

Тихомиров А.В. Результаты экспертного анализа законопроекта МЗиСР об обязательном медицинском страховании от 25.05.2010 //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 4. - С.2-5.

1. «...обязательное медицинское страхование – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на **обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу** медицинской помощи при возникновении страхового случая посредством формирования средств обязательного медицинского страхования за счет обязательных страховых взносов и иных источников, предусмотренных настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации» (п/п 1 ст.3).

«...обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках программ обязательного медицинского страхования» (п/п 2 ст.4).

Почему не «оплаты услуг, оказываемых застрахованным лицам»?

Где в законе установлено и как раскрыто, что объектом оплаты является медицинская помощь?

Относятся социальные гарантии государства к услугам или к оплате этих услуг за счет средств государственной казны?

2. «...страховой случай – совершившееся событие – заболевание, травма или иное состояние здоровья застрахованного лица, с наступлением которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию» (п/п 4 ст.3).

Если застрахованных страхуют на соответствующий случай, то как страховать тех, кто уже страдает патологией, тем более хронической или неустранимой?

3. «...устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования» (п/п 3 ст.4).

А эквивалентность страхового обеспечения объективным потребностям здоровья застрахованного?

4. «...государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на защиту от страховых рисков и исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию независимо от финансового положения страховщика» (п/п 5 ст.4).

В чем состоит посягательство, в чем состоит такая гарантия соблюдения прав застрахованных и чем обеспечивается?

5. Если страховщик – Федеральный фонд (п/п 3 ст.5), то кем, какими субъектами обязательного медицинского страхования являются территориальные фонды (п/п 4 ст.5) и страховые медицинские организации (п/п 3 ст.5)?

6. Если Федеральный фонд – государственное учреждение, создаваемое Правительством Российской Федерации в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования, то является ли он государственным органом – частью механизма государства, чтобы осуществлять соответствующую политику?

Правовое положение Федерального фонда определено в ст.29, однако и там этот вопрос остается без ответа.

А если нет, то является ли он хозяйствующим субъектом в контексте ст.938 ГК: в качестве страховщиков договоры страхования могут заключать юридические лица, имеющие разрешения (лицензии) на осуществление страхования соответствующего вида?

Отсюда – снова вопрос о положении территориальных фондов и страховых медицинских организаций.

Правовое положение территориальных фондов определено в ст.30, и тут возникает еще больше вопросов, поскольку они – учреждения. Их имущество законопроектом предлагается считать в части федеральной, в части – региональной принадлежности. Такую возможность действующее гражданское законодательство не предусматривает, поскольку понятие общей собственности к имуществу такого субъекта права, как учреждение, неприменимо.

Кроме того, если отдельные полномочия страховщика в соответствии с настоящим Федеральным законом осуществляются территориальными фондами и страховыми медицинскими организациями (абз. 2 ст.8), то – какие это полномочия: состоящего в механизме государства государственного органа, «государственного учреждения, создаваемого Правительством Российской Федерации в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования», или страховщика?

А являются ли передаваемыми и на каких основаниях и условиях такие полномочия?

Делегируемые полномочия страховщика поименованы в ч.2 ст.15 законопроекта – это, в основном, технико-технологические обязанности бюрократии, вынесенные за пределы механизма государства; отчасти это – вопросы искусственной интеграции делегатов (территориальных фондов и страховых медицинских организаций) в систему государственного распределения средств казны; отчасти это искусственные, нежизнеспособные

обязанности. Наконец, самое серьезное полномочие: они имеют сайт в сети Интернет, электронный адрес которого включает доменное имя, права на которое принадлежат этой страховой медицинской организации (!). Перечень передаваемых полномочий страховых медицинских организаций открыт: они выполняют и другие обязанности, предусмотренные настоящим Федеральным законом.

Являются ли правомочиями эти делегируемые полномочия?

7. Если «деятельность страховых медицинских организаций по обязательному медицинскому страхованию осуществляется на некоммерческой основе» (ч.2 абз. 2 ст.10), то какой является эта деятельность?

Формулировки «на некоммерческой основе» действующее гражданское законодательство не содержит: есть понятие коммерческих и некоммерческих организаций, а также предпринимательской деятельности.

Налоговое законодательство содержит понятие коммерческой деятельности, что применимо к обмену материальными товарами, коммерции.

Если вводится новый термин, он требует широкого раскрытия, в том числе в релевантных законодательных актах.

Если «деятельность страховых медицинских организаций по обязательному медицинскому страхованию осуществляется на некоммерческой основе» (ч.2 абз. 2 ст.10), то предполагается, что страховые медицинские организации, которые в подавляющем большинстве имеют форму коммерческих организаций, перестают быть коммерческими или перестают осуществлять предпринимательскую деятельность, обеспечивающую цель коммерческой организации – прибыль?

8. Аналогичным образом вызывает вопросы термин «договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» (абз. 4 ст.10). Это – спекулятивный договор? Или он предполагает предоставление фактических услуг? Кому и каких?

Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, который рассматривается в ст.34, ответа на эти вопросы не дает.

9. Что касается «договора на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (абз. 4 ст.10), то это – договор не оказания, поскольку заключается в сфере финансовых отношений, а оплаты услуг их производителю.

Это – договор в пользу третьего лица (ст.430 ГК), поскольку определяет отношения сторон по оплате предоставления отличному от них выгодоприобретателю.

Договор на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию рассматривается в ст.35: по договору на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация обязуется оказать необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется оплатить оказываемую медицинскую помощь.

Иными словами, правила ст.430 ГК в полной мере применимы к данному договору, который не является каким-то особым видом договора. И если это так, то согласие или отказ выгодоприобретателя (как односторонняя сделка) по договору в его пользу – обязательна для сторон. Это в законопроекте не предусмотрено.

10. Если страховые медицинские организации отвечают по обязательствам, возникающим из договоров, заключенных в системе обязательного медицинского страхования, собственными средствами страховой медицинской организации (абз. 5 ст.10), то какими еще средствами они могут отвечать по обязательствам и какими еще средствами располагают?

В цепочке ОМС в страховые медицинские организации средства соответствующих фондов поступают в их собственность, а целевое обременение назначением и обособление от «собственных» активов в законе не установлено.

11. Какими корреспондирующими обязанностями остальных и как обеспечены права застрахованных (ст.12)?

Их права и обязанности прописаны декларативно.

12. Полис обязательного медицинского страхования определен в ст.41 как документ, удостоверяющий право застрахованного лица на бесплатное получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

Но что имеет правоустанавливающий характер (ст.12): полис ОМС (карточка застрахованного) или факт правоспособности гражданина, чтобы вменять ему соответствующие обязанности, если первым принципом обязательного медицинского страхования является его всеобщий характер (п/п. 1 ст.4)?

Если застрахованным является каждый гражданин, то удостоверение его личности, которому корреспондирует соответствующий полис, должно быть необходимым и достаточным условием оплаты медицинских услуг в системе ОМС.

И соответствующая медицинская помощь ему должна оказываться даже без соответствующего документа: идентификация должна лежать на обязанности плательщика, а не исполнителя медицинских услуг и тем более не их получателя.

13. Кто является носителем финансовых обязательств (гарантий) государства: застрахованный (выгодоприобретатель), страховщик (Федеральный фонд) или приобретатели неких его полномочий (территориальные фонды и страховые медицинские организации), чтобы свободно реализовывать право, например, на выбор медицинской организации и врача (п/п. 4-5 ст.12)?

В законопроекте декларировано, что полномочия осуществляют страховщик и остальные участники цепи распределения финансовых средств, но не застрахованный, в пользу которого эти средства предназначаются, хотя именно последний осуществляет свои права, в частности, на выбор медицинской организации и врача, которые могут быть обеспечены никак иначе, кроме как через его интеграцию в платежный механизм.

Как охраняет права застрахованного организация платежного механизма в его пользу в предложенном законопроектом варианте?

14. Тарифы на оплату медицинской помощи при обязательном медицинском страховании (ст.26) устанавливаются нормативно, с участием всех причастных (даже профессиональных медицинских ассоциаций, положение которых гражданским законодательством не установлено), единообразно по всей стране.

Но никак не определено, что эти тарифы должны обеспечивать медицинским организациям расширенное воспроизводство, возможность реинвестирования осуществляемой деятельности, т.е. **рентабельность**.

Чем гарантированы товаропроизводители (медицинские организации) в обеспечении своих экономических интересов при участии в системе обязательного медицинского страхования в предлагаемом законопроектом варианте?

15. Контроль объемов, сроков и качества медицинской помощи осуществляется страховыми медицинскими организациями (ст.36).

Как сочетается такой контроль с государственным надзором и контролем? Является ли он его частью?

Как и чем гарантированы медицинские организации от злоупотреблений такого контроля?

Где в законе определено понятие медицинских услуг?

Где в законе определено понятие качества медицинских услуг?

Где в законе определено понятие контроля качества медицинских услуг?

Где в законе установлена допустимость административного и любого иного контроля качества медицинских услуг – иного, чем на условиях договора?

Что дает некая экспертиза сторонам договора – ведь это закладывается в цену договора?

Что дает такой контроль потребителю и в чем это выражается конкретно, на практике, в чем его польза?

ВЫВОДЫ:

Законопроект построен не на диспозитивных нормах-регуляторах, а на императивных нормах-предписаниях. Это свидетельствует о непонимании, в какой – публичной или частной – сфере осуществляется здравоохранение. То, что здравоохранение складывается в обществе, а не в государстве; что и производители, и потребители таких материальных благ, как услуги, строят свои отношения на условиях товарообмена; что и оказание, и оплата услуг происходит в гражданском обороте, а не в бюджетной сфере, для составителей законопроекта неизвестно.

Законопроект предпринимает интервенцию бюджетного процесса в отраслевой гражданский оборот. Это свидетельствует о непонимании товарно-денежных отношений в связи с оказанием услуг, тем более в такой специфической сфере, как здравоохранение; того, как сочетаются публичные и частные, финансовые и товарные институты в отрасли.

Законопроект далек от экономики, и стремится распространить облакаемый в форму федерального закона административный регламент, применимый для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, на всех участников отношений в системе ОМС. Безразличие к рентабельности товаропроизводителей и неразличение государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций, несущих полярно различающиеся издержки производства медицинских услуг, демонстрирует попытку создать режим молчаливого протекционизма и преференций для первых перед последними. Это свидетельствует об административной экспансии и зажиме экономического оборота в отрасли.

Законопроект полон нежизнеспособных декларативных установлений и искусственных построений, что создает прочную основу для создания административных барьеров и развития коррупции.

Законопроект стремится очередной раз приспособить, адаптировать советское бюджетно-учрежденческое устройство практического здравоохранения к совместному существованию с непригодной для России зарубежной моделью обязательного медицинского страхования, тем более лишенной в отечественном варианте страхового содержания, в рамках единого ведомства. Это происходит вопреки насущной потребности радикальных изменений в отрасли, что давно очевидно и демонстрируется десятилетиями дефолта социальной сферы.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ:

1. Признать законодательно обязательное медицинское страхование не просто декларативно вариантом социального страхования, а способом распределения и перераспределения средств государственной казны в пользу нуждающихся членов общества, не отождествляя его с гражданско-правовым институтом страхования и его атрибутами (наступление страхового случая и пр.).

Исключить из публичной цепи движения средств государственной казны на эти цели частные страховые медицинские организации, являющиеся не более чем непроизводительными посредниками, неизбежно присваивающими часть этих средств.

2. Отделить сферу бюджетного распределения, действующего в механизме государства (в системе государственных органов), от сферы товарообмена, в которой государство действует в качестве плательщика в пользу общества.

Отделить платежи из государственной казны в пользу самого государства (государственный заказ) и в пользу общества, подчинив их разным правовым режимам.

Организовать платежи в пользу общества в гражданском обороте, вне рамок бюджетного процесса, создав для этого пригодный финансовый институт (возможно, в порядке реорганизации института обязательного медицинского страхования).

3. Интегрировать гражданина, в пользу которого производятся платежи из государственной казны, в платежный механизм, для чего признать полисы и прочие документы правоподтверждающими, а не правоустанавливающими, как факт его волеизъявления в части выбора медицинской организации, лечащего врача и т.д. Волеизъявлению гражданина в здравоохранении придать универсальный характер, распространив его и на платежные отношения, для чего считать обязательной его подпись на документах об оплате за счет средств государственной казны счетов медицинской организации. Разработать механизм наступления финансовых последствий для медицинской организации по рекламациям недовольных пациентов, для чего стимулировать создание института частных медицинских экспертов, а не экспертов платежных институтов.

4. Устранить режим молчаливого протекционизма и преференций для государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения перед частными медицинскими организациями, для чего привести к единству структуру затрат в себестоимости медицинских услуг – как условие получения полного тарифа, создать эквивалентно-понижающие коэффициенты, если себестоимость медицинских услуг ниже единых нормативов.

5. Обеспечить рентабельность субъектов медицинской деятельности при участии в системе финансирования за счет средств государственной казны по тарифам, формирующимся рыночным, а не нормативно-затратным способом.