

УДК 61

DOI 10.33463/2687-1238.2022.30(1-4).2.171-182

ЕКАТЕРИНА ОЛЕГОВНА АНАНЬЕВА,

кандидат юридических наук, доцент,
доцент института по кафедре гражданского права и процесса,
Академия ФСИН России, г. Рязань, Российская Федерация,
ORCID 0000-0001-6971-5491,
e-mail: a.e.o.77@yandex.ru;

ПАВЕЛ ВАЛЕНТИНОВИЧ ИВЛИЕВ,

кандидат юридических наук,
доцент института по кафедре гражданского права и процесса,
Академия ФСИН России, г. Рязань, Российская Федерация,
ORCID 0000-0002-8508-1633,
e-mail: ivliev_pv@mail.ru

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ КОММЕРЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕНИЙ И СОЦИАЛЬНЫХ РИСКОВ

Для цитирования

Ананьева, Е. О. Проблемные вопросы развития коммерческого здравоохранения в условиях ограничений и социальных рисков / Е. О. Ананьева, П. В. Ивлиев // Человек: преступление и наказание. – 2022. – Т. 30(1–4), № 2. – С. 171–182. – DOI : 10.33463/2687-1238.2022.30(1-4).2.171-182.

Аннотация. Нормативно-правовое регулирование системы здравоохранения требует соответствующих изменений. Современные условия показали, что государственное медицинское обслуживание не справляется в условиях появления социальных рисков и массовых заболеваний, которые распространяются на территории государства и охватывают большую часть разновозрастного населения. Поскольку политика государства направлена на формирование здорового образа жизни гражданского общества, на осознание им ценности жизни и здоровья, частные медицинские клиники могли бы стать дополнительной помощью в проводимой работе, однако завышенные цены, отмена приемов и необоснованные отказы от проведения профосмотров не показали готовность данных структур к слаженной работе совместно с государственными учреждениями. В статье проводится анализ норм, регулирующих оказание медицинских услуг, развивающуюся деятельность предпринимателей в сфере оказания медицинских услуг на платной основе. Дается характеристика нормативных правовых актов, позволяющих государственным учреждениям системы здравоохранения России оказывать медицинские услуги на платной основе. Рассматриваются вопросы организации

© Ананьева Е. О., Ивлиев П. В., 2022



Статья лицензируется в соответствии с лицензией [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

оказания лечебно-профилактической и санитарно-профилактической помощи осужденным, отбывающим наказание в виде лишения свободы в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

Ключевые слова: гражданское законодательство, здравоохранение, уголовно-исполнительная система, осужденные, оказание платных услуг, частные медицинские организации, предпринимательская деятельность.

Уровень жизни в любом гражданском обществе можно проанализировать по наличию социальных программ обеспечения и поддержки граждан, системе образования и ее доступности и продолжительности жизни его граждан, а значит, и по налаженной системе здравоохранения. Своевременное выявление заболеваний, оказание медицинской помощи, доступность медицинских услуг лежат в основе полноценной жизни граждан. XXI в. ознаменовался стремлением развитых государств сделать свою нацию здоровой и сильной. Борьба с курением, употреблением определенных препаратов, разработка комплексов витаминов для поддержания организма в различные периоды его жизнедеятельности, календари обязательных прививок и многое другое означает, что первостепенными задачами государств стали программы, направленные на развитие деятельности для поддержания состояния населения на уровне, не вызывающем напряженности в отношениях между властными структурами и ее основной массой.

Российская Федерация в современных условиях ведет политику в форматах организации лекарственной безопасности, направленную на независимость от поставщиков из других стран, активизирующихся на санкциях в отношении страны, но при этом не блокирует другие страны, нуждающиеся в помощи. Вместе с тем политика государства направлена на развитие системы профилактики и лечения заболеваний с целью сохранения и укрепления здоровья населения и т. д. Пандемия коронавируса с 2019 по 2022 год унесла на 500 тыс. жизней больше, чем за предыдущее время, то есть за год прирост в этой области увеличил цифру до 2 124 479 человеческих жизней. В период с декабря 2020 по декабрь 2021 года смертность превысила 2,4 млн человек, а убыль населения приблизилась к 1 млн российских граждан [1]. Прежний рекорд можно было наблюдать в 2003 г., а более плачевное положение – только в годы Великой Отечественной войны. Такая ситуация должна способствовать решению вопросов системы здравоохранения и ее устройству таким образом, чтобы новые социальные риски не снижали уровня профилактики иных заболеваний населения.

Опыт функционирования систем здравоохранения в отдельных социально развитых странах демонстрирует нам высокий уровень их организации, а в менее развитых – массу нерешенных вопросов даже в оказании первичной медицинской помощи. В некоторых государствах практикуется смешанная система здравоохранения. В них имеются учреждения бесплатного оказания медицинских услуг и частные медицинские учреждения, которые те же услуги оказывают платно.

В России реализуется системный комплекс мер, направленный на содействие населению в охране здоровья: развитие перинатальных центров, оказание паллиативной медицинской помощи, внедрение современных технических средств диагностики и т. д. При этом параллельно идет процесс активного наращивания оказания платных медицинских услуг. Практически во всех учреждениях регионов можно найти прайсы об оказании платных услуг со всеми видами и расценками. Однако развитие законодательства в данном направлении идет крайне медленно и не успевает за реалиями совершенствования

деятельности и необходимости его упорядочения с помощью нормативно-правового регулирования, вследствие чего его пробелы пытаются восполнить посредством принятия нормативных правовых актов, то есть приказов и распоряжений. В связи с такими условиями видится необходимость анализа развития предпринимательства в сфере оказания возмездных медицинских услуг в рамках системы здравоохранения России.

В течение всего существования России как самостоятельного государства система здравоохранения претерпевала различные изменения от наличия платной частной медицинской практики до организации бесплатной системы здравоохранения и ее возвращения к платной. При этом наиболее высокий уровень оказания медицинской помощи населению имеет место в городах федерального значения и более низкий – в так называемой глубинке. Такой подход можно условно назвать разделением по уровню материального благополучия различных слоев населения.

С конца XX в. система оказания медицинской помощи стала разделяться на две части: государственные учреждения бесплатного оказания медицинских услуг и сеть частных медицинских учреждений, которые простые и специализированные услуги оказывают за определенную плату. Сравнительная характеристика качества оказания медицинских услуг зависит в основном от результатов их получения, то есть от качества лечения и излечения. Однако для большей части населения платные услуги являются недоступными. Не каждый сможет позволить себе оплатить консультацию, например, отоларинголога в сумме 1300 руб. за 10 мин. Система получения платных медицинских услуг либо помощи рассчитана на имущие слои населения. Несмотря на это, представители и неимущих слоев населения пытаются решать вопросы ее получения, хотя бы только на уровне диагностики или по ее отдельным видам. В то же время на принятие решений об обращении за получением медицинской помощи в системе частной практики подталкивают людей определенные обстоятельства, которые предопределены «качеством» медицинских услуг в существующей государственной системе ее оказания. Например, для того чтобы попасть на прием к врачу-терапевту в обычной городской поликлинике, можно выстоять в очереди в течение 4 ч. При этом «выстоять» не является какой-либо ошибкой, так как от большого количества пациентов сидячих мест нет. В платных клиниках прием проводится по записи на определенное время, при этом очередей, за исключением чрезвычайных случаев, нет. Такое получение медицинской помощи в государственных лечебных учреждениях вынуждает искать пути по преодолению обстоятельств, возникающих в государственных учреждениях, и побуждает осуществлять дополнительную трату денежных средств. К тому же иногда не удается получить медицинскую помощь по причине ведения врачами редких приемов в государственных поликлиниках или полного отсутствия узких специалистов в данном медицинском учреждении.

Еще одной из проблем, относящихся к некачественному техническому обеспечению деятельности поликлиник, является невозможность получения талонов на прием к специалисту. Это проявляется в постоянно сломанных автоматах по выдаче талонов и слабой работе сайтов в системе Интернет. Действующая платформа государственных услуг, которая также предоставляет возможность электронной записи к специалистам, не всегда может быть доступна населению. Для регистрации и участия в ней необходимо иметь определенный вид сотового телефона или компьютер, которые не всегда доступны возрастным категориям граждан. Доказательством тому стали многочасовые очереди в поликлиниках г. Рязани для получения справок, удостоверяющих наличие прививки от COVID-19, когда были введены ограничения на посещение магазинов и торговых центров без подобных справок или QR-кодов.

В государственных поликлиниках существуют ограничения на получение талонов на сдачу анализов, установлены правила: иметь полностью свой расходный материал при приходе на прием к врачу (бахилы, перчатки, салфетки, подстилки, шприцы, лекарства и т. д.). Ранее этот вопрос был регламентирован требованиями п. 13.6 СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»: «При проведении лечебно-диагностических манипуляций как в условиях стационарного, так и поликлинического приема пациент должен обеспечиваться индивидуальным комплектом белья (простыни, подкладные пеленки, салфетки, бахилы)». В пришедшем на смену данному документу новом постановлении (постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 24 декабря 2020 г. № 44) уже таких норм не предусмотрено.

В качестве нерешенных проблем также можно отметить наличие разницы устанавливаемых цен на одни и те же лекарственные препараты в различных аптеках одного населенного пункта; отсутствие возможности приобретать определенные виды лекарств в аптечной сети, имеющейся при государственных лечебных учреждениях, по льготным ценам для социально уязвимых категорий населения; слаборазвитая система квот на получение специализированной медицинской помощи при применении определенных скидок, предусмотренных системой социальных гарантий и льгот; отсутствие действенной системы страхования по возмещению вреда, причиненного при оказании медицинской помощи врачебным персоналом лечебного учреждения (приказ Минздрава России от 2 октября 2019 г. № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»).

Ряд правовых документов полностью описывает процесс выделения и использования квот, например ст. 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

С образовавшейся тенденцией развития здравоохранения, возможно, было бы согласиться, если бы не понимать, что значительная часть населения уже не имеет и не будет иметь материальных возможностей для получения медицинской помощи надлежащего уровня, а порядок ее оказания социально уязвимым категориям граждан властными структурами не решен. Многие вопросы оказания бесплатной и платной медицинской помощи не урегулированы. К ним относятся:

– вид структуры, которая должна периодически контролировать квалификацию врачей или давать заключения по спорным вопросам о правильно организованной системе оказания помощи или качестве оказания услуг;

– вид структуры, куда необходимо обращаться по вопросу обжалования действий медицинских работников, оказавших некачественную медицинскую услугу либо нанесших существенный вред здоровью;

– вид структуры, контролирующей тарифы на оказание платных медицинских услуг и установление их пределов;

– причина оказания в государственных лечебных учреждениях одними и теми же врачами медицинских услуг платно и бесплатно;

– отсутствие в государственных поликлиниках порядка обращения в страховые компании по вопросам некачественного оказания медицинских услуг, решения спорных вопросов;

– отсутствие информационного бюллетеня, в котором можно увидеть фото, фамилии и имена врачей, по вине которых получен вред здоровью, а возможно, и наступила

смерть пациентов и вина которых доказана либо соответствующего уровня квалификационной комиссией, либо судом.

Вызывают интерес и такие вопросы: почему ни в одном законодательном или нормативном акте, регламентирующем оказание медицинской помощи, не отражены случаи отстранения врачей, от ведения медицинской практики на определенные сроки, а также полного запрещения ведения медицинской практики и аннулирования дипломов о медицинском образовании, которые получены непонятным образом (такие возможности предусмотрены только уголовным законодательством в виде уголовного наказания – лишения права заниматься определенной деятельностью или занимать определенные должности)? Каким образом потерпевшей стороне, по каким видам врачебных ошибок и в каком объеме должен возмещаться ущерб гражданам за некачественное оказание медицинских услуг, причиненный вред здоровью либо причинение смерти и какая структура может давать этим последствиям коммерческую оценку?

Во многих странах на законодательном уровне урегулированы вопросы оказания платной медицинской помощи населению. Развитие законодательства в нашей стране в данном направлении идет традиционно медленно, и его пробелы восполняются исполнительными актами, то есть различного вида уровней приказами и распоряжениями либо единоличными решениями отдельных руководителей медицинских учреждений, так как имеет место интерес и содействие для получения легкой наживы. Развитие предпринимательства в сфере оказания возмездных медицинских услуг в рамках системы здравоохранения России требует анализа и упорядочения способом последовательной правовой регламентации в связи с активным совершенствованием и развитием подобной практики.

Одним из отличительных признаков предпринимательства считается его направленность на систематическое получение прибыли. Здесь понятна заинтересованность частных клиник в наличии опытных медицинских работников, возможности врачей получать большую заработную плату. Однако всегда ли высокие тарифы обоснованы содержанием оказания такой помощи? Считаем необходимым введение четкой регламентации случаев, при которых медицинские работники частных клиник будут обязаны бесплатно оказывать медицинскую помощь. Следовательно, определяя назначение платной медицины, стоит рассматривать ее не как замену системы государственного здравоохранения, а как дополнение к ней. Это подтверждает Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», который конкретно раскрывает данное положение в ч. 5 ст. 29, где говорится, что «частную систему здравоохранения составляют создаваемые юридическими и физическими лицами медицинские организации, фармацевтические организации и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья».

Данное понятие упразднило пробел в действовавших ранее Основах законодательства об охране здоровья граждан, в котором единственным критерием выделения частной системы здравоохранения было наличие у учреждения имущества на праве частной собственности. Все это подталкивало медицинские организации к манипулированию своим правовым статусом в целях получения государственных дотаций и снижения налогового бремени.

Коммерческая деятельность негосударственных медицинских учреждений относится к виду предпринимательской деятельности. Она является разновидностью профессиональной деятельности, что обосновывает наличие повышенных требований к осуществляющим ее субъектам. При этом предпринимательство в сфере здравоохранения как

особый вид социального предпринимательства, уникальностью которого является одновременно частный и публичный характер оказываемых услуг, а также медицинских, финансовых, социальных результатов функционирования системы здравоохранения в целом, должно быть взято под особый контроль государства. Особенностью правоотношений, возникающих в связи с осуществлением возмездной медицинской деятельности, является то, что ее субъектами выступают, с одной стороны, представители частной системы здравоохранения, первоочередной целью которых является систематическое извлечение прибыли, с другой стороны, пациенты, стремящиеся посредством платных клиник получить необходимую консультацию специалистов, отсутствующих в государственных учреждениях здравоохранения. Отсюда цель правового регулирования – сбалансировать интересы участников указанных правовых отношений и закрепить в правовой форме принципы, способы и формы их взаимодействия [2, с. 182]. В связи с этим следует найти модель организации здравоохранения, чтобы медицинскую помощь могли получать все социальные слои общества, имеющие различия по имущественному признаку, а также население, проживающее не только в крупных городах, но и в далекой глубинке. Для создания проектов вариантов ее получения следует обратиться не к тем источникам, которые заинтересованы в обогащении, а к тем субъектам, которые смогут аккумулировать и советский опыт, и современные наработки, и зарубежную практику. Желательно при этом учесть материальные возможности самых низкооплачиваемых слоев населения: пенсионеров, инвалидов, одиноких, многодетных, несовершеннолетних, которые сами не смогут оплатить свое лечение.

Рассматривая платную медицину в качестве одного из направлений предпринимательства, в первую очередь следует обратить внимание на качество предоставляемых услуг. В свете норм гражданского законодательства медицинскую услугу можно рассматривать в качестве объекта гражданско-правового регулирования с характерными для подобного объекта особенностями и признаками. Медицинская услуга носит нематериальный характер, имеет свою неповторимость и индивидуальность. Кроме того, она направлена на достижение полезной цели и на определенный объект. Лицо, обращающееся в медицинское учреждение, имеет своей целью получение качественной медицинской помощи. На практике данные понятия часто представляют тождественными, что абсолютно неверно.

Медицинская помощь в понимании законодателя – это комплекс лечебных мероприятий, связанных с вмешательством медперсонала посредством совершения действий или использования специальных медицинских средств с целью вспомоществования для нормализации биологической жизнедеятельности и физического состояния организма человека при выявленных нарушениях. Полное определение медицинской помощи дается в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». Однако нельзя согласиться с формулировками понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга», между которыми законодателем поставлен фактически знак равенства.

Законодательство предусматривает ряд требований, как общих, предъявляемых ко всем субъектам предпринимательской деятельности, так и специальных – только к лицам, осуществляющим деятельность в рамках частной медицинской деятельности.

В настоящее время субъекты частной медицинской практики относительно самостоятельны в своей деятельности. Государство не управляет ими, а лишь регулирует отдельные стороны деятельности (регистрирует, лицензирует, осуществляет нормативное регулирование, санитарно-эпидемиологический надзор и т. д.).

Кроме обязательного требования о государственной регистрации к хозяйствующим субъектам, изъявившим желание осуществлять медицинскую деятельность, законом предъявляется еще ряд существенных требований.

В соответствии с постановлениями Правительства РФ от 21 ноября 2011 г. № 957 (в редакции от 14 сентября 2021 г.) «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности» и от 1 июня 2021 г. № 852 (в редакции от 16 февраля 2022 г.) «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» лицензирование медицинской деятельности государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, за исключением деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, относится к компетенции органов исполнительной власти субъектов, находящихся в подчинении Росздравнадзора.

В правоотношениях по лицензированию рассматриваемой деятельности во взаимодействие вступают стороны, желающие получить данную услугу от государственных структур. С одной стороны, это лицензиат или соискатель лицензии, с другой – лицензирующий орган. В процессе осуществления лицензионных правоотношений возникает большое количество вопросов, требующих специальных знаний, с участием в лицензионных правоотношениях сотрудников уполномоченных органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, для которых лицензирование субъектов частной медицинской практики является достаточно новым видом деятельности. В связи с этим можно сделать вывод о том, что опыт для реализации подобных услуг еще не наработан, а соискатели лицензии либо лицензиаты лица, которые имеют прямое отношение к медицине, здравоохранению и лечебной практике, не обладают опытом и не знают юридических тонкостей процесса лицензирования.

При осуществлении медицинской деятельности к соискателям лицензии и лицензиатам предъявляется ряд требований и условий, прямо предусмотренных в пп. 4 и 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности. Однако при проверке соответствия данным требованиям и условиям как у лицензирующих органов, так и у соискателей лицензии и лицензиатов возникает правовая неопределенность. Так, обязательным является обеспечение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам), а также наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) или привлечение им на ином законном основании специалистов, необходимых для выполняемых работ (услуг), имеющих высшее или среднее профессиональное (медицинское) образование и сертификат специалиста, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ (услуг).

Для учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения соблюдение стандартов медицинской помощи, стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинским оборудованием и других стандартов в сфере здравоохранения является необходимым в силу ведомственной принадлежности. Так, на сегодняшний день существует более 600 стандартов оказания медицинской помощи, например больным со злокачественным новообразованием мочевого пузыря. Существующие стандарты содержат в себе требования о методах диагностики заболевания, его лечения, рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала, перечень необходимого оборудования и инвентаря.

Однако в соответствии со ст. 2 Федерального закона от 27 декабря 2002 г. № 184-ФЗ «О техническом регулировании» под стандартом понимается документ, в котором в

целях добровольного многократного использования устанавливаются характеристики продукции, правила осуществления и характеристики процессов проектирования (включая изыскания), производства, строительства, монтажа, наладки, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, выполнения работ или оказания услуг.

Законодателем четко указывается на добровольный порядок применения стандартов оказания медицинской помощи. Таким образом, исходя из норм Федерального закона «О техническом регулировании» следует, что субъект частной системы здравоохранения имеет право не соблюдать существующие стандарты оказания медицинской помощи. Однако такая позиция не соответствует нормам Основ охраны здоровья граждан.

На сегодняшний день остро стоит вопрос о возможности постепенного перехода от лицензирования к саморегулированию медицинской деятельности и сохранению за государственными органами лишь полномочий по аккредитации специалистов. По моему мнению, их можно внедрить как дополнительную гарантию качества медицинских услуг, а не как полноценную замену государственного регулирования данной сферы.

По результатам опросов части населения в отношении системы частной медицинской практики преобладают следующие мнения:

– наиболее активным образом проявила себя, прежде всего, пластическая хирургия, а затем и другие направления; дамы из состоятельных слоев населения решили омолаживаться, а далее произошло все по закону: спрос – предложения;

– имеется надежда на получение медицинской помощи лучшей по качеству, чем в государственной системе, где от пациента могут просто отмахнуться; если же «частники» не помогут или просто навредят (случайно) – пожаловаться просто некому; можешь сколько хочешь разговаривать с терминалом или с автоответчиком телефона доверия частной клиники, но никто из руководителей с гражданами разговаривать не будет, ибо в договорах на оказание помощи указаны управляющие, которые живут часто в другом городе, зарегистрированы также не по месту ведения деятельности, и найти правду представляется очень непросто, особенно людям, не разбирающимся в медицинских и правовых вопросах;

– по каким-то субъективным причинам отдельным клиентам в оказании медицинских услуг в отдельных частных клиниках может быть совсем отказано;

– в систему частной практики переходят наиболее опытные врачи из государственных медицинских учреждений в связи с существующей системой оплаты труда;

– система частной медицинской практики пока демонстрирует повсеместно лучший сервис (что изначально является привлекательным) и возможность доступа для диагностики к медицинскому оборудованию;

– договоры на оказание медицинских услуг юристы частных медицинских клиник составляют таким образом, чтобы никакой ответственности даже в случае возникновения форс-мажорных обстоятельств не нести либо чтобы она была минимальной. Часто к договору прикладывается бланк с подпиской о том, что в случае негативных последствий потребитель медицинской услуги претензий к клинике не имеет.

Немаловажным является вопрос оплаты медицинских услуг в частных и коммерческих клиниках. В последнее время участились случаи телефонных звонков лицам пенсионного возраста, причем частные клиники точно знают сведения о таких гражданах. Где они берут данную информацию и почему она не является конфиденциальной, еще ни один орган прокуратуры в РФ не установил. В ходе разговора оператор сообщает, что в рамках государственной либо региональной программы поддержания здоровья населения вновь открывшаяся медицинская клиника приглашает для проведения бесплатной

диагностики состояния здоровья в любое удобное для гражданина время посетить данную клинику. При этом странная реакция начинается, если сообщается в мини-опросе либо другой возраст, либо иной населенный пункт, чем тот, на который представитель клиники уже сориентирован. Результатом подобного необдуманного посещения пенсионером коммерческого медицинского центра является подписание договора на оказание медицинских услуг, а также одновременно подписание договора кредитования с одним из коммерческих банков для оплаты услуг под грабительские проценты – от 22 до 28 %.

Примером такой предпринимательской деятельности явилось громкое дело лжеврачей. Банда мошенников действовала в крупных российских городах. Потенциальных клиентов, в основном пожилых людей, по телефону убеждали обследоваться, диагностировали несуществующие болезни, а затем навязывали кредит на дорогостоящее лечение. Ущерб превысил миллиард рублей, обманутых людей насчитывается несколько тысяч.

Для того чтобы люди поверили в состоятельность клиники, все было сделано по образцам действующего лечебного учреждения. Люди видели: свежий ремонт в кабинетах, стенды с фотографиями лучших специалистов, стеллажи с муляжами, заполнение анкет, очередь в холле. С виду обычная частная клиника в Чебоксарах. Врачи не имели медицинского образования, но пациенты об этом не подозревали. Поставить на ноги обещали с помощью курса эффективных процедур, куда, например, входили массаж и гирудотерапия – лечение пиявками. Стоимость такого абонемента начиналась от 60 тыс. руб. На уловки мошенников чаще всего попадались пенсионеры. После УЗИ им предлагали оформить кредит на лечение в кабинете напротив. Схема была уже отработана: звонок, приглашение на бесплатную консультацию, пугающий диагноз, лечение в кредит. В Санкт-Петербурге организовали целый колл-центр по обучению, как вести диалог и убеждать клиентов в их мнимой болезни. По этому громкому делу задержаны 25 подозреваемых, в том числе и возможный организатор, по статье «Мошенничество в особо крупном размере» [3].

В деятельности учреждений уголовно-исполнительной системы существуют примерно такие же проблемы. Многие из лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы, попадают в учреждения уже с хроническими болезнями, иные приобретают их вследствие длительного отбывания наказания в соответствии с приговорами судов. Норма ст. 101 Уголовно-исполнительного кодекса РФ указывает, что лечебно-профилактическая и санитарно-профилактическая помощь осужденным в учреждениях предоставляется в соответствии с Правилами внутреннего распорядка, утвержденными приказом Минюста России от 16 декабря 2016 г. № 295. В УИС для медицинского обслуживания осужденных имеются больницы, в том числе психиатрические и туберкулезные. Для больных открытой формой туберкулеза, наркоманией и алкоголизмом существуют лечебные исправительные учреждения. Именно на администрацию учреждений возложена обязанность по обеспечению охраны здоровья. Законодательством предусмотрены даже случаи возможности принудительного питания лиц, к которым такое будет применяться по медицинским показаниям и в случае угрозы жизни.

Порядок надзора за организацией данного направления деятельности осуществляется в соответствии с приказом ФСИН России от 11 января 2022 г. № 7 «Об утверждении Порядка организации и осуществления федерального государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) на объектах уголовно-исполнительной системы», в котором не только устанавливаются ответственные за проведение таких проверок, но и четко определяются их права и обязанности. Мероприятия и сроки плановых и внеплановых проверок также предусмотрены ведомственным документом.

Что касается медицинского обслуживания, то в п. 110 Правил внутреннего распорядка учреждений предусмотрены дополнительные услуги для отбывающих лишение свободы. Так, за счет собственных средств осужденный может получить консультацию врачей-специалистов медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, приобрести или заказать по индивидуальным размерам ортопедическую обувь, очки, протезы.

Алгоритм осуществления подобных действий не определен. В ч. 4 ст. 89 УИК РФ указаны лица, которые могут посещать осужденных. Среди них нет врачей-ортопедов с арсеналом сканеров, стелек и иных средств по определению, например, изменений ступни. Кроме того, непонятно, каким образом будет организовано такое посещение осужденного. Правилами установлена категория врачей, которая может посетить за плату осужденного, однако она не относится к частной медицинской практике. Такой алгоритм должен быть прост: осужденный обращается с заявлением к начальнику медицинской части, тот удостоверяет его у начальника учреждения и обращается в частную клинику к нужному специалисту. После этого должна быть назначена дата посещения и в соответствии со всеми правилами и нормами организована встреча-консультация.

Таким образом, нормативная база, с помощью которой осужденные могут, находясь в исправительном учреждении, получить дополнительную платную медицинскую услугу есть, а реализации таких прав данной категорией граждан практически не существует.

Частная медицина как одно из направлений предпринимательства должна дополнять, а не заполнять собой всю существующую в стране систему здравоохранения. Об этом говорит наличие системы обязательного медицинского страхования граждан. Полис обязательного медицинского страхования (ОМС) – документ-подтверждение наличия соответствующей страховки у хозяина. Государством предусмотрена основная и расширенная (для разных регионов) программа страхования. В список включено как необходимое медицинское вмешательство (например выезд в травмпункт, вызов неотложки), так и высокотехнологические и хирургические случаи. Однако это касается только учреждений, работающих по системе ОМС.

Владельцы полиса вправе получать бесплатное лечение на всей территории России. В готовой программе ОМС указан минимальный список медицинских услуг, предоставляемых врачами в поликлинике: постановка диагноза, лечение заболеваний (в домашних условиях или на дневном стационаре), неотложная помощь в выходные и праздничные дни; медпомощь в условиях стационара в случаях обострения заболеваний, отравлений, травмах и необходимости интенсивного лечения, изоляции пациента, круглосуточного наблюдения, плановой госпитализации для лечения или реабилитации; патологии беременности, роды, аборты; санитарно-гигиеническое информирование населения, диагностические и профилактические мероприятия; высокотехнологическая помощь, а именно, диагностические и лечебные стационарные процедуры, где применяются сложные, уникальные медицинские технологии. Недавно в основную программу было включено аудиологическое обследование и альтернативные репродуктивные технологии. В базовую программу также входит вакцинация, диспансерное наблюдение несовершеннолетних, покупка некоторых лекарств на льготных условиях.

В случае возникновения сомнения, включен ли ваш случай в основной список, можно уточнить у страховщика, с которым заключен договор. Обеспечением гарантий занимается некоммерческое финансово-кредитное учреждение – фонд ОМС.

Однако возникает вопрос: почему при отсутствии в государственном лечебном медицинском учреждении специалистов узкой направленности граждане вынуждены

платно (хотя и по направлению врача) обращаться в частные клиники и полис ОМС не компенсирует подобные затраты?

Что касается вопросов защиты застрахованных лиц, то нормы ст. 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» устанавливают право граждан на возмещение вреда, при этом ссылаясь на часть вторую ГК РФ, а именно на ст. 1095–1098. Кроме того, в 2020 г. в 36 субъектах РФ открыты первые офисы по защите прав застрахованных, а к 2024 г. – они должны быть открыты во всех субъектах РФ. В задачу этих офисов входит и решение споров в досудебном порядке.

Несмотря на положительные тенденции развития системы государственного здравоохранения, на местах явных изменений пока нет. В настоящее время наблюдаются негативные явления в связи с развитием частной медицинской практики.

Опросы респондентов показали, что для перепроверки стоимости и качества оказания медицинских услуг (экспертной оценки), полученных в частных клиниках, обращаться на самом деле некуда; экспертных государственных бюро проверки оказания медицинских услуг нет, особенно в случаях возникновения конфликтов в связи с причиненным вредом здоровью, постановки несуществующих диагнозов и осуществления частными врачами различного рода назначений.

Стационарная медицинская помощь и лечение с проживанием пока в системе частной медицинской практики имеют ограниченный характер, при этом при наличии серьезных заболеваний такая помощь практически не оказывается.

Современные подходы к изучению и наблюдению за здравоохранением позволяют сделать вывод, что систему частной медицины необходимо последовательно развивать, используя при этом отечественный и зарубежный опыт, достижения науки и техники, предложения известных медицинских высших учебных заведений и отдельных ученых, чьи достижения составили им заслуженный авторитет среди населения страны.

Необходимо модифицировать и систему оказания бесплатной государственной медицинской помощи. Следует решить вопросы частичного софинансирования. Если для государства оказание медицинской помощи социально уязвимым слоям населения – это определенные действия, связанные с дополнительными расходами, то, думается, разумный подход к софинансированию, сопряженному с применением шкалы прогрессивного налогообложения, вполне возможен. Важным также является вопрос подготовки юридических кадров для оказания правовой помощи в области предоставления медицинских услуг и медицинской помощи. Речь идет о защите интересов как потребителей, так и юридических лиц, специализирующихся на оказании специализированной медицинской помощи. Необходимо организовать независимые медико-экспертные структуры, состоящие из квалифицированных врачей для содействия решению конфликтов, возникающих в сфере оказания медицинских услуг (помощи). Кроме того, стоит пересмотреть и расширить вопросы, связанные с получением отдельных категорий граждан за свой счет и по желанию дополнительных консультаций специалистов узкого профиля (имеются в виду осужденные к лишению свободы).

Таким образом, развитие системы частного здравоохранения, оказания платной и бесплатной медицинской помощи населению всех категорий в частных медицинских клиниках потребует дальнейшего поиска новых форм организации их деятельности и правового регулирования.

Библиографический список

1. Соколов А. Смертность в России за последний год стала рекордной со времен войны // Ведомости. 2021. URL : <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2021/11/29/898151-umershih-antirekord> (дата обращения: 05.05.2022).

2. Ананьева Е. О., Ивлиев П. В. Гражданско-правовые основы предпринимательской деятельности в России: к вопросу об оказании платных медицинских услуг // Евразийский юридический журнал. 2020. № 1(140). С. 180–183.

3. Лавронов Т. В России раскрыта сеть лжеклиник // Первый канал. 2019. 21 мая. URL : https://www.1tv.ru/news/2019-05-21/365453-v_rossii_raskryta_set_lzheklinik_v_kotoryh_stavili_falshivye_diagnozy_pozhilym_lyudyam (дата обращения: 07.05.2022).