

§5 УПРАВЛЕНЧЕСКОЕ ПРАВО

Куракин А.В., Полукаров А.В., Смирнова В.В., Милюевская Е.Б.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация. Предметом статьи являются проблемы правовые и организационные вопросы применения механизмов государственно-частного партнерства в здравоохранении в свете нового федерального закона № 224-ФЗ. Авторами выполнен анализ последних изменений к нормативно-правовым актам, регулирующим государственно-частное взаимодействие в РФ. Анализ литературы по теме исследования позволил выявить основные проблемы применения, а также направления развития государственно-частного партнерства в здравоохранении. Основное внимание в статье уделяется разработке методов и методологии правового регулирования государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения. Кроме того, в статье проводится теоретико-правовой анализ понятий концепций развития права и медицины в современных условиях. Методологическую основу статьи составили современные достижения теории познания. В процессе исследования применялись общеправовые, теоретические, общеправовые методы (диалектика, системный метод, анализ, синтез, аналогия, дедукция, наблюдение, моделирование), традиционно правовые методы (формально-логический), а также методы, используемые в конкретно-социологических исследованиях (статистические, экспертные оценки и др.). Основным выводом, который сделан по итогам исследования, состоит в том, что в настоящее время для развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения следует совершенствовать формы и методы его реализации. Основным вкладом, который сделан авторами в настоящей статье это необходимость развития правового регулирования государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения. Новизна статьи заключается в разработке предложений по развитию форм и методов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, а также создание правовых и организационных гарантий законности в сфере здравоохранения.

Ключевые слова: здравоохранение, государственно-частное партнерство, муниципально-частное партнерство, медицинская помощь, концессионное соглашение, государство, право, медицина, помощь, здоровье.

Abstract. The article considers legal and organizational issues of applying the mechanisms of public-private partnership in the sphere of public health in the light of the new federal law No 224. The authors analyze the latest amendments to statutory instruments regulating public-private interrelations in the Russian Federation. The analysis of bibliography on the issue reveals the main problems of application and directions of development of public-private partnership in the sphere of public health. The main attention is paid to the development of methods and methodology of legal regulation of public-private partnership in the sphere of public health. The authors analyze the concepts of development of law and medicine in the modern conditions. The authors apply general philosophical and theoretical methods (dialectics, the system method, analysis, synthesis, analogy, deduction, observation, and modeling), traditional legal methods (formal logical), and the methods used in specific sociological research (statistical, expert assessments, etc.). The authors conclude that at present, in order to develop public-private partnership in the sphere of public health, it is necessary to improve forms and methods of its application. The authors also claim that it is necessary to develop public-private partnership in the sphere of public health. The novelty of the study lies in the proposals about the development of forms and methods of public-private partnership in the sphere of public health and the establishment of legal and organizational guarantees of law and order in this sphere.

Key words: state, concession, medical aid, municipal-private partnership, public-private partnership, public health, law, medicine, aid, health.

Одним из приоритетов государственной политики в сфере реализации государственной Программы Российской Федерации «Разви-

тие здравоохранения» является создание и развитие конкурентных рынков, последовательная демонополизация экономики, что предусматрива-

Статья подготовлена при информационной поддержке компании «КонсультантПлюс».

ет возникновение условий для развития ГЧП, постепенной демополизации государственной системы оказания медицинской помощи населению страны в условиях реформирования системы контрольно-надзорных функций и стандартизации медицинских услуг.

В последнее время в научных публикациях все активнее рассматриваются вопросы отражающие специфику, проблемы, возможности, перспективы развития и применения ГЧП в здравоохранении; особенно актуальными становятся работы, касающиеся механизмов реализации ГЧП в практическом здравоохранении [1, 2, 3, 4, 5].

В связи со вступлением в силу с 1 января 2016 года большей части статей нового Федерального закона 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» требуется проведение синхронизации существующего законодательства о ГЧП в субъектах РФ с федеральным законодательством.

В литературе предлагаются определения ГЧП в конкретных сферах экономики. Так, Т.В. Панова определяет ГЧП в здравоохранении, как «закрепление на контрактной основе совместного использования или передачи государственной и муниципальной собственности во владение и пользование частным инвесторам для оказания медицинских услуг с софинансированием, разделением рисков и обеспечением минимальной рентабельности при соблюдении стандартов качества и с обслуживанием части населения [6].

До июля 2015 г. единственным специальным федеральным законом, регулирующим правовые отношения ГЧП, оставался Федеральный закон от 21 июля 2005 г. № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях».

В сложившихся современных экономических условиях в Российской Федерации, приведших к бюджетному недофинансированию ряда отраслей экономики, важным элементом совершенствования качества оказания медицинской помощи гражданам нашей страны стало развитие государственно-частного партнёрства в системе здравоохранения.

Такие важные факты и события, как 1) усиление внимания со стороны государства к ГЧП в здравоохранении; 2) резкое увеличение в последние два года числа успешных проектов ГЧП; 3) принятие большинством регионов страны собственных законов о ГЧП; 4) долгожданные изменения, внесенные в законодательную базу по ГЧП на федеральном уровне, – сочетаются с дефицитом подготовленных высококвалифицированных юридических кадров по вопросам, регулирующим ГЧП,

в том числе в сфере здравоохранения, что требует решения в ближайшее время.

Цель: обоснование рекомендаций для развития нормативно-правовой базы государственно-частного партнерства в отечественном здравоохранении

В законодательстве нашей страны в отношении ГЧП существует правовая регламентация, относящаяся к категории комплексной, поэтому вполне можно говорить о том, что ГЧП – это не предмет регулирования, а комплексный институт права [7]. Сочетание различных отраслей законодательства, одновременно используемых при осуществлении ГЧП, является особенностью правового регулирования этого комплексного института права, что, соответственно, влияет на характер правового регулирования общественных отношений в таких партнерствах[7].

Итак, законодательство о ГЧП в РФ, безусловно, основывается на положениях Конституции нашей страны. Например, в части 1, статьи 8 Конституции РФ гарантируются единство экономического пространства, свободное перемещение товаров, услуг и финансовых средств, поддержка конкуренции, свобода экономической деятельности, а во 2 части той же статьи признаются и защищаются равным образом частная, государственная, муниципальная и иные формы собственности. Статья 34 гласит о недопущении экономической деятельности, направленной на монополизацию и недобросовестную конкуренцию. А особое внимание, в рамках данной работы важно обратить на часть 2 статьи 41 Конституции РФ: «В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.».

На сегодняшний день в РФ специальное законодательство о ГЧП на федеральном уровне включает два федеральных закона:

- федеральный закон от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях»;
- федеральный закон от 13.07.2015 № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

При закупке товаров, работ, услуг в целях реализации соглашений о ГЧП такая закупка осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 5 апреля 2013 года N 44-ФЗ «О контрактной системе

в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

При заключении договоров, предусматривающих переход прав владения и (или) пользования в отношении государственного имущества, применяется Федеральный закон от 26 июля 2006 года N 135-ФЗ «О защите конкуренции».

Кроме того, на федеральном уровне существует целый ряд кодексов РФ, которые регулируют вопросы, связанные с ГЧП. К этим документам относятся Гражданский кодекс РФ, Бюджетный кодекс РФ, Земельный кодекс РФ, Градостроительный кодекс РФ, Лесной кодекс РФ, Водный кодекс РФ, Воздушный кодекс РФ.

На региональном уровне законодательные акты по ГЧП представлены законами субъектов РФ. Примером такого закона может служить Областной закон Ленинградской области «Об участии Ленинградской области в государственно-частных партнерствах» от 14.10.2011 N 78-оз.

Помимо региональных законов о ГЧП существуют отдельные НПА министерств и департаментов здравоохранения субъектов РФ, касающиеся развития ГЧП, например, по утверждению комиссий по рассмотрению предложений потенциальных партнеров об участии в проектах, реализуемых на основе ГЧП в сфере здравоохранения. К работе таких комиссий могут привлекаться главные внештатные специалисты министерств и департаментов здравоохранения субъектов РФ по вопросам, относящимся к их компетенции.

В связи с принятием федерального закона № 224-ФЗ ожидается принятие приказов Минэкономразвития РФ, регулирующих порядок проведения предварительных переговоров и переговоров, связанных с разработкой предложения о реализации проекта ГЧП и рассмотрением проекта публичным партнером, уполномоченным органом, порядка мониторинга реализации соглашений ГЧП, а также устанавливающих методику оценки эффективности проекта ГЧП и рассмотрения на наличие сравнительного преимущества. [8].

Для основы механизма ГЧП в российском законодательстве существуют нормы конституционного, административного и гражданского законодательства. Использование только административно-правовых методов правового регулирования не может обеспечить высокую эффективность проектов, реализуемых на условиях государственно-частного партнерства. Для того чтобы партнерства были действительно добровольными, а проекты в них приносили бы наибольшую выгоду, необходимо, чтобы в качестве методов правового регулирования использовались не только административно-правовые, но и гражданско-правовые методы [7].

Нормы гражданского права являются основой отношений между органами публичной власти и субъектами негосударственного управления в тех случаях, когда во взаимоотношениях они участвуют как юридические лица, т.е. нормы гражданского права в партнерстве регулируют отношения двух (может быть более) юридических лиц [7].

Материальные нормы о ГЧП в гражданском законодательстве представлены, к примеру, пунктом 1 ст. 2 Гражданского кодекса Российской Федерации: «Гражданское законодательство определяет правовое положение участников гражданского оборота, основания возникновения и порядок осуществления права собственности и других вещных прав, прав на результаты интеллектуальной деятельности и приравненные к ним средства индивидуализации (интеллектуальных прав), регулирует отношения, связанные с участием в корпоративных организациях или с управлением ими (корпоративные отношения), договорные и иные обязательства, а также другие имущественные и личные неимущественные отношения, основанные на равенстве, автономии воли и имущественной самостоятельности участников». То есть, существует возможность регулирования отношений по вопросам прав и обязанностей участников партнерства, вопросов, связанных с инвестициями или созданием объектов, имеющих гражданско-правовую охрану, иных вопросов, относящихся к договорным отношениям, возникающим между участниками партнерства [7].

В юриспруденции механизм ГЧП обозначается как совокупность взаимосвязанных между собой норм и правил, позволяющих участникам партнерства взаимодействовать друг с другом на законной (легальной) основе [7]. Социальная значимость легального сотрудничества органов власти с субъектами негосударственного управления всегда обусловлена общественной потребностью в том или ином виде сотрудничества. В Гражданском кодексе Российской Федерации (части второй) термин «сотрудничество» употребляется при регламентации вопросов совместного строительства и связанных с ним работ (ст. 750).

Гражданское законодательство отличается наибольшим количеством норм и правовых положений, регламентирующих взаимоотношения органов публичной власти и хозяйствующих субъектов в сфере экономики. Некоторые из них используются в конкурсных процедурах, в результате которых как бы «избирается» из числа субъектов негосударственного управления «партнер» органа публичной власти [7].

Часть первая Гражданского кодекса РФ содержит общие положения об обязательствах, единые для всех контрактных типов ГЧП. Среди основных

начал гражданского законодательства в Кодексе закреплен принцип свободы договора (ст. 421). Стороны могут определить условия договора по своему усмотрению, за исключением случаев, когда содержание условия предписано законом или иными правовыми актами. Согласно ГК РФ стороны могут заключать договоры, в которых содержатся элементы различных договоров, предусмотренных законом или иными правовыми актами (смешанные договоры) (п. 3 ст. 421). К отношениям сторон по смешанному договору применяются в соответствующих частях правила о договорах, элементы которых содержатся в смешанном договоре, если иное не вытекает из соглашения сторон или существа смешанного договора (п.3 ст. 421). К таким смешанным договорам можно отнести контракты, заключаемые по моделям BOT, BOLT и КЖЦ.

Во второй части ГК РФ предусмотрены особенности предмета, объекта, существенных условий, прав, обязанностей и ответственности сторон в отношении следующих видов: договора подряда на выполнение проектно-изыскательских работ, строительного подряда (§1 гл. 37 «Общие положения о подряде», §3 гл. 37 «Строительный подряд», §4 гл. 37 «Подряд на выполнение проектных и изыскательских работ»), договора аренды (§1 гл. 34 «Общие положения об аренде», § 4 гл. 34 «Аренда зданий и сооружений»), договора возмездного оказания услуг (гл. 39 «Возмездное оказание услуг»), оплаты в рассрочку (гл. 42 «Заем и кредит», ст. 823 «Коммерческий кредит»), страхования (гл. 48 «Страхование»), доверительного управления имуществом (гл. 53 «Доверительное управление имуществом»). Также в части второй Кодекса содержатся положения о договоре лизинга, позволяющие применять схемы ГЧП, основанные на такой форме инвестирования, как финансовая аренда (§6 гл. 34 «Финансовая аренда (лизинг)»).

Важная статья 1102 ГК РФ для ГЧП – договор доверительного управления имуществом. Согласно пункту 1 данной статьи по договору доверительного управления имуществом одна сторона (учредитель управления) передает другой стороне (доверительному управляющему) на определенный срок имущество в доверительное управление, а другая сторона обязуется осуществлять управление этим имуществом в интересах учредителя управления или указанного им лица (выгодоприобретателя). При этом, передача имущества в доверительное управление не влечет перехода права собственности на него к доверительному управляющему.

В литературе существуют мнения, что федеральный закон 115-ФЗ не может принадлежать к гражданскому законодательству [9]. Так, по мнению О.Н. Савиновой, концессионный договор имеет сложную, гетерогенную природу, и регулируе-

мые Законом о концессиях отношения отличаются многоотраслевым характером; автор приходит к выводу, что гражданское и концессионное законодательство пересекаются лишь в части процедур заключения, исполнения, изменения и расторжения концессионного соглашения, а также определения его содержания; концессионное законодательство образует межотраслевой институт, так как включает в себя как собственные правовые нормы, так и нормы иных отраслей права – гражданского, предпринимательского, административного. [9].

По мнению Р.М. Жемалетдинова КС является комплексным гражданско-правовым договором, возникающим в связи с осуществлением публично-правовыми образованиями задач государства и реализации функций местного самоуправления [10].

В исследовании автора В.М. Савельевой, делается вывод о гражданско-правовой природе концессионного соглашения и перспективности его дальнейшего совершенствования в данном направлении [11]. Автором предложено определение концессионного соглашения: «Концессионное соглашение – это институт гражданского права, конструкция, представляющая собой способ привлечения и осуществления инвестиций, порождающая возникновение определенных правоотношений направленных на получение экономического эффекта посредством управления государственной собственностью, регулируемых законодательством РФ и обладающая рядом признаков, характерных для гражданско-правового договора (добровольность заключения, взаимовыгодный характер, двусторонность, возмездность, взаимность), а также особыми признаками: 1) обязательное участие государственного (муниципального) образования в качестве стороны соглашения как особого лица гражданского права, заключающего гражданско-правовую сделку на равноправных условиях, отказываясь от своих иммунитетов и привилегий; 2) общественная значимость объекта соглашения» [11].

О коллизиях между нормами Федерального закона «О концессионных соглашениях» и других нормативных правовых актов, в частности ГК РФ, пишет С.Н. Широков [12]. Автор утверждает, что КС – это многоаспектное явление, в форме ГЧП, основанное на особом способе управления имуществом публичного образования в интересах потребителей товаров (работ, услуг), производимых (выполняемых, оказываемых) с использованием такого имущества, а также смешанного гражданско-правового договора [12]. В целях расширения практики заключения концессионных соглашений в социальных сферах (образование, здравоохранение) автор предложил в рамках гл. 55 ГК РФ разрешить участвовать в договоре простого товарищества, целью которого является извлечение прибыли,

некоммерческим юридическим лицам, которым закон и учредительные документы позволяют осуществлять соответствующий вид предпринимательской деятельности [12].

Таким образом, большинством авторов признается гражданско-правовая основа КС, в частности, и ГЧП в целом.

Помимо договорных отношений, которые регулируются ГК РФ, на реализацию КС влияют и многие другие положения Кодекса. В качестве примера можно рассмотреть пункт 8, статьи 3 федерального закона 115-ФЗ, в соответствии с которым концессионер несет риск случайной гибели или случайного повреждения объекта КС с момента передачи ему этого объекта, если иное не установлено концессионным соглашением. Концессионным соглашением на концессионера может быть возложена обязанность осуществить за свой счет страхование риска случайной гибели и (или) случайного повреждения объекта концессионного соглашения (глава 48. Страхование. ГК РФ).

Согласно пункту 13, части 1 статьи 4 Федерального закона 115-ФЗ объектами концессионных соглашений могут быть объекты здравоохранения, в том числе, предназначенные для санаторно-курортного лечения.

В качестве концедента выступает публичное образование – Российская Федерация, субъекты РФ, муниципальное образование – в зависимости от того, кому принадлежит реконструируемый проект недвижимости или будет принадлежать, созданный концессионером новый объект. В роли концессионера может выступать индивидуальный предприниматель, иностранное или российское юридическое лицо либо действующие без образования юридического лица по договору простого товарищества (договору о совместной деятельности) два и более юридических лица [13].

По мнению В.Г. Варнавского основная проблема с ГЧП в России в целом и с концессиями в частности была связана с тем, что законодательная власть ограничилась принятием рамочного закона, и на момент его принятия, не было предусмотрено, каким образом будет формироваться подзаконная нормативная база, какие гарантии необходимо предоставлять частным партнерам со стороны государства и какова должна быть система управления концессионным процессом [14].

Расширение действия механизма ГЧП на социальную сферу обуславливает необходимость понимания потребностей населения в социальных объектах и в предоставлении социальных услуг надлежащего качества [15], что относится и к услугам здравоохранения.

В 2013 г. в интересах Министерства экономического развития Российской Федерации Центром

развития ГЧП выполнена оценка инфраструктурной обеспеченности и инфраструктурных разрывов в субъектах РФ, что позволило на тот момент оценить практику реализации концессионных проектов в отраслевом разрезе [16]. Было выделено 4 ключевых отрасли, в которых реализуются концессионные проекты: социальная, транспортная, энергетическая и коммунальная [16]. Из 79 проектов, по которым имелись данные, наибольшее количество проектов реализуется в социальной и транспортной отраслях.

При этом из 27 концессионных проектов в социальной отрасли, – 11 развивались в здравоохранении, которое рассматривается как наиболее перспективная сфера приложения КС [16].

В общей сложности в федеральный закон ФЗ-115 изменения вносились 14 раз, что свидетельствует о высокой важности данного документа и его активнейшем практическом применении.

В 2011 г. Госдума просила не писать Минэкономразвития новый закон о ГЧП [17]. Экспертный совет при Госдуме направил в Минэкономразвития свои предложения о реформировании законодательства о ГЧП. В диспуте между идеологами принятия нового ФЗ и сторонниками развития регионального законодательства о ГЧП [17] экспертный совет занял промежуточную позицию, предлагая внести изменения в отдельные НПА, касающиеся ГЧП. Эксперты подчеркивают, что от введения нового закона могут пострадать будущие и уже реализуемые проекты.

«Вместо нового специального федерального закона достаточно разработать и ввести в действие ряд нормативно-правовых актов Минэкономразвития», – говорится в письме председателя экспертного совета по ГЧП при Госдуме Хафиза Салихова в Минэкономразвития (есть в распоряжении РБК daily). Это будет более оперативно, а также не подставит под удар уже действующие по региональному законодательству о ГЧП проекты (такие, как аэропорт Пулково), а также будущие. По подсчетам экспертов, всего под ГЧП сейчас «заточены» проекты на 50–60 млрд руб., все они могут в какой-то степени пострадать от законодательных трансформаций [17].

«С учетом того, что региональные законы о ГЧП приняты уже несколькими десятками регионов, на практике такого регулирования может быть достаточно при условии принятия более специальных, адресных поправок в федеральное законодательство (например, бюджетного, земельного или налогового)», – считает глава практики ГЧП «Фрешфилдс Брукхаус Дерингер» Федор Теселкин. «Каким-то образом планировать в федеральном законодательстве определение формы сотрудничества между государством и частными партнерами

или описывать возможные модели – значит просто ограничить возможности партнеров. Мы боимся, что если кто-то будет формулировать какое-то определение на федеральном уровне, которому все должны будут следовать, это сведет на нет всю работу по ГЧП», – согласна партнер «Клиффорд Чанс СНГ» Виктория Борткевич [17].

Задача принять новый закон о ГЧП любой ценой не стояла [17]. Но факт свершился, – в 2015 году в Российской Федерации принят долгожданный нормативно-правовой акт, регулирующий правоотношения, возникающие в сфере ГЧП: Федеральный закон от 13 июля 2015 г. N 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2016 г., за исключением отдельных положений, для которых предусмотрены иные сроки.

В ФЗ-224 представлено следующее определение ГЧП: «юридически оформленное на определенный срок и основанное на объединении ресурсов, распределении рисков сотрудничество публично-частного партнера, с одной стороны, и частного партнера, с другой стороны, которое осуществляется на основании соглашения о государственно-частном партнерстве, соглашения о муниципально-частном партнерстве, заключенных в соответствии с настоящим Федеральным законом в целях привлечения в экономику частных инвестиций, обеспечения органами государственной власти и органами местного самоуправления доступности товаров, работ, услуг и повышения их качества;».

Субъективный состав ГЧП-соглашений содержит обязательные и факультативные элементы. К элементам обязательным относятся: строительство и (или) реконструкция объекта частным партнером, полное или частичное финансирование создания объекта частным партнером, эксплуатация и (или) техническое обслуживание объекта частным партнером, возникновение права собственности на объект соглашения у частного партнера при условии обременения объекта. Факультативные элементы ГЧП-соглашений включают: проектирование объекта соглашения частным партнером, полное или частичное финансирование эксплуатации и (или) технического обслуживания частным партнером, обеспечение публичным партнером частичного финансирования создания объекта соглашения, передача объекта соглашения в собственность публичного партнера по истечении срока соглашения [18].

По мнению Е. Зусман и соавт. самым важным моментом нового ГЧП-закона является то, что он не становится дублером концессии: принципиально новые элементы ГЧП-соглашений позволяют

ему занять собственную нишу в законодательстве о государственно-частном партнерстве [18].

Правоприменительная практика по 224-ФЗ на сегодняшний день еще не сформировалась.

По официальной информации Минздрава России по состоянию на февраль 2015 года зафиксировано 70 законов (82,4%), касающихся применения ГЧП по субъектам РФ. Законы представлены большинством субъектов РФ. В ряде регионов РФ такие законы не только приняты достаточно давно, и их проработка выполнена на высоком уровне, но и успешно реализуются инвестпроекты ГЧП.

Проекты региональных законов о ГЧП подготовили Белгородская область, Республика Крым и Тюменская область.

При анализе содержания 70 законов и 3 законопроектов выяснено, что ряд из них не имеет статьи об объектах ГЧП, в которую должны были бы войти медицинские объекты. Законы и проекты неоднородны по объему и содержанию. Общее количество статей в них расположилось в диапазоне от 7 до 26. В качестве сравнительного примера ниже представлен анализ статей региональных законов о ГЧП двух граничащих друг с другом субъектов РФ (расположенных в Северо-Западном Федеральном округе): Ленинградской и Вологодской области. Это областной закон Ленинградской области от 14.10.2011 № 78-оз «Об участии Ленинградской области в государственно-частных партнерствах» (принят ЗС ЛО 28.09.2011) (в ред. Закона Ленинградской области от 16.02.2015 № 7-оз) и закон Вологодской области от 31.05.2010 № 2308-03 «Об участии Вологодской области в государственно-частном партнерстве» (принят Постановлением ЗС Вологодской области от 26.05.2010 №349) (в ред. Законов Вологодской области от 02.05.2011 № 2513-03, от 06.07.2011 № 2561-03, от 01.02.2013 № 2987-03, от 06.10.2013 № 3154-03, от 08.06.2015 N 3682-03). В оба закона последние поправки внесены в 2015 году, но до принятия 224-ФЗ. В обоих субъектах РФ действуют проекты ГЧП.

Сравнительный анализ двух НПА позволяет выделить следующие преимущества закона о ГЧП в Ленинградской области по сравнению с таким же законом Вологодской области:

- более объемный по количеству статей и их содержанию закон;
- значительно более проработанное описание условий соглашения о ГЧП;
- наличие статьи об объектах соглашения, к которым могут относиться и объекты здравоохранения.
- наличие статей об имущественном и финансовом участии публичного партнера в ГЧП
- гарантии прав партнеров при заключении соглашения.

Таким образом, закон о ГЧП Ленинградской области выглядит более доработанным документом.

В то же время все без исключения региональные законы о ГЧП требуют приведения в соответствие с новым федеральным законодательством о ГЧП (224-ФЗ). В ряде из этих законов необходимо предусмотреть включение обязательной статьи об объектах ГЧП-соглашений, включив в перечни таких объектов, используемые для осуществления медицинской, лечебно-профилактической и иной деятельности в системе здравоохранения.

Согласно п. 11 статьи 7 224-ФЗ к объектам соглашения о ГЧП и МЧП могут относиться «объекты здравоохранения, в том числе объекты, предназначенные для санаторно-курортного лечения и иной деятельности в сфере здравоохранения». Именно такую формулировку целесообразно применить и в региональных законах о ГЧП. Кроме того, при определении в законах понятия объект ГЧП в основном говорится об имуществе и реже упоминается интеллектуальная собственность. Для сравнения можно рассмотреть законы о ГЧП в двух субъектах РФ: в Ленинградской области и в Республике Татарстан (Закон РТ от 01.08.2011 № 50-ЗРТ «О государственно-частном партнерстве в Республике Татарстан»). В областном законе о ГЧП Ленинградской области в п.1, статьи 4 объект соглашения определяется, как «имущество, создаваемое, в том числе, путем строительства (реконструируемое) и (или) эксплуатируемое в соответствии с соглашением». В п. 3, части 1, статьи 2 закона о ГЧП в Республике Татарстан под объектом понимается «интеллектуальная собственность, имущество, создаваемое, реконструируемое, эксплуатируемое в соответствии с соглашением...». Отнесение интеллектуальной собственности к объектам соглашений о ГЧП представляется очень важным моментом в законодательстве, т.к. это, в том числе, позволит в дальнейшем избежать возможных судебных споров о правах на такие объекты.

Таким образом, можно сделать заключение о важности доработки законов о ГЧП в субъектах РФ, связанной с двумя причинами: 1) необходимость приведения в соответствие с федеральным законодательством; 2) отсутствие значимых статей в ряде региональных законов о ГЧП и / или применение общих (неконкретных) формулировок в законах. Кроме того, до сегодняшнего дня некоторые субъекты РФ еще не подготовили собственные законы о ГЧП или их проекты, что также требует проведения соответствующей работы.

Складывающаяся ситуация с ограничением инвестиций, удорожанием кредитных ресурсов в связи с введением против России санкций актуализирует проблему использования механизма государственно-частного партнерства (ГЧП) в социаль-

ной сфере, в частности в здравоохранении, с целью привлечения частных инвестиций [6].

В тарифе обязательного медицинского страхования, на финансирование за счет которого переходит отечественное здравоохранение, не предусмотрены средства на реконструкцию и строительство новых объектов для отрасли. Президент РФ В.В. Путин предлагает решать данную проблему с привлечением государственно-частных партнерств [19].

В начале 2014 года Глава государства поручил Правительству Российской Федерации представить предложения по внесению в законодательство Российской Федерации изменений, касающихся расширения возможности использования механизмов государственно-частного партнерства, концессионных соглашений в сфере здравоохранения, предусмотрев при этом сохранение профиля медицинских организаций, объемов, видов и условий оказываемой ими медицинской помощи, а также обеспечение доступности и качества медицинской помощи, оказываемой по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В статье 14, п. 10, главы 3 ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан» к полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья отнесено «установление порядка осуществления медицинской деятельности на принципах государственно-частного партнерства в сфере охраны здоровья».

Еще одним Приказом Минздрава России от 29.07.2014 г. № 407 утверждено «Положение о Департаменте Инфраструктурного развития и государственно-частного партнерства Министерства здравоохранения РФ», одной из задач которого стало привлечение инвестиций в объекты инфраструктуры на основе ГЧП в сфере здравоохранения.

Всего за несколько месяцев до принятия федерального закона 224-ФЗ, Минздравом России разработаны и одобрены «Методические рекомендации для органов государственной власти Российской Федерации по применению механизмов государственно-частного взаимодействия в сфере здравоохранения». При этом, в данных методических рекомендациях (далее Рекомендации) подчеркивается, что государственно-частное взаимодействие в сфере здравоохранения не идентично понятию ГЧП, и включает в себя широкий спектр различных публично-правовых отношений, в том числе и механизмы ГЧП, в первую очередь, реализуемых посредством заключения концессионных соглашений. Одним из важнейших принципов государственно-частного взаимодействия, согласно Рекомендациям, является сохранение профиля объектов здравоохранения, объемов, видов и условий оказываемой

населению конкретного субъекта Российской Федерации медицинской помощи, а также доступности и качества медицинской помощи, оказываемой по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. То есть заключение КС на объект, обеспечивающий, к примеру, детское население высокотехнологичной медицинской помощью, и на выходе подразумевает сохранение профиля данного объекта.

Согласно Рекомендациям на данном этапе государственно-частное взаимодействие в сфере здравоохранения может осуществляться с помощью таких механизмов сотрудничества публичного и частного партнеров, как концессии; сделки по привлечению инвестиций в отношении объектов инфраструктуры здравоохранения государственной собственности; аренда государственного имущества с возложением на арендатора обязательств по проведению текущего и капитального ремонта арендуемого имущества; лизинг; участие частных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; аутсорсинг; создание коммерческих организаций.

Участие частных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи как механизм государственно-частного взаимодействия в сфере здравоохранения. Правовой основой данного механизма государственно-частного взаимодействия является Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон № 326-ФЗ) и подзаконные акты, принятые для реализации Закона № 326-ФЗ, которые расширили права частных медицинских организаций на участие в сфере ОМС. Статьей 15 Закона № 326-ФЗ предусмотрено, что к медицинским организациям в сфере ОМС относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

В единой информационной системе ГЧП в РФ по состоянию на сентябрь 2015 г. представлена база проектов ГЧП, состоящая из 1285 проектов по отраслям экономики из регионов РФ. Уровни, формы и этапы реализации данных проектов различны. Всего 64 проекта, представленных в базе, относятся к отрасли здравоохранения (5,0%), что не так уж и мало. При этом больше половины всех проектов находятся в Приволжском и Центральном Федеральных округах.

Формами проектов выбраны соглашения о ГЧП (15; 23,4%), концессионные соглашения (26; 40,6%) и договоры аренды с инвестиционными обязательствами (23; 36,0%). По этапам реализации проекты разделились на инициирование (14; 21,9%), прединвестиционный (23; 35,9%), инвестиционный (13; 20,3%), эксплуатационный (13; 20,3%) и завершение – (1; 1,6%). Заявленные сроки проектов ГЧП в здравоохранении составили от 2-х до 49 лет. На двухлетний срок рассчитаны 6 проектов. В то же время в соответствии с п. 3 статьи 3 224-ФЗ соглашение о ГЧП, соглашение о МЧП это – гражданско-правовой договор между публичным партнером и частным партнером, заключенный на срок не менее чем три года в порядке и на условиях, которые установлены настоящим Федеральным законом. В основном проекты ГЧП в здравоохранении представлены на региональном уровне.

Однако для проектов, стартовавших до утверждения данного закона данный пункт применяться не может.

Большой интерес для отрасли представляют проекты ГЧП, связанные с перспективой обеспечения населения РФ специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощью при государственно-частном взаимодействии.

В качестве примера перспективного взаимодействия государства и бизнеса рассмотрен концессионный проект в Московской области: «Создание Онкорadiологических центров в г. Балашихе в г. Подольск и осуществление деятельности с их использованием». Известно, что по уровню доступности услуг здравоохранения Московская область отстает не только от Москвы, но и от РФ. Так, к примеру, в 2013 г. году численность врачей на 10 000 населения в регионе составила 39,0 (в РФ- 48,9, в Москве – 68,6); по общему числу больничных коек на 10 000 населения (n=79) Московская область также отстает от РФ (n=91) и Москвы (n=86) [20]. Актуальность развития данного проекта не вызывает сомнения, ведь каждый четвертый онкологический пациент в Московской области обращается за медицинской помощью в уже запущенной стадии, а причины такой тяжелой ситуации во многом связаны с недостаточной доступностью диагностического звена.

Основной целью проекта стало «повышение качества и доступности медицинской помощи, оказываемой жителям Московской области, за счет раннего выявления и внедрения современных методов лечения при злокачественных новообразованиях и обеспечения гарантированных законодательством Российской Федерации и Московской области прав граждан в сфере охраны здоровья». Планируется, что за период действия КС будет оказано более 382 000 диагностических и лечебных

услуг, а лучевой терапии подвергнутся 39 275 пациентов, что по прогнозам полностью удовлетворит потребности населения Московской области.

Региональный закон об участии региона в ГЧП в Московской области существует. Организационно-правовой моделью данного проекта выбрано КС (заключено) сроком на 12 лет. Концедент – Московская область, концессионер – ООО «ПЭТ-Технолоджи Балашиха» и ООО «ПЭТ-Технолоджи Подольск». Общая стоимость проекта 11 662 млн. рублей из которых объем финансирования капитальных затрат – 4 656 млн. руб. представляет 100% инвестиций концессионера (1 434 млн. руб. – строительство, 3 222 млн. руб. – оборудование), и 7 006 млн. руб. компенсируются путём гарантий концедента. Большая доля услуг (90%) предполагается выполнять в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Московской области и лишь 10 % услуг будут платными. Возврат инвестиций будет производиться по тарифам территориального фонда ОМС (ТФОМС) Московской области, а также за счёт средств межбюджетных трансфертов из бюджета Московской области на покрытие инвестиций в размере 30 % от тарифа ТФОМС. Мощность объектов (услуг в год) составит по позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии – 12 000 человек; по дистанционной лучевой терапии (законченный курс) – 3 000 человек; по контактной лучевой терапии (брахитерапии) – 1500 человек.

К интересным объектам ГЧП на основе КС можно отнести областной центр (Ленинградская область) медицинской реабилитации в г. Коммунар (Проект создания Областного центра медицинской реабилитации в г. Коммунар на основе концессионного соглашения).

Концедентом в проекте является Ленинградская область, а концессионер определяется по итогам конкурса (прединвестиционная стадия). Объекты соглашения: 200 коек, из которых 150 по программе ОМС по профилям кардиология, неврология, опорно-двигательный аппарат; земельный участок 41 Га, объект не менее 22 тыс. м². Проект сроком в 26 лет осуществляется в несколько этапов. На первом этапе (2015 г.) заключается концессионное соглашение, на втором этапе осуществляются инвестиции (2016 – 2018 гг.), эксплуатационная фаза длится с 2019 г. по 2041 г.

При этом, объем финансирования капитальных затрат на объект ГЧП между концессионером и концедентом распределяется следующим образом: доля вложений концессионера – 15%, а концедента – 85%. Финансирование операционных затрат (в течение срока эксплуатации) полностью ложится на концессионера, а концедентом устанавливается

минимально гарантированный тариф и объем услуг по ОМС (плата концедента в случае недостижения минимально гарантированного дохода).

В Ленинградской области введена льгота по налогообложению: концессионные соглашения освобождаются от налога на имущество, что позволит снизить концессионеру издержки в ходе эксплуатации имущества.

Кроме того, софинансирование капитальных затрат со стороны публичного партнера (Ленинградская область) является явным плюсом данного проекта, т.к. в тарифы ОМС регламентированы и не включают средства на капитальное строительство, приобретение медицинского оборудования.

Таким образом, создание специализированного учреждения реабилитации в регионе устранит проблемы нехватки реабилитационных коек, позволит снизить показатели преждевременной смертности и заболеваемости населения.

В связи с принятием 224-ФЗ, для каждой отрасли экономики страны, актуальным стал вопрос о приведении регионального законодательства в соответствие с новым федеральным законом. В рамках данной работы представлен анализ ситуации с изменениями в законодательстве о ГЧП в сфере здравоохранения.

Из поручения Первого заместителя Председателя Правительства РФ, И.И. Шувалова от 28.08.2015 г. федеральным органам исполнительной власти (по списку): «1. Прошу совместно с Минэкономразвития России представить до 1 декабря 2015 г. в Правительство Российской Федерации в установленном порядке предложения о внесении изменений в законодательство Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», а также внести изменения в ведомственные нормативные акты. ...».

Из Протокола заседания Координационного совета Министерства здравоохранения РФ по государственно-частному партнерству (Москва 11 сентября 2015 г., Председательствовал: заместитель Председателя Координационного совета, заместитель Министра здравоохранения РФ – Краевой Сергей Александрович): «2. Рекомендовать членам Координационного совета в установленном порядке принять участие в работе Минэкономразвития России по подготовке нормативных правовых актов, направленных на реализацию положений Федерального закона 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».

Также на данном заседании Координационного совета его членам было рекомендовано в месячный срок направить в Минздрав России предложения для учета при подготовке Методических рекомендаций по применению концессионных соглашений для развития объектов инфраструктуры здравоохранения на федеральном и региональном уровне, а также предложения по внесению изменений в законодательство Российской Федерации, направленных на совершенствование механизма концессии для привлечения частных инвестиций в развитие инфраструктуры здравоохранения, включая финансово-экономическое обоснование предлагаемых изменений.

На этом же заседании органам государственной власти субъектов Российской Федерации предложено ускорить направление в Минздрав России:

- информации о проектах, информация о которых размещена в Единой информационной системе государственно-частного партнерства в Российской Федерации;
- информации об иных инициированных, реализуемых и реализованных проектах на принципах государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения (концессионные соглашения, соглашения о государственно-частном партнерстве в соответствии с региональным законодательством и аренда с инвестиционными условиями);
- предложений по совершенствованию законодательства Российской Федерации в указанной сфере;
- предложений в проект протокольного решения заседания Правительства Российской Федерации.

Гармонизация нормативно-правовой базы для ГЧП в здравоохранении проведена в 2015 г. Минздравом России: [21]. Так, по данным С. Краевого подготовлены и направлены в Минэкономразвития России предложения по внесению изменений в постановление Правительства РФ от 28.11.2013 г. № 1087 «Об определении случаев заключения контракта жизненного цикла», определяющих возможность заключения КЖЦ в отношении объектов здравоохранения; а также в Постановления Правительства РФ от 10.08.2007 г. № 505 «О порядке принятия федеральными органами исполнительной власти решений о даче согласия на заключение сделок по привлечению инвестиций в отношении находящихся в федеральной собственности объектов недвижимого имущества» и от 03.04.2008 г. № 234 «Об обеспечении жилищного и иного строительства на земельных участках, находящихся в федеральной собственности» (в части совершенствования нормативно-правовой базы в сфере привлечения инвестиций в отношении находя-

щихся в федеральной собственности объектов недвижимого имущества) [21]. В Правительство РФ внесен разработанный Минздравом России проект Федерального закона «О внесении изменений в ФЗ «О концессионных соглашениях», предусматривающий, что в случае если объектом КС являются объекты здравоохранения и принадлежащие на момент принятия решения о заключении КС государственному бюджетному учреждению на праве оперативного управления, такое учреждение может участвовать на стороне концедента в обязательствах по КС и осуществлять отдельные полномочия концедента [21].

Методические рекомендации Минздрава России были одобрены Минздравом России еще до принятия 224-ФЗ, и многие положения этого закона в рекомендациях не учтены. Однако в ближайшее время планируется изменение Методических рекомендаций в соответствии с федеральным законом. Согласно Методическим рекомендациям, государственно-частное взаимодействие в сфере здравоохранения включает в себя широкий спектр различных публично-правовых отношений, в том числе механизмы ГЧП, и в первую очередь, реализуемых посредством заключения КС.

В соответствии с пунктом 2, статьи 2 Федерального закона от 13 июля 2015 № 224-ФЗ, отношения, возникающие в связи с подготовкой, заключением, исполнением и прекращением концессионного соглашения, с установлением гарантий прав и законных интересов сторон концессионного соглашения, регулируются Федеральным законом от 21 июля 2005 года № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях». Положения Гражданского кодекса РФ служат базой для КС. В законе 115-ФЗ понятие КС определяется так: «Концессионное соглашение является договором, в котором содержатся элементы различных договоров, предусмотренных федеральными законами. К отношениям сторон концессионного соглашения применяются в соответствующих частях правила гражданского законодательства о договорах, элементы которых содержатся в концессионном соглашении, если иное не вытекает из настоящего Федерального закона или существа концессионного соглашения.» (п. 2, ст. 3).

Согласно пункту 3 статьи 421 Гражданский кодекс Российской Федерации стороны могут заключать *договоры*, в которых содержатся элементы различных договоров, предусмотренных законом или иными правовыми актами (смешанные договоры).

Согласно пункту 1 статьи 7 федерального закона 115-ФЗ КС предусматривается концессионная плата, вносимая концессионером концеденту в период эксплуатации объекта КС. В то же время, концессионер не является арендатором объекта КС,

так как, во-первых, лица, которые могут участвовать в договоре аренды (ГК РФ) и КС отличаются, во-вторых, (п. 1, ч. 2, ст. 8) концессионер при исполнении КС обязан осуществить в установленные КС сроки создание и (или) реконструкцию объекта КС и приступить к его использованию (эксплуатации), что не обязан делать арендатор (ГК РФ).

Условия, заключение, исполнение, изменение и прекращение КС регулируется главами 27, 28, 29 ГК РФ.

При совершении сделок по привлечению инвестиций в отношении объектов инфраструктуры здравоохранения государственной собственности могут применяться применяются правила о двух- и многосторонних сделках, предусмотренные главой 9 ГК РФ.

Законность применения механизмов ГЧП в сфере здравоохранения прописана в Методических рекомендациях. В ГК РФ (п. 1, ст. 10) Не допускается использование гражданских прав в целях ограничения конкуренции, а также злоупотребление доминирующим положением на рынке.

В методических рекомендациях сделан акцент на таких принципах ГЧВ, как социально-экономический эффект и эффективность, обоснованность принимаемых органами государственной власти управленческих решений; взаимовыгодность; объединение ресурсов под достижение конкретного результата; распределение ответственности и рисков между публичным и частным партнерами; обеспечение публичным партнером контроля и мониторинга над реализацией проектов ГЧВ; *сохранение профиля объектов здравоохранения, объемов, видов и условий оказываемой населению конкретного субъекта РФ медицинской помощи, а также доступности и качества медицинской помощи, оказываемой по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.*

Пункт 1, статьи 1 ГК РФ: Гражданское законодательство основывается на признании равенства участников регулируемых им отношений,

Пункт 1, статьи 124 ГК РФ: РФ, субъекты РФ: республики, края, области, города федерального значения, автономная область, автономные округа, а также городские, сельские поселения и другие муниципальные образования выступают в отношениях, регулируемых гражданским законодательством, на равных началах с иными участниками этих отношений – гражданами и юридическими лицами.

Очевидно, что по мере развития ГЧП, в том числе в здравоохранении, по мере активизации использования правоприменительной и судебной практики по 224-ФЗ более четко будет отрегулирована связь гражданского права и ГЧП. В любом

случае, все изменения, вносимые в указанные законодательные акты, должны быть направлены в первую очередь на повышение качества и доступности медицинской помощи для граждан нашей страны.

Глубокие политические, экономические и социальные преобразования последних трёх десятилетий в странах с переходной экономикой, интенсивные процессы глобализации в современном мире создали почву для консолидации усилий власти и бизнес-сообщества в решении задач по удовлетворению потребностей населения в широком спектре услуг, традиционно являвшихся сферой ответственности органов государственной власти и местного самоуправления. Возникшие на этом пути проблемы потребовали комплекса мер, выходящих за рамки компетенции и финансовых возможностей государственного и частного секторов и привели к появлению нового феномена – государственно-частного партнерства (ГЧП) [22].

К одной из приоритетных мер в области модернизации здравоохранения согласно Основным направлениям деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2018 г. от 31.01.2013 г. относится развитие механизмов ГЧП, привлечение частного капитала для развития инфраструктуры здравоохранения.

Положительные стороны использования ГЧП в здравоохранении представляются достаточно обоснованными, но остаются вопросы, требующие поиска оптимального решения; в каждом конкретном случае необходимы точные расчеты и прогнозы.

Необходима выработка государственной стратегии, для привлечения в программу государственных гарантий инвесторов, с учетом дальнейшей возможности долговременных взаимовыгодных отношений, со снятием для них ограничений. В качестве таких инвесторов перспективными представляются, например, пенсионные фонды, в том числе, возможно, и пенсионный фонд РФ. При привлечении инвестиционных вложений такого мощного партнера в отрасль здравоохранения, выгода государства и общества очевидна. При этом, пенсионные деньги фонда государство сможет использовать эффективнее, получая дополнительные средства в сочетании с решением социальных задач.

Важно обеспечение регулирования процессов оказания бесплатных для населения медицинских услуг при использовании механизмов ГЧП в соответствии со стратегическими приоритетами страны и существующей демографической ситуацией.

Перспективно создание специализированного регистра для накопления опыта, оценки результатов, изучения возможных юридических и социально-экономических последствий ГЧП именно в системе здравоохранения.

Целесообразно совместное фокусирование внимания юридических и медицинских профессиональных сообществ на вопросах совершенствования законодательной базы применения механизмов ГЧП в отрасли здравоохранения в целом, что может позволить реализовать социальные задачи по обеспечению реабилитационной помощью пациентов с ВПС.

Принятия специального закона о ГЧП страна ждала долго [23]. Вносились доработки в законопроект, велись обсуждения на различных уровнях о целесообразности принятия такого правового акта. И наконец, в июле 2015 года Президент РФ, Владимир Владимирович Путин, подписал 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 г. № 224-ФЗ.

Часть 1, статьи 1, 224-ФЗ ставит целью этого закона: создание правовых условий для привлечения инвестиций в экономику РФ и повышение качества товаров, работ, услуг, организация обеспечения которыми потребителей относится к вопросам ведения органов государственной власти, органов местного самоуправления. Статьей 9 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ установлена ответственность органов государственной власти, органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья. Статьей 19 этого же закона определяются права граждан на получение медицинской помощи в гарантированном объеме, оказываемой без взимания платы, в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Законом 224-ФЗ закреплены обязательные элементы соглашения о ГЧП, МЧП. Это строительство и (или) реконструкция объекта частным партнером. Полное или частичное финансирование им создания объекта. Осуществление частным партнером эксплуатации и (или) техобслуживания объекта. Возникновение у него права собственности на объект при условии обременения последнего. При этом если совокупный объем госинвестиций превышает сумму частных вложений, то объект передается в публичную собственность не позднее дня прекращения соглашения. Установлен закрытый перечень объектов соглашения о ГЧП, МЧП, к которым отнесены объекты здравоохранения, в т. ч. предназначенные для санаторно-курортного лечения. Не допускается заключение соглашения в отношении источников тепловой энергии, тепловых сетей или их совокупности,

объектов водоснабжения и водоотведения, формой ГЧП или МЧП для которых объектов является КС. Определены полномочия соответствующих органов власти в области ГЧП, МЧП. Перечислены гарантии прав и законных интересов частных партнеров при реализации соглашения о ГЧП, МЧП. Прописана процедура его подготовки, заключения, исполнения, прекращения. Корреспондирующие поправки внесены в Земельный, Градостроительный, Водный и Лесной кодексы РФ, в Законы о недрах, оценочной деятельности и др. Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2016 г., за исключением отдельных положений, для которых предусмотрены иные сроки.

Единственным специальным Федеральным законом (до принятия 224-ФЗ) был закон 115-ФЗ «О концессионных соглашениях», и сегодня наибольшее количество концессий в социальной сфере реализуется в отрасли здравоохранения, где накоплен опыт правоприменительной практики. В то же время прецеденты судебных споров именно в отрасли здравоохранения по КС автором не обнаружено. Однако существующие содержательные выводы из анализа судебной практики по КС свидетельствуют о возможности возникновения точно таких же проблем и для КС в здравоохранении.

Центром развития ГЧП и Минэкономразвития России рекомендовали Минздраву России синхронизировать мероприятия, направленные на развитие ГЧП на 2015-2016 г.г. с проводимой Минэкономразвития России работой в части разработки критериев рейтинга субъектов по развитию государственно-частного партнерства (в том числе методики расчета для концессий), мониторинга реализации проектов ГЧП (в т. ч. концессионных соглашений).

Высокая значимость КС в здравоохранении связана с увеличением расходов на медицинскую помощь, а государство не имеющее возможности полностью финансировать отрасль вынуждено прибегать к поддержке частных капиталов.

Оказание гражданам РФ на безвозмездной основе медицинской, в том числе высокотехнологичной помощи, достаточно успешно реализуется в рамках ГЧП. Примерами могут служить клиники, выполняющие диагностику и лечение пациентов с сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями, развитие сети диализных центров, многопрофильных больниц, реабилитационных учреждений.

Будущее у ГЧП-проектов в здравоохранении страны, безусловно, есть, а то, каким мы его увидим, будет зависеть и от состояния законодательной базы в регионах, и от подготовки квалифицированных кадров в сфере ГЧП, а также, конечно, от политической воли государства.

- 1) Государственно-частное партнерство, широко используемое в мировой практике, находит всё большее применение в отечественном здравоохранении. Правовыми основами государственно-частного партнёрства в здравоохранении России являются конституционные основы, федеральное законодательство, региональное законодательство, подзаконные нормативно-правовые акты. Наиболее частой формой государственно-частного партнёрства в здравоохранении стали концессионные соглашения, а перспективным механизмом рассматривается контракт жизненного цикла.
- 2) По результатам проведенного исследования выявлено, что главные юридические проблемы, возникающие при использовании механизмов государственно-частного партнёрства в отечественном здравоохранении, были связаны с отсутствием федерального закона о ГЧП, который на сегодняшний день принят, но вступает в действие с 01.01.2016 г.; кроме того, существуют экономические и организационные проблемы:
 - отсутствие права собственности частного партнёра на объект концессионного соглашения;
 - отсутствие детального регулирования права владения и пользования концессионером объекта концессионного соглашения;
 - отсутствие в ряде регионов налоговых льгот, освобождающих от уплаты налога на имущество в отношении объектов концессионного соглашения;
- несовершенство системы финансирования, снижающей заинтересованность клиник в оказании качественных медицинских услуг;
- 3) К направлениям совершенствования законодательной базы государственно-частного партнёрства для здравоохранения относятся:
 - синхронизация региональных законов о ГЧП с федеральным законодательством;
 - дополнение ряда региональных законов о ГЧП статьей об объектах ГЧП, включающей объекты здравоохранения.

Практические рекомендации

- 1) Представляется важным проведение подготовки специалистов по ГЧП/МЧП для здравоохранения.
- 2) Рекомендуются повысить информированность о ГЧП среди организаторов здравоохранения.
- 3) Рассмотреть вопрос о целесообразности дополнения статьи 3 Федерального закона 224-ФЗ пунктом определяющим объект соглашения. Учитывая, что в большинстве региональных законов о ГЧП, данный пункт имеется, целесообразно проводить внесение этой поправки в Федеральный закон до синхронизации региональных законов.
- 4) Рассмотреть вопрос о возможности и целесообразности отнесения к понятию объекта ГЧП в региональных законах о ГЧП не только движимого и недвижимого имущества, но и интеллектуальной собственности.

Библиография:

1. Ершов Д. Л. Опыт реализации партнерства государства и бизнеса в здравоохранении // Молодой ученый. 2013. №11, с. 331-334.
2. Кулакова, Е.В. Государственно-частное партнерство – одна из форм привлечения внебюджетного финансирования в систему здравоохранения // Здравоохранение. 2013. № 8, с. 28-34.
3. Куракова Н.Г. Государственно-частное партнёрство в сфере здравоохранения: выбор форм и перспективных направлений. Часть 1. // Менеджер здравоохранения. 2009. №3, с. 4 – 12.
4. Куракова Н.Г. Государственно-частное партнёрство в сфере здравоохранения: выбор форм и перспективных направлений. Часть 2. // Менеджер здравоохранения. 2009. №4, с. 26 – 31.
5. Стародубов В.И., Янушевич О.О., Кицул И.С., Пивень Д.В. О возможностях преобразований в деятельности стоматологической службы с позиции частно-государственного партнёрства // Менеджер здравоохранения. 2009. №11, с.4-7.
6. Панова Т.В. Привлечение инвестиций в здравоохранение: правовой аспект. // Вопросы экономики и права. 2015. № 5, с. 151-153.
7. Игнатюк Н. Государственно-частное партнерство. М., 2012.
8. Долгов А. Новый Федеральный закон о ГЧП – возможности и ограничения для новых инфраструктурных проектов. Hogan Lovells 2015.
9. Савинова О.Н. Договорное регулирование концессионных отношений по законодательству Российской Федерации.: Автореф. дис. канд. юрид. наук. Казань, 2006.
10. Жемалетдинов Р.М. Гражданско-правовое регулирование концессионных соглашений.: Автореф. дис. канд. юрид. наук. Уфа, 2008.
11. Савельева В.М. Концессионное соглашение как институт гражданского права.: Автореф. дис. канд. юрид. наук. М., 2011.
12. Широков С.Н. Правовая сущность концессионного соглашения.: Автореф. дис. канд. юрид. наук. Челябинск, 2012.
13. Алексеева Д.Г., Андреева Л.В., Андреев В.К. и соавт. Российское предпринимательское право. М., 2011.
14. Варнавский В.Г. Государственно-частное партнерство: некоторые вопросы теории и практики. // Мировая экономика и международные отношения. 2011. № 9, с. 41-50.

15. Проект «Государственно-частное партнерство в социальной сфере – распространение опыта Великобритании и Санкт-Петербурга»: отчёт о лучшей практике. Санкт-Петербург. 2012.
16. Ярмальчук М. В., Туктаров Ю. Е., Шагако О. А., Ткаченко М. В., Борщевский Г. А., Долгов А. А., Шабаетов Р. Э. Практика применения концессионных соглашений для развития региональной инфраструктуры в России. М., 2014. 31 с.
17. Литвинова А. Госдума просит Минэкономразвития не писать новый закон о ГЧП // РБК Ежедневная деловая газета.-2011. – 17 октября.
18. Зусман Е. ГЧП-закон: что в имени тебе моём? М., июль 2015.
19. Латухина К. Врачебные тайны. Владимир Путин призвал продолжить реформы в здравоохранении // Российская газета. – 2014. – 22 января.
20. Российский статистический ежегодник. М., Росстат, 2014, 693 с.
21. Краевой С. На этапах подготовки находятся 15 инвестиционных проектов // АМИ Дайджест. – 2015.-№ 21 (74).
22. Практическое руководство по вопросам эффективного управления в сфере государственно-частного партнерства. Женева (Швейцария). 2008. Издание Организации Объединенных Наций. 114 с.
23. Восканян Е. ГЧП закон не писан // Медицинский вестник. 2014.-№ 1-2 (650-651).
24. Саидов З.А., Куракин А.В. Актуальные проблемы противодействия полиции административным правонарушениям в сфере предпринимательства // Полицейская деятельность. – 2015. – 5. – С. 257 – 275. DOI: 10.7256/2222-1964.2015.5.16481.

References (transliterated):

1. Ershov D. L. Opyt realizatsii partnerstva gosudarstva i biznesa v zdravookhraneniі // Molodoi uchenyi. 2013. №11, s. 331-334.
2. Kulakova, E.V. Gosudarstvenno-chastnoe partnerstvo – odna iz form privlecheniya vnebyudzhethnogo finansirovaniya v sistemu zdravookhraneniya // Zdravookhranenie. 2013. № 8, s. 28-34.
3. Kurakova N.G. Gosudarstvenno-chastnoe partnerstvo v sfere zdravookhraneniya: vybor form i perspektivnykh napravlenii. Chast' 1. // Menedzher zdravookhraneniya. 2009. №3, s. 4 – 12.
4. Kurakova N.G. Gosudarstvenno-chastnoe partnerstvo v sfere zdravookhraneniya: vybor form i perspektivnykh napravlenii. Chast' 2. // Menedzher zdravookhraneniya. 2009. №4, s. 26 – 31.
5. Starodubov V.I., Yanushevich O.O., Kitsul I.S., Piven' D.V. O vozmozhnostyakh preobrazovaniy v deyatel'nosti stomatologicheskoi sluzhby s pozitsii chastno-gosudarstvennogo partnerstva // Menedzher zdravookhraneniya. 2009. №11, с.4-7.
6. Panova T.V. Privlechenie investitsii v zdravookhranenie: pravovoi aspekt. // Voprosy ekonomiki i prava. 2015. № 5, s. 151-153.
7. Ignatyuk N. Gosudarstvenno-chastnoe partnerstvo. M., 2012.
8. Dolgov A. Novyi Federal'nyi zakon o GChP – vozmozhnosti i ogranicheniya dlya novykh infrastrukturykh proektov. Hogan Lovells 2015.
9. Savinova O.N. Dogovornoe regulirovanie kontsessionnykh otnoshenii po zakonodatel'stvu Rossiiskoi Federatsii. Avtoref. dis. kand. yurid. nauk. Kazan', 2006.
10. Zhemaletdinov R.M. Grazhdansko-pravovoe regulirovanie kontsessionnykh soglashenii. Avtoref. dis. kand. yurid. nauk. Ufa, 2008.
11. Savel'eva V.M. Kontsessionnoe soglasenie kak institut grazhdanskogo prava. Avtoref. dis. kand. yurid. nauk. M., 2011.
12. Shirokov S.N. Pravovaya sushchnost' kontsessionnogo soglasheniya. Avtoref. dis. kand. yurid. nauk. Chelyabinsk, 2012.
13. Alekseeva D.G., Andreeva L.V., Andreev V.K. i soavt. Rossiiskoe predprinimatel'skoe pravo. M., 2011.
14. Varnavskii V.G. Gosudarstvenno-chastnoe partnerstvo: nekotorye voprosy teorii i praktiki. // Mirovaya ekonomika i mezhdunarodnye otnosheniya. 2011. № 9, s. 41-50.
15. Proekt «Gosudarstvenno-chastnoe partnerstvo v sotsial'noi sfere – rasprostranenie opyta Velikobritanii i Sankt-Peterburga»: otchet o luchshei praktike. Sankt-Peterburg. 2012.
16. Yarmal'chuk M. V., Tuktarov Yu. E., Shagako O. A., Tkachenko M. V., Borshchevskii G. A., Dolgov A. A., Shabaev R. E. Praktika primeneniya kontsessionnykh soglashenii dlya razvitiya regional'noi infrastruktury v Rossii. M., 2014. 31 s.
17. Litvinova A. Gosduma prosit Minekonomrazvitiya ne pisat' novyi zakon o GChP // RBK Ezhednevnyaya delovaya gazeta.-2011. – 17 oktyabrya.
18. Zusman E. GChP-zakon: chto v imeni tebe moem? M., iyul' 2015.
19. Latukhina K. Vrachebnye tainy. Vladimir Putin prizval prodolzhit' reformy v zdravookhraneniі // Rossiiskaya gazeta. – 2014. – 22 yanvarya.
20. Rossiiskii statisticheskii ezhegodnik. M., Rosstat, 2014, 693 s.
21. Kraevoi S. Na etapakh podgotovki nakhodyatsya 15 investitsionnykh proektov // AMI Daidzhest. – 2015.-№ 21 (74).
22. Prakticheskoe rukovodstvo po voprosam effektivnogo upravleniya v sfere gosudarstvenno-chastnogo partnerstva. Zheneva (Shveitsariya). 2008. Izdanie Organizatsii Ob'edinennykh Natsii. 114 s.
23. Voskanyan E. GChP zakon ne pisan // Meditsinskii vestnik. 2014.-№ 1-2 (650-651).
24. Saidov Z.A., Kurakin A.V. Aktual'nye problemy protivodeistviya politzii administrativnym pravonarusheniyam v sfere predprinimatel'stva // Politseiskaya deyatel'nost'. – 2015. – 5. – С. 257 – 275. DOI: 10.7256/2222-1964.2015.5.16481.