролировать вопрос соблюдения лицензионных требований, перечень которых достаточно широк.

Отдельным проблемным механизмом взаимодействия государства и частной системы здравоохранения является прессинг санитарно-эпидемиологической службы, как это называют представители частной медицины. Однако в данном случае завышенные требования оправданы, поскольку медицинская деятельность напрямую связана со здоровьем.

Также следует указать на такой способ взаимодействия государства и частной системы здравоохранения как вмешательство государства в характер договора на оказание платных медицинских услуг. Законодатель видит необходимость отнесения такого договора к числу публичных договоров, за счет чего потребители получают равный доступ к медицинской помощи в системе частного здравоохранения. Таким образом, взаимодействие государства и частной системы здравоохранения порой может быть не заметно, однако такое взаимодействие присутствует на всех ступенях деятельности частной системы здравоохранения.

Еще одним механизмом взаимодействия государства и частной системы здравоохранения является участие частной медицины в системе обязательного медицинского страхования (далее по тексту – ОМС).

Если обратиться к статистическим данным за последние пять лет, большинство респондентов, представляющих частную систему здравоохранения, считают что участие в системе ОМС при оказании медицинских услуг нецелесообразно и невыгодно.

Причиной тому являются существующие государственные тарифы, которые в большинстве случаев не только не приносят прибыль, но и не позволяют покрыть себестоимость медицинской услуги.

Если упустить факт прибыльности, еще одной проблемой при участии в ОМС является сложность во взаимодействии с государством, а также неопределенность по вопросу государственного заказа. Непрозрачность распределения квот между участниками рынка вызывает озабоченность, поскольку приводит к невозможности длительного планирования деятельности.

При том, что коммерческая медицина также имеет дорогое эксклюзивное оборудование и готова оказывать помощь для лечения сложных заболеваний, чаще всего предпочтение отдается государственным больницам. При этом частная система здравоохранения испытывает нехватку пациентов, что негативно отражается на деятельности организаций, поскольку для нормального осуществления деятельности и поддержания ресурсов требуется максимальная загрузка.

На данный момент организации выбирают направления для участия в ОМС исходя из доступных им компетенций. Наиболее выгодным направлением является область ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение).

Конкретные данные гласят следующее:

- организации, оказывающие услуги в области ЭКО и ВМП (высокотехнологичная медицинская помощь), составляют 15 % от всех респондентов;

- организации, оказывающие услуги только ВМП составляют 23 % от всех опрошенных;

- организации, оказывающие услуги по всем направлениям, составляют лишь 8 %.

Тот факт, что представители частной системы здравоохранения по-разному относятся к системе ОМС, подтверждает и судебная практика.

Определение Конституционного Суда РФ от 27.12.2022 № 3364-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы акционерного общества «Международный центр репродуктивной медицины» на нарушение его конституционных прав п. 1 ч. 1 ст. 20, п. 1 ч. 2 ст. 20, ч. 6 ст. 38-39, ч. 1 ст. 41Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», ч. 1 ст. 11 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»[[28]](#footnote-28).

По мнению заявителя, оспариваемые положения в их взаимосвязи противоречат статьям 19, 34 (часть 1), 35 (части 1 - 3), 41 (части 1 и 2) и 55 (часть 3) Конституции Российской Федерации, поскольку по смыслу, приданному им правоприменительной практикой, устанавливая обязанность медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, оказывать медицинскую помощь бесплатно всем застрахованным лицам, которые имеют направления на получение медицинской помощи в данной медицинской организации в пределах нормативно определенного срока ее оказания, допускают отказ в оплате фактически оказанной медицинской помощи в случае превышения медицинской организацией объемов предоставления медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденных комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. Однако Судом данная жалоба принята не была ввиду отсутствия нарушения конституционных норм.

Подобным примером является Определение Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации от 31.01.2023 № 306-ЭС22-7565 по делу № А55-2570/2021.

Суть требования состояла во взыскании долга по договорам на оказание и оплату услуг медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Медицинская организация ссылалась на то, что страховой медицинской организацией не в полном объеме была исполнена обязанность по оплате оказанных в спорный период услуг. В удовлетворении требования отказано, поскольку объем предоставления медицинской помощи является условием договора и не может быть изменен в одностороннем порядке; предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи неправомерно[[29]](#footnote-29).

Данные примеры подтверждают, что частная система здравоохранения, участвуя в системе ОМС совершенно не защищена, ей не гарантируется полное возмещение денежных ресурсов. Совершенно логично, что желание участвовать в данном механизме не велико.

Таким образом, рациональным решением существующей проблемы взаимодействия государства и частной системы здравоохранения по вопросу участия в ОМС является отмена системы квотирования, что позволит пациентам самостоятельно выбирать организацию для получения медицинской помощи, стабилизирует деятельной коммерческой медицины, снизит нагрузку с государственных учреждений. Помимо это пересмотр системы страхования в целом также благоприятно скажется на медицинской деятельности, поскольку представители частной системы здравоохранения на данный момент на защищены в случае оказания большего чем ожидалось объема медицинской помощи.

Следующим механизмом взаимодействия государства и частной системы здравоохранения является государственно-частное партнерство (далее по тексту – ГЧП).

Данная модель взаимодействия возникла в Великобритании и сегодня применяется во многих развивающихся государствах, однако конкретной нормативной модели, регулирующей данный процесс, не существует.

В соответствии с Федеральным законом 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», под государственно-частным партнерством понимается объединение ресурсов публичного и частного партнера на определенный срок с распределением рисков[[30]](#footnote-30). Каждая из сторон, заключая настоящее соглашение, получает свою выгоду. Частный партнер – повышение доступности его товаров, работ или услуг, публичный партнер – привлечение в экономику частных инвестиций.

ГЧП может быть реализовано несколькими способами:

1. Инфраструктурные проекты, осуществляемые на основании соглашений о ГЧП или концессионных соглашений, существовавших еще до внедрения закона о ГЧП.

2. Проекты аутсорсинга.

3. Федеральные проекты.

Рассматривая механизм ГЧП, выявляются некоторые проблемы, которые выражаются в следующем.

Во-первых, имеется проблема низкой экономической эффективности инвестиций.

Во-вторых, со стороны частных клиник имеется неудовлетворенность действиями государства и сомнение в выполнении им своих обязательств.

В-третьих, при реализации некоторых форм ГЧП нарушаются гарантии медицинских работников[[31]](#footnote-31) и законодательство о лицензировании, что будет более подробно рассмотрено в последнем параграфе.

Не смотря на то, что вхождение частного капитала в сферу здравоохранения является общемировой тенденцией, на данный момент в России лишь около 20 % частных клиник участвуют в проектах ГЧП, и лишь 8 % рассматривают возможность такого участия.

Отличительным примером ГЧП является реконструкция перинатального центра в городе Казань в 2011 году. Данный проект был заключен на срок 10 лет и заключался в постройке современного медицинского центра, существование которого привело к возрастанию количества и качества операций ЭКО. В последующем, в 2017 году республика Татарстан была признана лучшим субъектом РФ по уровню развития ГЧП в здравоохранении.

Также выдающимися примерами в ГЧП на данный момент является развитие сектора ядерной медицины, что позволяет бороться с раком. Рынок делят крупные отечественные компании: «Росатом», «Роснано», ГК «МедИнвестГрупп». В рамках соглашений о ГЧП компании выпускают оборудование для однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) и позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), что также поддерживает политику импортозамещения иностранных устройств. Более того, осуществляется строительство медицинских центров; разработка сырьевых медицинских радиоизотопов, из которых далее будут изготовлены радиофармпрепараты; оказание медицинских услуг; утилизация медицинских отходов[[32]](#footnote-32).

Однако лишь крупные компании в большей степени довольны государственно-частным партнерством, а представители малого и среднего бизнеса редко решаются вступить в подобный механизм взаимодействия.

Таким образом, механизм ГЧП является современным способом взаимодействия государства и частной системы здравоохранения, широко развит в ряде зарубежных государств и является эффективным инструментом, однако данный механизм нуждается в некоторой корректировке, что приведет и публичную, и частную сторону к получению наиболее выгодных результатов.

Следующим механизмом взаимодействия государства и частной системы здравоохранения следует определить контрольно-надзорную деятельность, проводимую государством с целью соблюдения представителями коммерческой медицины норм законодательства.

Естественно, контрольно-надзорная деятельность применима ко всем отраслям предпринимательской и иной деятельности, однако рассмотрение данного механизма в рамках поставленной темы позволит в очередной раз увидеть, что государство и частная система здравоохранения взаимодействуют более, чем может казаться.

Как было сказано ранее, ввиду того, что коммерческая медицинская деятельность является не просто предпринимательской деятельностью, а еще и носит социальный характер, выражающийся в оказании медицинских услуг, представители частной системы здравоохранения подвержены двойному вниманию со стороны проверяющих органов.

Для начала следует отметить, что органы государственного контроля (надзора), осуществляющие контроль и надзор частных медицинских организаций, можно условно разделить на два типа:

К первой группе относятся те, которые осуществляют проверки в целях контроля охраны здоровья: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (далее по тексту – Росздравнадзор), органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (далее по тексту – Роспотребнадзор), а также иные органы.

Вторая группа – это прочие органы государственного надзора, проводящие проверки коммерческой, предпринимательской деятельности. В эту категорию входят Федеральная служба по труду и занятости, государственные трудовые инспекции в субъектах РФ, Прокуратура, Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (далее по тексту – Роскомнадзор), Федеральная служба по надзору в сфере природопользования, Федеральная налоговая служба, Фонд социального страхования РФ и другие.

Согласно действующему законодательству, главными проверяющими органами в медицинской сфере являются Росздравнадзор и его уполномоченные представительства исполнительной власти Российской Федерации, а также Роспотребнадзор.

Применительно к рассматриваемым в рамках данной работы медицинским организациям, Росздравнадзор в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 30.06.2004 № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения» осуществляет полномочия по государственному контролю качества и безопасности медицинской деятельности посредством проведения проверок:

- соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья;

- соблюдения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

- соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

- соблюдения требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);

- соблюдения медицинскими работниками ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Организация и осуществление федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности регулируются Федеральным законом от 31 июля 2020 года № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации».

Как было сказано ранее, большой массив правоприменительной практики по вопросу привлечения частной медицинской организации складывается ввиду нарушения лицензионных требований, производство по данной категории дел осуществляется в рамках административного производства. Однако также не стоит забывать про привлечение к гражданской и уголовной ответственности.

Переходя к более повседневным аспектам осуществления частной медицинской деятельности, в случае если организация решит дать рекламу об оказываемых услугах, необходимо обратиться к Федеральному закону от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе»[[33]](#footnote-33), а в случае нарушения данного Закона не избежать взаимодействия с Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций, а в случае крайнего невезения взаимодействовать придется и с Федеральной антимонопольной службой Российской Федерации.

В случае если коммерческая медицинская организация не передаст уведомление об обработке персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»[[34]](#footnote-34), Роскомнадзор также изъявит желание узнать причины такого бездействия.

Таким образом, взаимодействие частной системы здравоохранения с государством осуществляется также и за счет контрольно-надзорной деятельности. Такой механизм взаимодействия позволяет пресекать нарушения как на ранней стадии, так и приводит к привлечению к ответственности за уже совершенные правонарушения. В целом таком механизм взаимодействия является совершенно логичным и оправданным, поскольку высокая социальная значимость здравоохранения располагает к этому, а после проведения реформы в контрольно-надзорной деятельности процесс взаимодействия стал более регламентированным и понятным.

Этот и многие другие механизмы взаимодействия государства и частной медицины образуют большой массив информации, который необходимо знать юридическим службам и руководству частной системы здравоохранения для нормального осуществления деятельности. Рассмотрев лишь некоторые механизмы, становится понятно, что частная система здравоохранения и государство находятся в тесном взаимодействии, и в их интересах делать такое взаимодействие наиболее открытым, прозрачным и тесным.

Необходимо помнить, что взаимодействие – это двусторонний механизм, всегда приносящий каждой стороне не только пользу, но и обратное ей. При осуществлении медицинской деятельности частная система здравоохранения каждый день так или иначе взаимодействует с государством, отчитываясь о больничных своих сотрудников, о поставке лекарственных препаратов, об исправленных нарушениях, выявленных в результате контрольно-надзорной деятельности, об обработке персональных данных, о смене места деятельности и так далее. В большинстве механизмов взаимодействия существуют проблемы, требующие внимания или внесения изменений, поскольку такие изменения позволят осуществлять бизнес в коммерческой медицине более эффективно.

# **§ 2.2. Глобальные вызовы современности как основания внесения изменений в деятельность частной системы здравоохранения**

2020 год для множества сфер стал поворотным, в корне меняющим подходы к осуществлению деятельности. Сфера здравоохранения является одной из них, причем те совершенствования, которые были внесены в систему охраны здоровья, являются глобальными и укоренились навсегда. Такая потребность в реформировании еще больше продвинула систему здравоохранения на путь цифровизации и использования иных телекоммуникационных способ оказания медицинских услуг. Однако кроме масштабных изменений существуют и иные, более локальные, на уровне государства или же в конкретной сфере. Такие изменения вносят коррективы в привычный механизм предоставления медицинских услуг и подлежат изучению.

21 век является веком новых технологий, поэтому необходимо в полной мере оценивать влияние цифровых технологий на медицинскую деятельность, а такое влияние очень велико. Появляются новые методы сбора, учета информации, информационные системы.

Еще в середине прошлого века появилась идея создания Единой государственной системы здравоохранения (далее по тексту – ЕГИСЗ), но к реализации данного проекта приступили только в 2008 году, и только в 2018-2019 годах система была интегрирована, пройдя долгий путь согласований и проверок. Суть данной системы состоит в хранении и сборе информации, которая позволит организовать порядок оказания медицинской помощи более просто и надежно[[35]](#footnote-35). В систему входит 13 подсистем, работа происходит на 3 различных уровнях. На данный момент присоединение частной системы здравоохранения является обязательным условием для получения лицензии. На данный момент лишь немногие организации осуществляют максимальную передачу информации в ЕГИСЗ, однако полномасштабный переход к данному механизму будет способствовать облегчению взаимодействия государства и частной системы здравоохранения.

Меняется и реформируется и программное обеспечение, которое позволяет заменить медицинские карты на материальных носителях на электронные медицинские карты, технологии искусственного интеллекта также активно внедряются при оказании медицинской помощи.

Национальное европейское законодательство, в частности французское, предусматривает осторожный подход в части искусственного интеллекта, разрабатывая новую норму Кодекса Франции о здравоохранении, и устанавливает, что никакое медицинское лечение не может быть назначено только на основе алгоритмического решения. Разработчики алгоритмической обработки медицинских данных обеспечивают прозрачность работы алгоритма[[36]](#footnote-36).

Одним из последних изменений является введение электронных рецептов. Данное нововведение вызвано всеобщей тенденцией на сокращение взаимодействия медицинского учреждения и пациента по основаниям, не требующим обязательного надзора врача. Следует сказать, что такая тенденция вытекает из одного из вызовов современности, которое можно трактовать как цифровизация.

На данный момент еще не существует единой платформы для оборота электронных рецептов. Однако субъекты российской Федерации один за другим подключаются к данной системе. Появляются приложения, например «Мой рецепт», работающий по всей стране, или локальные проекты, такие как «Электронный рецепт» в Москве. При разработке платформ в приоритете выписывание электронных рецептов льготным категориям граждан.

Отдельным направлением, которое заслуживает более детального рассмотрения, является телемедицина, получившая законодательное закрепление во многих странах. Опыт ее применения в ряде зарубежных стран был рассмотрен в предыдущей главе.

При повышении качества жизни у общества появляется закономерный спрос на получение медицинской помощи более доступными способами, а также идет повышение интереса к состоянию здоровья, что в совокупности приводит к внедрению новых технологий в сфере здравоохранения. Некоторые ученые называют телемедицину седьмой революцией в сфере здравоохранения.

В 2020 году ряд государств столкнулся с серьезными проблемами по организации здравоохранения. Введенные из-за коронавирусной инфекции ограничения для снижения скорости распространения инфекции привели к прекращению плановых осмотров. При этом потребность в получении медицинской помощи не уменьшилась, а скорее увеличилась. На данном этапе и произошло осознание острой необходимости внедрения телемедицины.

Несмотря на то, что последние 20 лет телемедицина активно развивалась во всем мире, российское и зарубежное законодательство на данный момент не имеет универсального механизма, который позволил бы достичь главных целей телемедицины, к которым относится доступность, эффективность, удобство.

Определить общий термин «телемедицина» по причине прогрессивного развития данного процесса в последние годы довольно сложно. По данным Всемирной организации здравоохранения (далее по тексту – ВОЗ) в 2010 году насчитывалось более 100 определений телемедицины. Ввиду такого теоретического разнообразия ВОЗ предложила ввести единое универсальное определение, однако в нормативно-правовом регулировании государств-членов изменения не произошли. На основании данного факта, а также имея представление о статусе телемедицины в ряде государств, ВОЗ определила наличие существенных проблем в нормативно-правовом регулировании телемедицины, однако с тех пор многие проблемы так и остались неразрешенными.

Действующая редакция Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дает следующую дефиницию телемедицинским технологиям: «информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента».

Если исходить из данного определения, то на данный момент в Российской Федерации существует два направления взаимодействия в рамках телемедицины: вертикальный и горизонтальный.

Вертикальный уровень позволяет взаимодействовать врачу и пациенту, в то время как горизонтальный уровень обеспечивает связь между врачами и иными специалистами, является основой для проведения заседаний, консилиумов и иных консультаций по вопросам оказания медицинской помощи.

На данный момент телекоммуникационные технологии применяются по ряду исчерпывающих вопросов, оказание непосредственно медицинской помощи невозможно:

- случаи профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;

- случаи принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

Естественно, применение телемедицины возможно не на всех направлениях медицины, однако та система, которая существует на данный момент, подлежит изменениям для более глубокого внедрения телемедицины в процесс оказания медицинской помощи.

В условиях короновирусной инфекции позитивных изменений в федеральном законодательстве не произошло, однако есть пример внедрения технологий на уровне региона. Приказ департамента здравоохранения города Москвы от 6 апреля 2020 г. № 356 «О применении телемедицинских технологий при организации оказания консультаций по вопросам коронавирусной инфекции COVID-19 и подборе персонала в медицинские организации города Москвы» [[37]](#footnote-37)способствовал созданию телемедицинского центра для помощи в виде оказания консультаций пациентам с подтвержденной инфекцией.

Данный пример позволил оценить плюсы применения телемедицинских технологий, снизил нагрузку с медицинских учреждений, помог большому количеству людей. Подобные структуры могут создаваться и в иных регионах для борьбы с иными видами заболеваний.

В широком смысле телемедицина – это отрасль, возникшая в результате применения цифровых средств для получения информации о состоянии здоровья и иных данных, источником которых является человеческий организм. Это могут быть и мобильные приложения для хранения и систематизации различной информации, и программы для расчета дозировки препаратов, двигательной активности для похудения и так далее.

Следует указать, что на данный момент существует несколько основных причин несовершенства нормативно-правового регулирования.

Во-первых, институт телемедицины является довольно новым явлением, которое начало активно и прогрессивно развиваться только последние несколько лет. Государство и медицинское сообщество не могут определить конкретные пределы телемедицины, а также риски, возникающие при ее использовании.

Во-вторых, осуществление телемедицины требует соблюдения большого объема законодательства из разных отраслей права: защита персональных данных, врачебная тайна, законодательство о лицензировании, законодательство об оказании медицинских услуг и так далее.

При этом, существует также проблема отсутствия возможности диагностики заболевания дистанционным способом, поскольку тогда необходимо разрешить вопросы об ответственности врача, страховом возмещении и иных вопросах, которые давно разрешены при оказании медицинской помощи очно.

Несмотря на то, что 2020 год является годом глобального вызова современности и воспринимается как тяжелый отрицательный период, следует сказать, что данный вызов стал отправной точкой для множества совершенствований, которые были просто необходимы. Такой опыт стал катализатором и ускорителем прогресса.

Среди новых цифровых технологий внимание заслуживает не только телемедицина.

Так цифровизация внедряется и в фармацевтическую отрасль, что позволит улучшить систему разработки, производства и обращения лекарственных препаратов, биомаркеров и иных фармацевтических технологий[[38]](#footnote-38).

Также на данный момент Министерство здравоохранения внедряет использование робототехники при оказании медицинских услуг. Так, к числу медицинских инструментов, аппаратов, приборов и прочих изделий, применяемых в медицинских целях отдельно, в сочетании или вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий, Росздравнадзор относит и специальное программное обеспечение, которое предназначено производителем для профилактики, диагностики, лечения заболеваний и медицинской реабилитации, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований.

В соответствии со ст. 34 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусматривается оказание высокотехнологической медицинской помощи, включающей в себя применение новых сложных и уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, к которым наряду с клеточными технологиями, роботизированной техникой и информационными технологиями отнесены и методы генной инженерии.

Таким образом, можно сказать, что цифровизация является одним из глобальных вызовов современности, поскольку данный процесс вынуждает вносит изменения в порядок и алгоритм осуществления медицинской деятельности. Данный вызов определенно является положительным, поскольку позволяет оказывать помощь пациентом с меньшими временными, материальными и моральными затратами. Однако не стоит забывать, что любое явление имеет и отрицательную сторону. Переход на полную цифровизацию и автоматизацию ограничивает человеческий фактор, который является необходимым для большого количества пациентов.

Также цифровизация вызывает и множество правовых вопросов, недоверие со стороны потребителя и сомнения среди представителей медицинского сообщества. Так или иначе, данный процесс в ближайшее время будет только развиваться и внесет еще множество корректив и вопросов.

Соблюдение прав человека, защита его персональных данных, в сочетании со стремлением создать единую информационную базу, является также вызовом, который вносит изменения в осуществления медицинской деятельности.

С 1 марта 2023 года были внесены изменения в ст. 92 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Данная статья регламентирует ведение персонифицированного учета в сфере здравоохранения и теперь действует в новой редакции.

Нововведение заключается в том, что теперь учет персональных данных ведется в отношении следующих лиц:

- лиц, участвующих в осуществлении медицинской и фармацевтической деятельности;

- лиц, обучающихся по образовательным программам среднего профессионального и высшего медицинского образования, образовательным программам среднего профессионального и высшего фармацевтического образования;

- лиц, которым оказывается медицинская помощь, а также в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.

Одним из последних глобальных вызовов современности является обострение международных отношений, которое привело к введению большого количества санкций. Санкции неизбежно затронули и сферу оказания медицинских услуг, как государственную систему здравоохранения, так и частную.

Одной из сложностей, появившихся в результате санкций, является параллельный импорт. Частные медицинские организации являются покупателями большого количества медицинских препаратов различного назначения, которые производятся за рубежом. В случае ввоза таких препаратов на территорию Российской Федерации возникает вопрос о невозможности предоставления всего комплекта необходимых документов, полагающегося к тому или иному препарату. На данный момент перед медицинскими организациями стоят некоторые вопросы, которые не могут быть разрешены в силу отсутствия комментариев и разъяснений со стороны законодателя. Неясность возникает ввиду того, что данный процесс существует короткий период времени, и законодателю еще не удалось ликвидировать все разночтения и неточности трактования. Однако в целом данное нововведение в будущем позволит частной системе здравоохранения приспособиться к санкционным ограничениям и осуществлять деятельность как прежде.

Подводя итог всему вышесказанному, становится ясно, что глобальных вызовов современности с каждым годом становится только больше. Глобальные эпидемии, политически изменения, цифровизация, новые технологии, все это и многое другое выводит осуществление медицинской деятельности на новый уровень. Частные системы здравоохранения вынуждены не только сохранять прежний темп оказания медицинских услуг, но при этом на них налагается обязанность подстраиваться под внешние изменения, под рекомендации и потребности государства, поскольку в критические моменты для любой страны необходимо объединение всех возможных ресурсов. Необходимо поддержать развивающие на данном этапе изменения в сфере здравоохранения и внедрить их наиболее эффективно.

**§ 2.3. Аналитические данные. Проблематика и инструменты ее разрешения**

Рассмотрев тему данной работы, организационно-правовую основу деятельности частной системы здравоохранения, механизмы ее взаимодействия с государством, существующие правовые пробелы и коллизии, а также сравнив частную систему здравоохранения зарубежных стран с Российской Федераций, определив логичность существования страховой, государственной и коммерческой системы здравоохранения, рассмотрев глобальные вызовы современности, влияющие на сферу здравоохранения, появился закономерный интерес и желание во внесении своих предложений, изменений, и проведении аналитической работы в целом.

Учитывая, что в последние годы складывается тенденция актуализации вопросов правового сопровождения здравоохранения, защиты прав пациентов и медицинских работников, хотелось бы проанализировать частную систему здравоохранения с практической точки зрения, для чего было проведено интервьюирование Груздева Дениса Анатольевича – врача-косметолога, учредителя сети медицинских клиник «Клиника доктора Груздева», активного деятеля в области оказания медицинских услуг, опытного человека в сфере построения бизнеса. Проведение данного интервью позволило узнать мнение представителя частной системы здравоохранения, что приводит к подтверждению актуальности предложений, представленных ниже и в рамках всей работы.

На вопрос: «Что по вашему мнению является самым сложным при осуществлении медицинской деятельности, что важнее всего при построении бизнеса в данной отрасли?» от Дениса Анатольевича был получен следующий ответ:

«Скорее всего, наиболее сложным и энергозатратным является начальный этап, когда необходимо собрать персонал и получить лицензию. Очень важно включить в состав сотрудников тех людей, которые обладают компетенций позволяющей осуществлять медицинскую и предпринимательскую деятельность с минимальным количеством нарушений, затрат на их устранение. Одну из важнейших ролей, по моему мнению, играет юридическая служба. На практике сотрудники-юристы обеспечивают не только юридическое сопровождение деятельности, но и являются тем отделом, который в курсе всего происходящего в клинике, что позволяет помогать всем сотрудникам без исключения».

На вопрос: «Скажите пожалуйста, участвуете ли вы в системе ОМС, государственно-частном партнерстве, или взаимодействуете ли с государством иными способами?» был получен следующий ответ:

«На данный момент сеть клиник, учредителем которых я являюсь, оказывает медицинские услуги по профилю косметология, флебология и неврология. Участие в системе ОМС И ГЧП в рамках текущих условий мне представляется нецелесообразным и необоснованным. По опыту своих коллег имею хорошее представление о подобном опыте, но при осуществлении медицинской деятельности по другому профилю. Данные системы требуют большого внимания и выделения большого количества ресурсов клиники, поэтому в будущем таком возможности не отрицаю, но на данном этапе такое взаимодействие не предвидится».

На вопрос: «Какие предложения по внесению изменений в действующее законодательство или какие практические изменения вы бы хотели предложить?» был получен следующий ответ:

«Поскольку я самостоятельно не осуществляю юридическое сопровождение, а наделяю такими полномочиями юридическую службу, не могу оценить ситуацию в полной мере. Однако могу выделить такой момент, как несобранность всех нормативных актов, касающихся осуществления медицинской деятельности в одном источнике. При возникновении того или иного вопроса приходится обращаться к детальному поиску, в то время как есть возможность создать акт, более широко содержащий в себе все необходимое».

Следующий вопрос звучал так: «Скажите, каково по вашему мнению взаимодействие государства и частной системы здравоохранения? Хотелось бы что-то изменить», ответ на него был следующим: «Взаимодействие велико было, есть, и полагаю будет. Клиника всегда находится под внимательным контролем государственных органов, по крайне мере складывается такое ощущение. По вопросу изменений, скорее всего, хотелось бы видеть более детальный подход при каждом взаимодействии, но для этого требуются большие изменения в системе».

В целом, при разговоре с Денисом Анатольевичем им были одобрены все предлагаемые в настоящей работе предложения и изменения, которые внесут ясность в практическое осуществление деятельности частной системы здравоохранения. Денис Анатольевич также отметил актуальность рассмотренных глобальных вызовов современности и указал на важность и новизну рассматриваемой темы в целом.

Если говорить о конкретных проблемах, выявленных по ходу написания данной работы, и способах их разрешения, следует выделить следующее.

Во-первых, организационно-правовое регулирование частной системы здравоохранения разнообразно, но есть и негативные последствия, которые порождаются таким многообразием. Предлагаемым способом разрешения существующей проблемы является введение дифференцированного подхода при рассмотрении споров с требованием, входящим в предмет здравоохранения. Каждый рассматриваемый случай должен учитывать всю специфику оказанных услуг, а также специфику деятельности исполнителя, поскольку медицинские услуги различны по степени вмешательства, по видимости результата от услуги, по состоянию здоровья потребителя и так далее.

Также большой объем нормативной базы должен учитывать высокий социальный характер медицинской деятельности, сочетание рискового характера медицины и предпринимательской деятельности. Частная система здравоохранения хоть и подчиняется тем же актам, что и государственная система здравоохранения, однако данные системы различны и это тоже должно приниматься во внимание.

На данный момент в результате сложности правоприменения, возникло такое явление как «оборонительная медицина», суть которой заключается в увеличении количества оказываемых медицинских услуг. Однако такое увеличение направлено не на охрану здоровья потребителя, а на защиту от возможных претензий к частной системе здравоохранения от пациента или его представителя, или даже государства. Данное явление понижает социальный статус здравоохранения, приводит к чрезмерному расходованию ресурсов как материальных, так и человеческих, когда такие ресурсы могли быть направлены на благо.

Во-вторых, не все изменения в законодательстве, даже те, которые упрощают деятельность частной системы здравоохранения, положительны. До 2021 года в законодательстве о лицензировании существовало положение, обязывающее руководителей медицинских организаций или их заместителей иметь высшее медицинское образование и стаж работы в области медицины не менее 5 лет. Современное законодательство о лицензировании таких требований не содержит, что неблагоприятным образом сказывается на организации оказания медицинской помощи. Упрощение требований для руководящих должностей не может оцениваться как положительное изменение законодательства, поскольку не обеспечивает должную охрану интересов потребителей, а также негативно сказывается на самой деятельности медицинской организации.

В-третьих, в Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 25 декабря 2018 г. № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций» установлены клинические рекомендации, которые регламентируют вопросы диагностики, профилактики, лечения и реабилитации. На данный момент принято более 450 клинических рекомендаций, которые регулярно обновляются. По коронавирусной инфекции (COVID-19) клинические рекомендации неоднократно изменялись в течение 2020 года.

Клинические рекомендации широко используются при судебно-медицинской экспертизе, наделяются элементами нормативного регулирования, признаются судами как носящие обязательный характер[[39]](#footnote-39).

Казалось бы, наличие таких рекомендаций носит исключительно положительный характер, однако включение в них вариантов медицинского вмешательства и описания последовательности действий медицинского работника исключает при их точном применении медицинскую ошибку и ответственность врача за неблагоприятный исход[[40]](#footnote-40). Приобретение ими особого нормативного характера оказывает существенное влияние на правоприменительную практику и деятельность в медицинской и правовой сфере в целом. Примером является 2020 год, в котором через локдауны, самоизоляцию и иные меры решения публичной власти исходили из клинических рекомендаций, первоосновы, повлиявшей на жизнь общества.

Таким образом, следует сделать вывод, что тотальная стандартизация сферы здравоохранения может привести к ущербу процесса оказания медицинской помощи. Действие строго в рамках рекомендаций невозможно, поскольку каждый клинический случай индивидуален, в то время как отхождение от рекомендаций влечет ответственность врача и медицинской организации. На данный момент именно на основе медицинской документации проводится судебно-экспертная оценка неблагоприятного исхода медицинской помощи, поэтому ей уделяется огромное количество времени, иногда неоправданно чрезмерное.

Логичным разрешением данной проблемы станет расширение клинических рекомендаций, благодаря которому оказание медицинских услуг будет происходить с учетом индивидуальных особенностей рассматриваемого случая, а ответственность наступать не будет ввиду действия в рамках закона. Другим способом является разграничение клинических рекомендаций на уровни обязательности, где свобода будет предоставлена при оказании медицинских услуг, но строго регламентирована при исполнении технических, лицензионных и иных требований.

В-четвертых, еще одной проблемой, выявленной уже при анализе правоприменительной практики, является вопрос роли Конституционного Суда Российской Федерации по делам, относящимся к отрасли медицинского права. Согласно официальной статистике Конституционного Суда Российской Федерации (далее КС РФ) за 2018 год поступило всего 53 обращения, касающихся вопросов здравоохранения, из общего числа 15 149 обращений, что составляет 0,35 %. В предыдущие года статистика имела примерно такие же значения.

С одной стороны, можно сделать вывод о том, что большое количество обращений подтверждает неверное правоприменение. Например, при возникновении вопроса «вправе ли лицо требовать допуска в отделение реанимации для посещения сожительствующего с ним пациента одного пола?», такой вопрос не удовлетворяет требованиям допустимости, хотя по факту относится к категории «медицинское право». С другой стороны, можно сделать вывод о том, что решения КС РФ часто не учитываются при вынесении решения иными судами, примером служит вопрос о нахождении в психиатрическом учреждении при принудительной госпитализации[[41]](#footnote-41). Чаще всего такая невозможность возникает в результате несовпадения мнения КС РФ и законодательства. Третьим выводом является противоположный второму заключению тезис: решения КС РФ широко применимы судами общей юрисдикции. Примером служит вопрос о возможности ознакомления со сведениями, составляющими врачебную тайну родственниками умершего[[42]](#footnote-42).

Таким образом, логичным напрашивается вывод о том, что решения Конституционного Суда Российской Федерации должны оказывать влияние на правоприменительную практику, однако для этого необходимо допускать на рассмотрение больше дел, относящихся к категории медицинского права. После вынесения решений необходимо оценивать их соответствие законодательству и вносить соответствующие изменения при такой необходимости. Роль практики КС РФ в системе источником медицинского права определяется не количеством вынесенных решений, а их значимостью, применимостью, и возможностью влиять на законотворческую и правоприменительную среду[[43]](#footnote-43).

Велика роль решений не только Конституционного суда, но и Верховного суда, чьи разъяснения оказали бы существенное влияние на осуществления частной медицинской деятельности.

При аналитике механизмов взаимодействия частной системы здравоохранения и государства в сфере охраны здоровья, было выявлено несколько ключевых путей взаимодействия. Однако представляется, что таких механизмов может быть больше, а результат может быть более продуктивен, чем есть на данный момент.

Во-первых, выгодной формой взаимодействия для обеих сторон представляется заключение инвестиционного договора, то есть договора аренды с инвестиционными обязательствами. Предметом договора аренды будут являться неиспользуемые или свободные под аренду государственные медицинские помещения, арендатором является частная система здравоохранения. Арендодатель в лице государства получает денежные средства, снимает с себя обязанность содержания недвижимости, более того улучшает инфраструктуру города за счет отсутствия необходимости в строительстве новых зданий под осуществление медицинской деятельности арендатором.

Еще одним предложением по внесению изменений в действующее правовое регулирование, следующим из предыдущего предложения по взаимодействию, является пересмотр механизма государственно-частного партнерства в форме концессионного соглашения[[44]](#footnote-44).

Объекты здравоохранения в соответствии с п. 13 ч. 1 ст. 4 Федерального закона от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях»[[45]](#footnote-45) определены в качестве объекта концессионного соглашения. Однако следует помнить, что обязательным лицензионным требованием к осуществлению медицинской деятельности определяется требование являться титульным владельцем недвижимости. Владение подразумевает постоянное поддержание удовлетворительного состояния недвижимости и влечет большие финансовые вложения на постоянной основе.

В рамках концессионного соглашения перед подписанием между концедентом и концессионером акта приема-передачи и подачей заявления на государственную регистрацию прав владения и пользования концессионера на недвижимое имущество, вещное право учреждения здравоохранения на объект соглашения подлежит прекращению. Следовательно, с прекращением права оперативного управления на объект соглашения учреждение здравоохранения автоматически перестает соблюдать указанный ранее лицензионный норматив и переходит в число лиц, грубо нарушающих лицензионные требования. Последствием такой перемены является риск привлечения учреждения и его руководителя к административной ответственности, или вообще к прекращению лицензии. Также имеется и риск социальных последствий, поскольку граждане, еще вчера получавшие медицинские услуги по месту регистрации, сегодня увидят на этом месте частную клинику, выражаясь грубо.

Для разрешения такой проблемы и соблюдения интереса всех сторон, а также для соблюдения требований законодательства, необходимо заменить концессионное соглашение на иной вид соглашения, созданный специально под рассматриваемый механизм государственно-частного партнерства. В случае сохранения старой формы взаимодействия, избежать правовые коллизии вряд ли получится.

Такое соглашение может содержать те же условия, что и концессионное соглашение, однако иным будет условие о праве собственности на объект соглашения. Более логичным является передача права собственности сразу после подписания соглашения, но необходимо предусмотреть санкции для получателя объекта недвижимости в случае неисполнения им своих обязанностей.

Фроловский Н.Г. говорит: «Видится, что реализация идеи временного восполнения титульного владения учреждением здравоохранения объектом недвижимости, в котором оно оказывает медицинскую помощь и которое передано в концессию, должна способствовать созданию юридических гарантий осуществления непосредственной врачебной деятельности медицинскими работниками, устранению ситуации объективного возникновения признаков нарушения учреждениями здравоохранения лицензионных требований и установлению нормативного баланса интересов частных инвесторов (концессионеров), публично-правовых образований (собственников) реконструируемых объектов и учреждений здравоохранения.

Во-третьих, следующим примером выгодного и полезного взаимодействия государства и частной системы здравоохранения может являться «аутстафинг», то есть обмен специалистами, навыками и умениями между сотрудниками частных и государственных медицинских учреждений. Данный навык позволит применять ранее неизученные навыки или методы, применимые к оказанию медицинской помощи, а также восполнять иные ресурсы.

В-четвертых, следующим ключевым предложением является увеличение поддержки малого и среднего бизнеса, поскольку на данный момент лидирующие позиции в основном занимают несколько крупных организаций. Предполагаемыми мерами поддержками является более прозрачное распределение квот, усиление государственных гарантий, реформирование системы ОМС и другие меры.

Для примера рассмотрим организации, производящие медицинские изделия. Так компания «Эверс» получила от Фонда развития промышленности (ФРП) льготный заем в размере 72 миллионов рублей для создания первого в России производства средств по уходу за ранами.

Данный пример положителен, ведь Российская Федерация на данный момент осуществляет медицинскую деятельность в рамках санкционных ограничений, а также остро нуждается в материалах по уходу за ранами.

ООО «Нетканика» выпускает средства индивидуальной защиты для медиков: халаты, шапочки, бахилы, маски, одноразовые простыни, одноразовую одежду и белье. У предприятия своя лаборатория, специалисты разрабатывают новые виды продукции с высокими свойствами прочности и защиты, которые при этом не токсичны.

В 2021 году «Нетканика» получила от Московского фонда поддержки промышленности и предпринимательства 300 миллионов рублей в качестве льготного займа на расширение производства.

Естественно, вклад данных компаний в медицину Российской Федерации неоценим, однако данные бизнес-гиганты уже зарекомендовали себя на рынке и имеют большой оборот собственных средств, в то время как существует большое количество представителей малого и среднего бизнеса, инвестирование в которых также позволило бы получить большое количество ресурсов, таких как медицинские изделия, лекарства и иные материалы, в которых существует необходимость.

Возможным вариантом является кредитование малого и среднего бизнеса на особых условиях, или же инвестирование на ранних этапах деятельности с последующим предоставлением получателем инвестиций услуг или товаров медицинского назначения.

Все указанные проблемы являются отражением повышенной социальной значимости медицинской деятельности, которая характеризуется и иными экономическими, финансовыми, организационными противоречиями, свойственными здравоохранению. Добавить чрезмерную конфликтность отдельных пациентов на фоне неадекватных потребительских ожиданий и ограниченности ресурсов, высокий риск осложнений, сопровождающий оказание медицинской помощи, особенно экстренной, высокотехнологичной, и получится большой массив вопросов, требующих разрешения. Такие решения могут иметь отрицательный эффект, что тоже важно заметить и остановить негативное влияние. Таким образом, здравоохранение – это динамично развивающая отрасль, которая требует большого внимания законодателей, теоретиков и практиков.

# **Заключение**

Проведенное исследование темы выпускной квалификационной работы, затрагивающее правовые аспекты деятельности частной системы здравоохранения и взаимодействие с государством в рамках глобальных вызовов современности, позволяет сделать следующие выводы:

Во-первых, выделение частной системы здравоохранения и разграничение ее деятельности с государственной и муниципальной системой здравоохранения является логичным и обоснованным решением. Ввиду высокой социальной значимости отрасли осуществления медицинских услуг и оказания медицинской помощи, организационно-правовые основы деятельности частной системы здравоохранения включают в себя широкий ряд нормативно-правовых актов, которые можно условно разделить на две категории. Первая категория актов относится к регулированию частной медицинской деятельности как предпринимательской, вторая категория актов регламентирует непосредственно медицинскую деятельность. Несмотря на имеющуюся объемную нормативную базу, существует ряд проблем, требующих разрешения. Примером является получение результата от медицинской услуги не сразу после ее оказания, а через определенное время, что создает сложность оценки оказания услуг, осложняет формирование качественного законодательства, приводит к формированию неоднозначной судебной практики. Из-за того, что не учитывается специфика осуществляемой деятельности и не происходит дифференциация оказываемых услуг и применяемого законодательства, частная медицина вынуждена приспосабливаться к данному пробелу. Такой феномен привел к возникновению категории «оборонительная медицина», суть которой заключается в увеличении количества медицинских услуг, направленных не на здоровье пациента, а на предотвращение возможных отрицательных последствий для частной медицины. Данное явление понижает социальный статус здравоохранения, приводит к чрезмерному расходованию ресурсов как материальных, так и человеческих, когда такие ресурсы могли быть направлены на благо. Большой объем требований, предъявляемых к медицинской документации, и отсутствие детальных пояснений к таким требованиям также приводит к возникновению угрозы некачественного оказания медицинских услуг, поскольку зачастую медицинские организации в первую очередь стараются обезопасить себя и уделяют внимание соблюдению формальных требований, а не охране здоровья пациента. В данном случае также существует острая необходимость дифференцированного подхода к правовой базе. Специфика осуществления деятельности как предпринимательской, так и медицинской одновременно должна быть также учтена и должна служить основанием для внесения нововведений в организационно-правовое поле частной системы здравоохранения.

Во-вторых, сравнительный правовой анализ, проведенный при изучении таких стран как Великобритания, Франция и США, позволил сделать вывод, что каждая система здравоохранения: государственная, коммерческая и страховая, имеет свои преимущества и недостатки, и лишь пропорциональное распределение каждой системы внутри страны позволит поддерживать сферу здравоохранения на эффективном уровне. Также удалось сформулировать основные мировые тенденции в сфере здравоохранения. Особый интерес представляет страховая система США, при преимущественно коммерческом здравоохранении, а также использование в данном государстве телекоммуникационных технологий. Пример Великобритании указывает на необходимость соблюдения социальных, экономических и иных интересов государства с целью недопущения предоставления преимущества только одной системе, в данном случае государственной. Изучение правоприменительной практики, складывающейся в том числе на основании решений конституционных судов, указывает на важность наличия таких решений, и на необходимость Российской Федерации внедрять больше категорий для рассмотрения обращений из сферы здравоохранения.

В-третьих, невозможно сказать, что осуществление частной медицинской деятельности происходит автономно. Был выявлен широкий ряд механизмом ее взаимодействия с государством. Начиная с лицензирования, продолжая государственно-частным партнерством, системой обязательного медицинского страхования, контрольно-надзорной деятельностью и иными механизмами. Более того, частная медицинская деятельность является объектом, к которому постоянно предъявляются разнообразные требования, поскольку не стоит забывать о высокой социальной значимости такой деятельности. Нередко механизмы взаимодействия имеют некоторые противоречивые и проблемные нюансы. Так при государственно-частном партнерстве представители частной системы здравоохранения говорят о низкой заинтересованности в таком процессе, поскольку считают гарантии государства и непрозрачность распределения квот серьезными препятствиями. Система обязательного медицинского страхования на данный момент подходит далеко не для всех медицинских организаций, в чем выявляется необходимость реформирования данного механизма взаимодействия и всей системы ОМС в целом. Также острой проблемой являются излишние требования, предъявляемые к медицинским организациям на этапе лицензирования. Такие требования не охватывают фактический характер будущей медицинской деятельности и не могут служить инструментом защиты населения от оказания некачественной медицинской помощи. Решением данной проблемы может являться более индивидуализированный подход, при котором соискатели лицензии смогут обосновать специфику планируемой медицинской деятельности и выделить те требования, которые не могут быть применимы к ним из-за такой специфики. Так или иначе, взаимодействие государства и частной системы здравоохранения неразрывно, а рост объема такого взаимодействия будет исключительно положителен, поэтому необходимо предпринимать различные инструменты для достижения данной цели.

В-четвертых, было выявлено большое количество глобальных вызовов современности, влияющих на осуществление частной медицинской деятельности. Цифровизация, искусственный интеллект и иные технологии не могут не влиять на частную медицинскую деятельность. Активный переход на электронные рецепты, единую государственную информационную систему здравоохранения, иные реестры данных уже используются при осуществлении коммерческой медицины. Более всего вызывает внимание телемедицина, новый виток развития получившая в 2020 году. Эпидемиологические катастрофы выявляют проблемные вопросы в сфере здравоохранения, подталкивают на создание инновационных подходов к осуществлению медицинской деятельности. Политические изменения также существенно влияют на оказание медицинских услуг, для чего вводится параллельный импорт, которому еще только предстоит получить окончательное правовое закрепление. Возникновение глобальных вызовов не прекратится никогда, поэтому частные системы здравоохранения вынуждены не только сохранять прежний темп оказания медицинских услуг, но при этом на них накладывается обязанность подстраиваться под внешние изменения, под рекомендации и потребности государства, поскольку в критические моменты для любой страны необходимо объединение всех возможных ресурсов. Именно поэтому необходимо поддержать развивающие на данном этапе изменения в сфере здравоохранения и внедрить их наиболее эффективно, поскольку любые новшества на первых этапах внедрения очень часто приводят к возникновению правовых коллизий и неточностей.

В-пятых, в ходе проведения аналитической работы были выявлены дополнительные, не озвученные ранее наиболее острые проблемы при осуществлении частной медицинской деятельности, а также предложены пути их разрешения. Организационно-правовое регулирование своим многообразием нормативно-правовых актов часто вносит неясность при толковании, невозможность определить основные требования. Чрезмерное упрощение и стандартизация в правовом регулировании не способствует защите прав населения по охране здоровья, негативно сказывается на деятельности частной системы здравоохранения, примером чего служит исключение требования о наличии стажа работы и медицинского образования у руководителя медицинской организации. Большое количество клинических рекомендаций исключает возможность выбора иного пути лечения, поскольку изменение курса грозит ответственностью и врача, и организации. Возможным предложением улучшения взаимодействия государства и частной системы здравоохранения является замена концессионных соглашений на иной вид договора, что позволит сделать государственно-частное партнерство не нарушающим нормы законодательства и не создающим коллизии. Такое соглашение должно иметь аналогичные условия, за исключением условия о переходе права собственности. Наиболее логичным видится переход права собственности сразу после подписания соглашения, с предусмотренными за неисполнение своих обязательств санкциями для приобретателя прав на объект недвижимости. Предлагаемой формой взаимодействия также является увеличение инвестирования в малый и средний бизнес, поскольку представители крупных организаций не так нуждаются в государственной поддержке. Возможным вариантом может являться льготное кредитование, которое позволит привлечь средства в частную систему здравоохранения взамен на предоставление услуг или товаров государству. Среди рекомендаций по вопросу правоприменительной практики является увеличение количества рассматриваемых дел в Верховном Суде Российской Федерации или Конституционном Суде Российской Федерации, поскольку на данный момент многие категории не считаются удовлетворяющими требование о допустимости, в то время как формирование правовых позиций оказало бы большое влияние на частную систему здравоохранения, а также повлияло на складывающуюся правоприменительную практику.

Проведенное интервьюирование представителя частной системы здравоохранения позволило подтвердить достоверность и необходимость предлагаемых изменений, верность сделанных выводов, а также позволило изучить частную систему здравоохранения с практической точки зрения.

Таким образом, при написании данной работы были достигнуты все поставленные задачи и цели, подтверждена актуальность рассматриваемой темы. Анализ частной системы здравоохранения, ее организационно-правовых аспектов, механизмов взаимодействия с государством, влияние глобальных вызовов современности, сравнительное правоведение, анализ соответствующей правоприменительной практики и теоретических основ позволил всесторонне уделить внимание всем важным вопросам по рассматриваемой теме. Отрасль здравоохранения, частная медицинская деятельность – представляют необъятное поле для изучения и продолжения исследования. Настоящая работа может быть применима при практической деятельности ввиду предложенных изменений, основными из которых являются: введение индивидуализированного подхода при лицензировании медицинской деятельности, обход строгой стандартизации правовой базы, учет фактической деятельности медицинского бизнеса, повышение участия Верховного и Конституционного Суда в формировании правовых позиций по спорным вопросам, замена концессионного соглашения на соглашение, предусматривающее иной подход к переходу права собственности, льготное кредитование малого и среднего медицинского бизнеса и иные меры.

# **Список использованных источников**

**I. Нормативно-правовые акты и иные официальные документы**

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г.) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2009. – № 4. – Ст. 445.

2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть 1) от 30.11.1994 г. № 51-ФЗ [Электронный ресурс]: ред. от 21.12.2021. – СПС «Консультант Плюс».

3. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ // (ред. от 28 апреля 2023 г.). – СПС «Консультант Плюс».

4. О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 31 июля 2020 г. № 248-ФЗ // (ред. от 15 декабря 2022 г.). – СПС «Консультант Плюс».

5. О персональных данных [Электронный ресурс] : федер. закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ // (ред. от 6 февраля 2023 г.). – СПС «Консультант Плюс».

6. О лицензировании отдельных видов деятельности [Электронный ресурс] : федер. закон от 04 мая 2011 г. № 99-ФЗ // (ред. от 29 декабря 2022 г.). - СПС «Консультант Плюс».

7. О защите прав потребителей [Электронный ресурс] : закон от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 // (ред. от 5 декабря 2022 г.). – СПС «Консультант Плюс».

8. О рекламе [Электронный ресурс] : фед. закон от 13 марта 2006 г. № 38-ФЗ // (ред. от 28 апреля 2023 г.). – СПС «Консультант Плюс».

9. О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации [Электронный ресурс] : фед. закон от 13 июля 2015 г. № 224-ФЗ // (ред. от 29 декабря 2022 г.). – СПС «Консультант Плюс».

10. О концессионных соглашениях [Электронный ресурс] : фед. закон от 21 июля 2005 г. № 115-ФЗ 2016 // (ред. от 29 декабря 2022 г.). – СПС «Консультант Плюс».

11. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ [Электронный ресурс] // (ред. от 28 апреля 2023 г.). – СПС «Консультант Плюс».

12. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» // Собрание законодательства РФ. - 08.10.2012. - № 41. ст. 5628.

13. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18 апреля 2012 г. № 381н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «косметология» [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

14. Приказ Минздрава России от 18.06.2020 № 597н «Об индикаторе риска нарушения обязательных требований, используемом в качестве основания для проведения внеплановых проверок при осуществлении Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

15. Приказ от 20 января 2022 г. № 18 «Об утверждении форм проверочных листов» [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

16. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

17. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 787н «Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

18. Приказ Минздрава РФ от 30 декабря 2002 г. № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации» [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

19. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

20. Определение Верховного Суда РФ от 13.05.2022 № 307-ЭС22-6248 по делу № А26-5201/2021 [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

21. Определение Верховного Суда Российской Федерации от 15 июля 2019 года по делу № 44-КГ19-7 [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

22. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 09.06.2020 № 56-КГ20-3, 2-1317/2019 [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

23. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 28.02.2023 № 5-КГ22-149-К2 [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

24. Определение Конституционного Суда РФ от 5 марта 2009 г. № 544-О-П [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

25. Определение Конституционного Суда РФ от 27.12.2022 № 3364-О [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

26. Определение Конституционного Суда РФ от 28.12.2021 № 2930-О [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

27. Определение Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации от 31.01.2023 № 306-ЭС22-7565 по делу № А55-2570/2021[Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

28. Постановление Двадцатого арбитражного апелляционного суда от 28 сентября 2020 г. № 20АП-5089/2020 по делу № А62-1733/2020 [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

29. Постановление Президиума Алтайского краевого суда от 16 июля 2019 г. по делу № 44Г-13/2019 [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

30. Решение Верховного Суда РФ от 26.10.2022 № АКПИ22-724 [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

31. Решение Московского районного суда г. Санкт-Петербурга от 29 сентября 2016 г. по делу № 2-8046/16 [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

32. Решение Ленинского районного суда г. Перми от 22 декабря 2016 г. по делу № 2-6722/2016 [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

33. Решение Бабаевского районного суда Вологодской области от 11.10.2022 по делу № 2-468/2022 [Электронный ресурс]. – СПС «Консультант Плюс».

**II. Специальная литература**

34. Блохин П.Д. Пять тезисов о роли практики Конституционного Суда РФ в системе правового регулирования здравоохранения // Медицинское право. 2020. № 1. С. 18 - 27.

35. Гусар. Е.С., Примышев, И.Н. Теоретические основы деятельности органов исполнительной власти по реформированию системы здравоохранения в Российской Федерации. С. 148–154.

36. Кадыров Ф.Н. Порядок осуществления государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. 2013. № 1.

37. Карцхия А.А. Формирование цифрового здравоохранения как вызов времени // Право и цифровая экономика. 2021. № 3.

38. Курдюкова О.С. Государственно-частное партнерство в здравоохранении России на современном этапе // Государственная власть и местное самоуправление. 2022. № 8.

39. Матейкович М.С., Матейкович Е.А. Юридическая характеристика медицинских ошибок и минимизация рисков их совершения // Журнал российского права. 2021. № 9. С. 61 - 77.

40. Матиящук, С.В. О реализации проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения [Электронный ресурс] // Медицинское право. – 2022. - № 2. - СПС «Консультант Плюс».

41. Михеев А.С. Государственно-частное партнерство: практика зарубежных стран / А.С. Михеев // Проблемы управления социально-экономическими системами: теория и практика: материалы V Международной научно-практической заочной конференции (г. Тверь, 1 - 30 апреля 2017 г.). Вып. 5: сборник научных статей / редакторы: Н.Н. Беденко, С.В. Чегринцова, А.В. Бородина, Л.Н. Николаева. 2017. С. 44 - 48.

42. Мохов А.А. Принципы правового регулирования государственной модели национального здравоохранения // Актуальные проблемы российского права. 2021. № 3. С. 85 - 96.

43. Павелин, А. Риск-ориентированный подход при осуществлении проверок Росздравнадзором [Электронный ресурс] // - 2017. - № 9. – СПС «Консультант Плюс».

44. Попондопуло В.Ф., Шевелева Н.А. Публично-частное партнерство в России и зарубежных странах: правовые аспекты. М.: Инфотропик Медиа, С. 265.

45. Фирфарова, Н. Как не следует себя вести при проверках Росздравнадзора. [Электронный ресурс] // - 2022. – СПС «Консультант Плюс».

46. Фроловский Н.Г. К вопросу о юридических гарантиях деятельности медицинских работников при реализации проектов государственно-частного партнерства // Медицинское право. 2022. № 4. С. 25 - 28.

47. Хасанов Ф.З. К вопросу о политике Российской Федерации в сфере здравоохранения / Ф.З. Хасанов // Российский электронный научный журнал. 2014. № 8(14). С. 129 - 137.

48. Ястребова А.Ю., Гуляева Е.Е. Право на здоровье в системе международно-правовой защиты прав человека на универсальном и региональном уровне // Московский журнал международного права. 2021. № 2. C. 99–121.

1. Всеобщая декларация прав человека от 10 декабря 1948 г. [Электронный ресурс] // Доступ: https://www.un.org/ru/documents/decl\_conv/ declarations/declhr.shtml (дата обращения 07.04.2023). [↑](#footnote-ref-1)
2. Белоусова А.А. 2013. Право на здоровье в международном праве: история становления. – Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Юридические науки. № 3. С. 270–278. [↑](#footnote-ref-2)
3. Ястребова А.Ю., Гуляева Е.Е. 2021. Право на здоровье в системе международно-правовой защиты прав человека на универсальном и региональном уровне. – Московский журнал международного права. № 2. C. 99–121. [↑](#footnote-ref-3)
4. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс] // (дата обращения 23.04.2023 г). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-4)
5. Гусар, Е. С., Примышев, И. Н. Теоретические основы деятельности органов исполнительной власти по реформированию системы здравоохранения в Российской Федерации. // № 7(2). С. 148–154. [↑](#footnote-ref-5)
6. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть 1 от 21 октября 1994 г. № 14-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1994. – № 5. – Ст. 410. [↑](#footnote-ref-6)
7. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть 1 от 21 октября 1994 г. № 14-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1994. – № 5. – Ст. 410. [↑](#footnote-ref-7)
8. Определение Верховного Суда Российской Федерации от 15 июля 2019 года по делу № 44-КГ19-7 [Электронный ресурс] // (дата обращения 21.03.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-8)
9. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс] // (дата обращения 21.03.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-9)
10. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» [Электронный ресурс] // (дата обращения 21.03.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-10)
11. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 28.02.2023 № 5-КГ22-149-К2 [Электронный ресурс] // (дата обращения 21.03.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-11)
12. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 09.06.2020 № 56-КГ20-3, 2-1317/2019 [Электронный ресурс] // (дата обращения 21.03.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-12)
13. Определение Конституционного Суда РФ от 28.12.2021 № 2930-О [Электронный ресурс] // (дата обращения 21.03.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-13)
14. Решение Бабаевского районного суда Вологодской области от 11.10.2022 по делу № 2-468/2022 [Электронный ресурс] // (дата обращения 21.03.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-14)
15. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ [Электронный ресурс] // (дата обращения 21.03.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-15)
16. Hageseth v Superior Court of San Mateo County, 58 Cal Rptr 3d 385 (Cal Ct App 2007) [Электронный ресурс] Доступ: https://caselaw.findlaw.com/ca-court-of-appeal/1132989.html (дата обращения: 02.05.2023). [↑](#footnote-ref-16)
17. [Электронный ресурс] Доступ: https://www.cchpca.org/ (дата обращения: 15.04.2023 г.). [↑](#footnote-ref-17)
18. [Электронный ресурс] Доступ: https://sp56mos.ru/xviii-assambleya-zdorovaya-moskva/ (дата обращения: 15.04.2023 г.). [↑](#footnote-ref-18)
19. Матиящук, С.В. О реализации проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения [Электронный ресурс] // Медицинское право. – 2022. - № 2. - СПС «Консультант Плюс» (дата обращения: 19.01.2023 г.). [↑](#footnote-ref-19)
20. Михеев А.С. Государственно-частное партнерство: практика зарубежных стран // Проблемы управления социально-экономическими системами: теория и практика: материалы V Международной научно-практической заочной конференции. 2017. С. 45. [↑](#footnote-ref-20)
21. Попондопуло В.Ф., Шевелева Н.А. Публично-частное партнерство в России и зарубежных странах: правовые аспекты. М.: Инфотропик Медиа, С. 265. [↑](#footnote-ref-21)
22. Гафурова Г.Т. Зарубежный опыт развития механизмов государственно-частного партнерства // Финансы и кредит. 2013. № 48. С. 68; [↑](#footnote-ref-22)
23. Judgment of 28 May 1993 - 2 BvF 2/90 [Электронный доступ] (дата обращения: 07.04.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-23)
24. Decision № 22/2003 (IV. 28.) [Электронный доступ] (дата обращения: 07.04.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-24)
25. Decision № 2012-249 QPC of 16 May 2012 [Электронный доступ] (дата обращения: 07.04.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-25)
26. Решение Верховного Суда РФ от 26.10.2022 № АКПИ22-724 [Электронный доступ] (дата обращения: 07.04.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-26)
27. Определение Верховного Суда РФ от 13.05.2022 № 307-ЭС22-6248 по делу № А26-5201/2021[Электронный доступ] (дата обращения: 07.04.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-27)
28. Определение Конституционного Суда РФ от 27.12.2022 № 3364-О [Электронный доступ] (дата обращения: 07.04.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-28)
29. Определение Судебной коллегии по экономическим спорам Верховного Суда Российской Федерации от 31.01.2023 № 306-ЭС22-7565 по делу № А55-2570/2021 [Электронный доступ] (дата обращения: 07.04.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-29)
30. Федеральный закон «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» от 13.07.2015 № 224-ФЗ [Электронный доступ] (дата обращения: 07.04.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-30)
31. Фроловский Н.Г. К вопросу о юридических гарантиях деятельности медицинских работников при реализации проектов государственно-частного партнерства // Медицинское право. 2022. № 4. С. 25 - 28. [↑](#footnote-ref-31)
32. Курдюкова О.С. Государственно-частное партнерство в здравоохранении России на современном этапе // Государственная власть и местное самоуправление. 2022. № 8. [↑](#footnote-ref-32)
33. Федеральный закон «О рекламе» от 13.03.2006 № 38-ФЗ [Электронный доступ] (дата обращения: 07.04.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-33)
34. Федеральный закон «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ [Электронный доступ] (дата обращения: 07.04.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-34)
35. Методические рекомендации по организации информационного взаимодействия медицинских информационных систем медицинских организаций частной системы здравоохранения с единой государственной информационной системой в сфере [Электронный ресурс] (дата обращения: 16.04.2023 г.). - СПС «КонсультантПлюс». [↑](#footnote-ref-35)
36. Les d'intelligence artificielle: quelle ? // Science & Pseudo-Sciences, jan. - jun. 2020, Iss. 332. P. 49. [↑](#footnote-ref-36)
37. Приказ департамента здравоохранения города Москвы от 6 апреля 2020 г. № 356 «О применении телемедицинских технологий при организации оказания консультаций по вопросам коронавирусной инфекции COVID-19 и подборе персонала в медицинские организации города Москвы» [Электронный ресурс] (дата обращения 9.03.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-37)
38. Карцхия А.А. Формирование цифрового здравоохранения как вызов времени // Право и цифровая экономика. 2021. № 3. [↑](#footnote-ref-38)
39. Постановление Двадцатого арбитражного апелляционного суда от 28 сентября 2020 г. № 20АП-5089/2020 по делу № А62-1733/2020 [Электронный ресурс] (дата обращения: 24.04.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-39)
40. Матейкович М.С., Матейкович Е.А. Юридическая характеристика медицинских ошибок и минимизация рисков их совершения // Журнал российского права. 2021. № 9. С. 61 - 77. [↑](#footnote-ref-40)
41. Определение Конституционного Суда РФ от 5 марта 2009 г. № 544-О-П [Электронный ресурс] (дата обращения: 24.04.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-41)
42. Постановление Президиума Алтайского краевого суда от 16 июля 2019 г. по делу № 44Г-13/2019 [Электронный ресурс] (дата обращения: 24.04.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс».

    Решение Московского районного суда г. Санкт-Петербурга от 29 сентября 2016 г. по делу № 2-8046/16 [Электронный ресурс] (дата обращения: 24.04.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс».

    Решение Ленинского районного суда г. Перми от 22 декабря 2016 г. по делу № 2-6722/2016 [Электронный ресурс] (дата обращения: 24.04.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-42)
43. Блохин П.Д. Пять тезисов о роли практики Конституционного Суда РФ в системе правового регулирования здравоохранения // Медицинское право. 2020. № 1. С. 18 - 27. [↑](#footnote-ref-43)
44. Фроловский Н.Г. К вопросу о юридических гарантиях деятельности медицинских работников при реализации проектов государственно-частного партнерства // Медицинское право. 2022. № 4. С. 25 - 28. [↑](#footnote-ref-44)
45. Федеральный закон «О концессионных соглашениях» от 21.07.2005 № 115-ФЗ 2016 [Электронный ресурс] (дата обращения: 24.04.2023 г.). – СПС «Консультант Плюс». [↑](#footnote-ref-45)