



УПРАВЛЕНИЕ

Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Экономика. Управление. Право. 2024. Т. 24, вып. 4. С. 403–411

Izvestiya of Saratov University. Economics. Management. Law, 2024, vol. 24, iss. 4, pp. 403–411
<https://eup.sgu.ru> <https://doi.org/10.18500/1994-2540-2024-24-4-403-411>

EDN: KMYXFK

Научная статья
УДК 331.5

Реализация проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения: проблемы и перспективы

Н. В. Митяева¹✉, Ю. В. Федорова²

¹Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского, Россия, 410012, г. Саратов, ул. Астраханская, д. 83

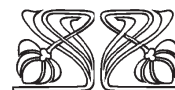
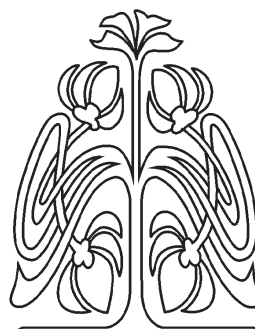
²Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский Университет), Россия, 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Митяева Наталья Вячеславовна, доктор экономических наук, заведующий кафедрой менеджмента в образовании Института дополнительного профессионального образования, mityaevanw@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6793-7445>

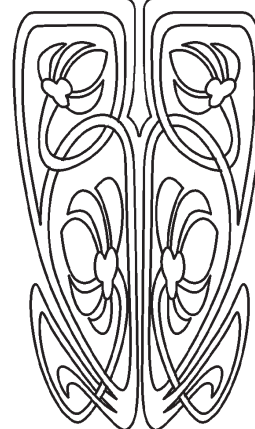
Федорова Юлия Вячеславовна, доктор экономических наук, заведующий кафедрой экономики и менеджмента Института социальных наук, fedorova_yu_v@staff.sechenov.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2663-6536>

Аннотация. *Введение.* В современных условиях в сфере здравоохранения объективно возникла реальная потребность в разработке и реализации обновленных подходов к управлению, финансированию и организации процесса оказания медицинских услуг. Цель исследования – анализ функционирования механизмов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, выявление их достоинств и ограничений, а также систематизация опыта реализации проектов ГЧП на практике. *Теоретический анализ.* Дана авторская трактовка государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, определены сильные стороны участников проектов и предложена категоризация проектов ГЧП в здравоохранении, проанализированы институциональные условия, ключевые стороны, выявлены проблемы и барьеры на пути развития ГЧП в сфере здравоохранения. *Эмпирический анализ.* Проанализирован наиболее успешный опыт и основные проблемы реализации проектов ГЧП в сфере здравоохранения. *Результаты.* Сформулированы рекомендации прикладного характера, направленные на повышение эффективности реализации проектов ГЧП в сфере здравоохранения. В качестве перспективных механизмов развития ГЧП-проектов в сфере здравоохранения рассмотрены аренда действующих медицинских объектов инвесторами, при условии их оснащения и использования, создание мобильных медицинских центров для населения периферийных пунктов, подписание долгосрочных договоров на диспансеризацию и медосмотры с государственными клиниками, осуществление медицинских исследований, направленных на выявление скрытых заболеваний и предрасположенностей.

Ключевые слова: система здравоохранения, инфраструктурные проекты, государственно-частное партнерство, концессионные соглашения



НАУЧНЫЙ
ОТДЕЛ





Для цитирования: Митяева Н. В., Федорова Ю. В. Реализация проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения: проблемы и перспективы // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Экономика. Управление. Право. 2024. Т. 24, вып. 4. С. 403–411. <https://doi.org/10.18500/1994-2540-2024-24-4-403-411>, EDN: КМҮХҒК

Статья опубликована на условиях лицензии Creative Commons Attribution 4.0 International (CC-BY 4.0)

Article

Implementation of public-private partnership projects in the field of healthcare: Problems and prospects

N. V. Mityaeva¹✉, Yu. V. Fedorova²

¹Saratov State University, 83 Astrakhanskaya St., Saratov 410012, Russia

²I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenovskiy University), 8-2 Trubetskaya St., Moscow 119991, Russia

Natalia V. Mityaeva, mityaevanw@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6793-7445>

Yulia V. Fedorova, fedorova_yu_v@staff.sechenov.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2663-6536>

Abstract. Introduction. In the current conditions in the healthcare sector, there is an objective real need to develop and implement updated approaches to management, financing and organization of the rendering medical services process. The purpose of the study is to analyze the functioning of PPP mechanisms in the healthcare sector, identify their advantages and limitations, and systematize the experience of implementing PPP projects in practice. **Theoretical analysis.** The author's interpretation of public-private partnership in the healthcare sector is given, the strengths of project participants are identified and a categorization of PPP projects in healthcare is proposed, institutional conditions, key parties are analyzed, problems and barriers to the development of PPP in healthcare are identified. **Empirical analysis.** The most successful experience and main problems of implementing PPP projects in healthcare are analyzed. **Results.** Applied recommendations are formulated aimed at increasing the efficiency of PPP projects in healthcare. The following are considered as promising mechanisms for the development of PPP projects in the healthcare sector: leasing of existing medical facilities by investors, subject to their equipment and use, creation of mobile medical centers for the population of peripheral areas, signing long-term contracts for medical examinations and check-ups with state clinics, and implementation of medical research aimed at identifying hidden diseases and predispositions.

Keywords: healthcare system, infrastructure projects, public-private partnership, concession agreements, public-private partnership agreements

For citation: Mityaeva N. V., Fedorova Yu. V. Implementation of public-private partnership projects in the field of healthcare: Problems and prospects. *Izvestiya of Saratov University. Economics. Management. Law*, 2024, vol. 24, iss. 4, pp. 403–411 (in Russian). <https://doi.org/10.18500/1994-2540-2024-24-4-403-411>, EDN: КМҮХҒК

This is an open access article distributed under the terms of Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC-BY 4.0)

Введение

В современных условиях в сфере здравоохранения объективно возникла реальная потребность в разработке и реализации обновленных подходов к управлению, финансированию и организации процесса оказания медицинских услуг. Опыт реализации государственно-частного партнерства (ГЧП) в других сферах дает все основания полагать, что этот апробированный механизм позволит разрешить возникшие в здравоохранении противоречия.

Основное преимущество механизмов ГЧП в здравоохранении заключается в эффективном объединении ресурсов государственного и частного сектора. Сотрудничество между государственными органами и частными компаниями включает разнообразные формы от финансирования и управления медицинскими учреждениями до оказания разнообразной медицинской помощи [1].

Перед сферой здравоохранения сегодня стоят актуальные цели: повышение эффектив-

ности всей медицинской системы, достижение высоких показателей доступности и качества медицинской помощи для всех граждан, а также развитие профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения.

Инвестиции в развитие человеческого капитала и социальной сферы являются важными долгосрочными приоритетами нашего государства, что требует совершенствования соответствующей социальной инфраструктуры и расширения каналов и механизмов финансирования социальной сферы на основе консолидации всех возможных источников, создания эффективных стимулов для развития государственно-частного партнерства и широкого привлечения частного сектора на основе взаимовыгодного сотрудничества государства и частных инвесторов [2].

Цель настоящего исследования – изучение механизмов ГЧП в сфере здравоохранения, выявление их достоинств и ограничений, а также систематизация опыта реализации проектов ГЧП на практике.



Теоретический анализ

Исследователи концептуальных, методологических, организационных и хозяйственно-правовых вопросов становления института государственно-частного партнерства в России отмечают, что ГЧП представляет собой один из наиболее эффективных механизмов, способствующих реализации инфраструктурных проектов общественного сектора экономики и преодолению бюджетного дефицита их финансирования [3–5].

Как организационный механизм ГЧП приобрело широкое распространение ввиду того, что позволяет обеспечить реализацию инфраструктурных проектов и способствовать устойчивому развитию за счет значительного улучшения инфраструктуры во многих странах [6].

Применение механизмов ГЧП в сфере финансирования инфраструктурных объектов общественного сектора экономики создает возможность реализации общественно значимых и непривлекательных с инвестиционной точки зрения проектов для традиционных крупных частных инвесторов, обеспечивая снижение нагрузки на бюджет и сокращение государственных рисков за счет распределения их между частным партнером и властью [7].

Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения представляет собой институциональный альянс в виде долгосрочного партнерства, основанного на взаимовыгодном сотрудничестве государственных органов здравоохранения с частными компаниями в различных областях медицины: от финансирования и управления медицинскими учреждениями до оказания самой медицинской помощи [8].

Специалисты и эксперты в области организации здравоохранения рассматривают механизмы ГЧП как перспективную форму взаимодействия основных акторов системы здравоохранения, обосновывая возможности привлечения частного капитала в сферу медицины, применения механизмов инвестирования.

Использование инструментов ГЧП в сфере здравоохранения способствует привлечению дополнительного финансирования в здравоохранение и, следовательно, повышению эффективности расходов государственных средств на медицину, распределению рисков реализации проектов между государством и частным сектором, инвестированию дополнительных ресурсов в модернизацию уже имеющихся объ-

ектов либо создание новых или реконструкцию существующих медицинских объектов, а также привлечению компетенций бизнеса для оптимизации процессов, связанных с эксплуатацией таких объектов [9].

Взаимодействие государства и частных инвесторов в здравоохранении включает в себя механизмы государственно-частного партнерства, определенные законодательством Российской Федерации, в том числе реализуемые посредством заключения концессионных соглашений и соглашений о государственно-частном партнерстве; в рамках договоров аренды с инвестиционными обязательствами обеспечивается участие медицинских организаций частной системы здравоохранения в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Использование такой формы обусловлено потребностью повышения уровня доступности медицинских услуг и снижения «пациентопотока» в государственных медучреждениях. Наиболее релевантным вариантом представляется передача объектов общественной инфраструктуры в пользование частным медицинским организациям на условиях аренды. В итоге оказание медицинских услуг будет осуществляться в рамках ОМС.

Долгосрочный характер партнерства создает участникам возможности использовать сильные стороны друг друга. Сотрудничая с частным сектором в рамках ГЧП-проектов, государство получает доступ к внедрению комплексных ИТ-систем и методов управления человеческими ресурсами. Государство, получив доступ к дополнительным источникам финансирования, может диверсифицировать риски. Как правило, в рамках соглашений о ГЧП частный партнер несет риск верификации стоимости строительства и расчета сроков строительства, при этом оплата оказанных услуг и выполненных работ не производится вплоть до начала функционирования объекта.

Частный сектор получает возможность доступа к новым рынкам, неся более низкий уровень риска и участвуя в создании общественно значимого блага. При том что рынки общественного здравоохранения менее инвестиционно привлекательны, они предоставляют реальную возможность увеличения объема и доли рынка, позволяют непубличному участнику диверсифицировать свои инвестиции и набор оказываемых услуг.



Все многообразие проектов ГЧП можно разделить на три группы:

- 1) направленные на удовлетворение потребностей в оказании некоторых неклинических и клинических вспомогательных услуг посредством строительства и эксплуатации объектов;
- 2) направленные на обеспечение предоставления автономных клинических услуг;
- 3) направленные на предоставление комплекса клинических услуг в сочетании со строительством новой или реконструкцией существующей инфраструктуры.

На практике существуют и другие формы соглашений о заключении контрактов между государственным и частным секторами, например предоставление услуг по контракту или передача государственных объектов в частную собственность, но они не предполагают устойчивого соглашения о сотрудничестве между сторонами и не считаются ГЧП.

На основе анализа опыта реализации проектов ГЧП в сфере здравоохранения в период 2014–2024 гг., как правило, давалась позитивная оценка его перспектив: внедрение механизма государственно-частного партнерства в инфраструктурные проекты отрасли позволит решить проблему нехватки бюджетных средств в отрасли, привлечет частный капитал, усилит конкуренцию и даст возможности получить выгоду для обеих сторон взаимодействия – государства и частного бизнеса. В качестве лучших практик приводились примеры заключенных договоров в разных регионах России. Имеющийся опыт, как позитивный, так и негативный, позволяет дать оценку сложившейся системы и наметить направления ее совершенствования.

Сейчас в регионах России реализуется более двух десятков ГЧП-проектов. Принятие Федерального закона от 13 июля 2015 г. № 224-ФЗ придало новый импульс этому процессу, позволяя частным инвесторам сотрудничать с государственными партнерами¹. Публичный участник берет на себя все организационные и юридические моменты. Непубличный партнер имеет право заключать субдоговора со сторонними организациями, использовать

как собственные, так и заемные средства для реализации соглашения о ГЧП [10].

Принципиальным отличием проектов ГЧП в здравоохранении является инициатор, в роли которого выступают региональные и муниципальные власти. Федеральные власти систематизируют опыт регионов-первопроходцев, достижения и проблемы, с которыми столкнулись региональные и муниципальные власти.

В процессе разработки и реализации проектов ГЧП заложено четкое разделение сфер ответственности: на государственном уровне определяется размер и ассортимент медицинских услуг, создаются условия для сохранения права собственности на учреждения здравоохранения; частный сектор участвует в проектах ГЧП с целью получения прибыли, неся риски управления.

В качестве перспективных направлений рекомендуем рассматривать:

- аренду действующих медицинских объектов инвесторами при условии их оснащения и использования;
- создание мобильных медицинских центров для населения периферийных пунктов;
- подписание долгосрочных договоров на диспансеризацию и медосмотры с государственными клиниками;
- осуществление медицинских исследований, направленных на скрытые заболевания и предрасположенности.

Для эффективной реализации проекта ГЧП необходимо создание таких институциональных условий, в которых бизнес-структуры будут заинтересованы в организации и предоставлении как первичной, так и высокотехнологичной медицинской помощи. Привлекательность оказания первичной медико-санитарной помощи заключается в низком уровне затрат, поэтому учреждения, оказывающие медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования, могут перейти в частные руки.

Поскольку в настоящее время в российских регионах фиксируется недостаточный объем некоторых видов высокотехнологичной медицинской помощи, представляется целесообразным эти направления развивать в рамках проектов ГЧП.

Одним из ключевых преимуществ ГЧП в сфере здравоохранения является улучшение доступа к медицинским услугам. Объединяя ресурсы и опыт обоих секторов, ГЧП

¹ О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации : федер. закон от 13.07.2015 № 224-ФЗ (последняя редакция). Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».



может устранить пробелы в инфраструктуре и процессах предоставления услуг. Участие государственного сектора гарантирует, что медицинские услуги достигают недостаточно обслуживаемых сообществ, в то время как участие частного сектора обеспечивает дополнительные ресурсы и возможности для расширения охвата медицинскими услугами.

Благодаря ГЧП медицинские учреждения могут быть созданы в отдаленных районах, где может отсутствовать общественная инфраструктура. Это позволяет людям в этих районах получать доступ к медицинским услугам без необходимости преодолевать большие расстояния. Кроме того, ГЧП также может помочь в решении проблемы нехватки медицинских работников путем найма и обучения медицинских работников в сотрудничестве с частными организациями.

Проекты в рамках ГЧП обладают значительным потенциалом для повышения качества медицинской помощи. Объединяя опыт и знания обоих секторов, ГЧП могут внедрять передовые практики и улучшать результаты оказания медицинской помощи. Участие частного сектора приводит к технологическим достижениям и инновациям, которые могут улучшить диагностику, лечение и уход за пациентами. Акцент частного сектора на эффективности и качестве может помочь в оптимизации процессов здравоохранения и сокращении времени ожидания, что приведет к улучшению обслуживания пациентов. Кроме того, опыт частного сектора в области управления здравоохранением может способствовать повышению эффективности систем здравоохранения [11].

ГЧП в сфере здравоохранения способствует эффективному распределению ресурсов за счет использования сильных сторон обоих секторов. Государственный сектор может сосредоточиться на разработке политики, регулировании и обеспечении равного доступа к здравоохранению, частный сектор может поделиться своим опытом в предоставлении услуг и управлении ими.

С помощью ГЧП ресурсы могут распределяться исходя из конкретных потребностей населения, обеспечивая адресность и эффективность медицинских услуг. Такой совместный подход может привести к более эффективному использованию ресурсов, сокращению потерь и повышению общей эффективности системы здравоохранения.

Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения способствует инновациям и обмену знаниями между государственным и частным секторами; склонность частного сектора к предпринимательству и нацеленность на инновации могут стимулировать разработку новых решений и практик в данной сфере.

Несмотря на все преимущества ГЧП в сфере здравоохранения, следует зафиксировать имеющиеся проблемы и барьеры для развития такого вида партнерства²:

– риск коммерциализации медицины. Основная цель частного бизнеса в партнерстве с государством – получение прибыли, что для пациентов с низкими доходами и с отсутствующей страховкой ДМС чревато снижением уровня доступности;

– неравномерное распределение услуг здравоохранения. Частные компании имеют возможность осуществлять выбор ассортимента оказываемых услуг, выгодных районов и сфер их предоставления, при этом интересы жителей – потенциальных пациентов – условно менее доходных районов будут ущемлены. В итоге это может привести к усилению неравенства в доступе к медицинской помощи и ухудшению здоровья населения в отдаленных и малонаселенных районах;

– конфликт интересов между государством и частными компаниями. Государство может стремиться предоставить максимально доступную и качественную медицинскую помощь, в то время как частные компании могут быть заинтересованы в максимизации своей прибыли. Это может привести к снижению качества услуг и недостаточному финансированию государственных программ здравоохранения;

– потенциальные проблемы в области регулирования и контроля. При сотрудничестве государства и частных компаний возникают сложности в определении ответственности и контроля за предоставляемыми услугами. Это может привести к недостаточному контролю над качеством медицинской помощи и возникновению коррупции.

² Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Ч. 1. Медицинские кадры : стат. сб. М., 2019. URL: https://org.gnicpm.ru/wp-content/uploads/2019/01/14_Resursyi_i_deyatelnost_meditsinskih_organizatsiy_zdravoohraneniya_Meditsinskie_kadryi_2018-4.pdf (дата обращения: 07.05.2024).



Опыт реализации проектов ГЧП свидетельствует о наличии инвестиционных рисков, касающихся продолжительности реализации проекта, «привычного» недоверия к частному бизнесу относительно добросовестности оказания медицинских услуг, вероятности превышения расходов над планируемыми, невозможности в полном объеме предоставить услуги.

Особенность проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения заключается в том, что органы исполнительной власти регионов и муниципалитетов также могут инициировать свои проекты, поэтому обзор лучших практик в регионах очень важен [12].

Эмпирический анализ

На официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации в качестве успешных проектов государственно-частного партнерства выделены только три проекта³.

Первый проект заключили Министерство здравоохранения России и акционерное общество «Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза». Соглашение касается реконструкции и переоснащения здания медицинского назначения в г. Екатеринбурге. Концессионер должен использовать собственные и (или) привлеченные средства. Общая стоимость проекта – 2392 млн руб. (из них на реконструкцию – 362 млн руб. и на оснащение объекта оборудованием для оказания медицинской помощи – 2030 млн руб.). По состоянию на 01.01.2024 объем инвестиций по проекту составлял 745 млн руб., из которых на реконструкцию объекта концессионного соглашения и оснащение его инженерно-техническим оборудованием инвестировано более 377 млн руб., на оснащение оборудованием для оказания медицинской помощи – более 368 млн руб. Концессионная плата – 10,5 млн руб. – производится концессионером ежеквартально в течение срока действия концессионного соглашения. Цель проекта – расширение объема оказания медицинской помощи взрослому населению и детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты при непрерывной эксплуатации объекта соглашения.

³ Департамент проектной деятельности. Материалы по деятельности департамента // Министерство здравоохранения РФ. URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/29/materialy-po-deyatelnosti-departamenta/gosudarstvenno-chastnoe-partnerstvo> (дата обращения: 28.05.2024).

Второй проект заключен между образовательной организацией – медицинским вузом ведомственного подчинения (ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е. А. Вагнера Минздрава России) и акционерным обществом «Корпорация развития Пермского края». Данный договор является инвестиционным договором, который заключается на общих принципах Гражданского кодекса Российской Федерации. Общая стоимость проекта – не менее 79,8 млн руб. Проект предусматривает перестройку аварийного общежития (350 кв. м) в административное здание площадью в пять раз больше и частичное изменение формы собственности новых площадей после завершения реконструкции – исходные 350 кв. м так и останутся в собственности Российской Федерации и в оперативном управлении у медицинского университета, а пристроенные площади отойдут в собственность инвестора.

Третий проект заключен между Министерством здравоохранения РФ и акционерным обществом «Инновационный медико-технологический центр (Медицинский Технопарк)». Общая стоимость проекта – 685 млн руб. Концессионная плата – 26,3 млн руб. – внесена концессионером в полном объеме. Проект предусматривает создание промышленно-медицинского парка в г. Новосибирске, который будет представлять собой комплекс конкурентоспособных импортозамещающих производств в сфере травматологии, ортопедии и нейрохирургии.

Государственно-частное партнерство дает возможность более рационально использовать ограниченные ресурсы в здравоохранении, так как частный сектор может обеспечить дополнительное финансирование для развития инфраструктуры, в том числе санаторно-курортной, закупки оборудования и модернизации медицинских учреждений; также частный сектор привносит дополнительные управленческие, технологические и медицинские компетенции, что способствует внедрению инноваций и передовых методик в здравоохранении и повышает эффективность управления. Таким образом, ГЧП позволяет государству сочетать преимущества государственного регулирования и частной эффективности, что в целом повышает качество и доступность медицинской помощи.

Однако излишнее стимулирование развития подобного взаимодействия вызвало обратный эффект – федеральная антимонопольная служба начала видеть признаки ограничения



конкуренции и предоставления отдельным хозяйствующим субъектам дополнительных преференций в том или ином виде деятельности. Рассмотрим в качестве примера возможность участия медицинской организации частной формы собственности в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, т.е. в системе обязательного медицинского страхования.

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ОМС) предусматривает, что организационно-правовая форма медицинской организации при включении в реестр ОМС не имеет значения, и любая медицинская организация может осуществлять деятельность в сфере ОМС по территориальной программе⁴.

Таким образом, концессионер может после завершения строительства/реконструкции передать объект здравоохранения государственной медицинской организации, а может сам, получив необходимые разрешительные документы, оказывать медицинскую помощь населению на разных условиях.

Рассмотрим основные проблемы, связанные с попыткой фиксации тарифов на оплату медицинской помощи в концессионном договоре.

Законодательство об обязательном медицинском страховании устанавливает, что тарифы на оплату медицинской помощи в большинстве случаев должны определяться тарифным соглашением на региональном уровне. Это соглашение заключается между множеством сторон – органом власти региона, территориальным фондом ОМС, страховыми организациями, медицинскими ассоциациями и профсоюзами медицинских работников.

Тарифы рассчитываются по утвержденной Министерством здравоохранения РФ методике и включают множество параметров. Фиксация их в концессионном договоре, который заключают только две стороны – концедент и концессионер, будет противоречить установленному порядку. Также невозможно предусмотреть индивидуальный подход при расчете и установлении тарифов ОМС.

Распределение этих объемов и средств между медицинскими организациями, включая

концессионера, происходит по установленным критериям – численность, пол и возраст застрахованных, численность прикрепленного контингента, распространенность заболеваний, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС.

Тарифы на медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования ежегодно пересматриваются, изменяются и не могут быть достоверно спрогнозированы. Объемы оказанной медицинской помощи по ОМС также могут изменяться в долгосрочной перспективе.

Законодательством об ОМС также не предусмотрена возможность установления особых условий участия в системе ОМС медицинской организации в зависимости от ее формы собственности, участия в инвестиционных проектах и концессионных соглашениях. Жесткая фиксация тарифов в долгосрочном концессионном договоре может создать сложности при их последующем изменении.

С данной проблемой столкнулся проект «Реконструкция объекта недвижимости в целях создания объекта здравоохранения в Промышленном районе города Оренбурга Оренбургской области и его последующего использования (эксплуатации) для оказания первичной медико-санитарной помощи» (Оренбургская область). Дата заключения концессионного соглашения – 27.04.2021. Срок реализации – 15 лет. Стороны: концедент – Министерство здравоохранения Оренбургской области, концессионер – ООО «МИГ Инфраструктура». Это первый в стране проект, в рамках которого концессионер берет на себя обязательства по созданию объекта здравоохранения и в дальнейшем – развертыванию участковой службы для прикрепленного населения, а также неотложной медицинской помощи и диагностики в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Оренбургской области медицинской помощи.

Таким образом, в концессионных соглашениях недопустимо прописывать любые гарантии от органов государственной власти в части определения объемов и тарифов медицинских услуг, оплачиваемых в рамках обязательного медицинского страхования, на прогнозный период, а также гарантий по минимальному прогнозируемому объему выручки. В ином случае это будет расцениваться как ограничение кон-

⁴ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (последняя редакция). Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».



курении в части предоставления необоснованных предпочтений организациям частной формы собственности.

Результаты

Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения предлагает значительные преимущества в повышении ценовой доступности медицинских услуг. Объединяя сильные стороны обоих секторов, ГЧП может улучшить доступ к здравоохранению, повысить качество медицинской помощи и ценовую доступность, способствовать технологическому прогрессу и эффективному распределению ресурсов, стимулировать инновации и обмен знаниями. Внедрение ГЧП в сфере здравоохранения может способствовать созданию более справедливых и устойчивых систем здравоохранения, отвечающих потребностям отдельных лиц и сообществ.

Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения несет значительный позитивный заряд, позволяя ставить и достигать тактические и стратегические социальные (медицинские) цели, гарантировать повышение качества и обеспечение доступности медицинских услуг, регулирование системы очередности получения услуг, оптимизацию затрат, перераспределение ответственности и риска между партнерами, развитие инфраструктурных элементов, разработку высокотехнологичных видов медицинской помощи.

На данный момент состояние системы здравоохранения в России вызывает серьезную озабоченность и требует незамедлительных изменений. Несмотря на существующие достижения и улучшения, многие проблемы, как структурные, так и операционные, продолжают замедлять развитие и оказывать негативное влияние на качество медицинской помощи, доступность услуг и удовлетворенность пациентов.

Для решения проблемы финансирования сферы здравоохранения необходимо создать благоприятную институциональную среду, в частности, снизить или преодолеть институциональные барьеры, такие как недостаточная обоснованность конкретных областей применения ГЧП, нерешенная проблема формализации отношений между участниками ГЧП, отсутствие апробированных стандартных моделей ГЧП. Четкое определение областей применения ГЧП и стандартизация моделей взаимодействия участников повысят доверие и

заинтересованность как государственного, так и частного сектора в реализации совместных проектов в здравоохранении.

Список литературы

1. Цисар А. В. Государственно-частное партнерство на рынке медицинских услуг: проблемы и перспективы // Вестник Евразийской науки. 2023. Т. 15, № 6. URL: <https://esj.today/PDF/35ECVN623.pdf> (дата обращения: 07.05.2024).
2. Вавилина А. В., Манахова И. В., Огурцова Е. В. Финансы для социального государства // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Экономика. Управление. Право. 2013. Т. 13, вып. 3, ч. 1. С. 267–277. <https://doi.org/10.18500/1994-2540-2013-13-3-1-267-277>, EDN: RMTVLT
3. Варнавский В. Г. Государственно-частное партнерство: некоторые вопросы методологии // Вестник Института экономики Российской академии наук. 2009. № 3. С. 17–33. EDN KUWLWT
4. Варнавский В. Г., Клименко А. В., Королев В. А., Баженов А. В., Воротников А. М. Государственно-частное партнерство: теория и практика : учеб. пособие. М. : Изд. дом ГУ-ВШЭ, 2010. 286 с. EDN: TRHFVP
5. Вилисов М. В. Государственно-частное партнерство: политико-правовой аспект. URL: <http://www.rusrand.ru/vlast/publikac/partn> (дата обращения: 07.05.2024).
6. Федорова Е. А., Губанов А. А. Эффективность проектов государственно-частного партнерства в период пандемии COVID-19 // Финансы: теория и практика. 2024. Т. 28, № 3. С. 6–18. <https://doi.org/10.26794/2587-5671-2024-28-3-6-18>
7. Фирсова А. А. Государственно-частное партнерство как механизм привлечения частного капитала в процессы инвестирования инновационной деятельности // Известия Тульского государственного университета. Экономические и юридические науки. 2011. Вып. 2, ч. 1. С. 11–19. EDN: TMMDNZ
8. Муслимов М. И. Теоретические подходы к обеспечению эффективного взаимодействия государственных и негосударственных медицинских учреждений в формате государственно-частного партнерства // Менеджер здравоохранения. 2021. № 8. С. 12–20. <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2021-8-12-20>, EDN: MZJLIW
9. Роднянский Д. В., Валеева Г. Ф. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: региональный анализ // Международный журнал прикладных наук и технологий «Integral». 2019. № 1. С. 133–139.
10. Белов В. В. Государственно-частное партнерство в здравоохранении: опыт и перспективы // Медицинская наука и образование. 2015. № 3. С. 45–52.
11. Borscheva N. L., Fedorova Y. V., Fedorov E. A., Mityeva N. V., Gerchikova E. Z. The use of telemedicine services to improve the quality of medical care in Russia // Quality – Access to Success. 2021. Vol. 22, iss. 181. P. 124–128. EDN: YDFRIJ



12. Акулин И. М., Ионкина И. В. Проблемы и перспективы государственно-частного партнерства в здравоохранении Российской Федерации (обзор литературы) // Общественное здоровье и здравоохранение. 2023. № 2 (77). С. 32–38. https://doi.org/10.56685/18120555_2023_77_2_32
- References**
1. Tsisar A.V. Public-private partnership in the medical services market: Challenges and prospects. *The Eurasian Scientific Journal*, 2023, vol. 15, iss. 6. Available at: <https://esj.today/PDF/35ECVN623.pdf> (accessed May 7, 2024) (in Russian).
 2. Vavilina A. V., Manakhova I. V., Ogurtsova E. V. Finance for the social state. *Journal Izvestiya of Saratov University. Economics. Management. Law*, 2013, vol. 13, iss. 3, pt. 1, pp. 267–277 (in Russian). <https://doi.org/10.18500/1994-2540-2013-13-3-1-267-277>, EDN: RMTVLT
 3. Varnavsky V. G. Public-private partnership: Some questions of methodology. *Bulletin of the Institute of Economics of the Russian Academy of Sciences*, 2009, no. 3, pp. 17–33 (in Russian). EDN: KUWLWT
 4. Varnavsky V. G., Klimenko A. V., Korolev V. A., Bazhenov A. V., Vorotnikov A. M. *Gosudarstvenno-chastnoe partnerstvo: teoriya i praktika* [Public-private partnership: Theory and practice]. Moscow, HSE Publ., 2010. 286 p. (in Russian). EDN: TRHFVP
 5. Vilisov M. V. *Gosudarstvenno-chastnoe partnerstvo: politiko-pravovoy aspekt* (State-private partnership: Political and legal aspect). Available at: <http://www.rusrand.ru/vlast/publikac/partn> (accessed May 7, 2024) (in Russian).
 6. Fedorova E. A., Gubanov A. A. Effectiveness of public-private partnership projects during the COVID-19 Pandemic. *Finance: Theory and Practice*, 2024, vol. 28, iss. 3, pp. 6–18 (in Russian). <https://doi.org/10.26794/2587-5671-2024-28-3-6-18>
 7. Firsova A. A. Public-private partnerships as a mechanism to attract private capital investment in the processes of innovation activity. *Izvestiya Tul'skogo gosudarstvennogo universiteta. Ekonomicheskie i yuridicheskie nauki*, 2011, iss. 2, pt. 1, pp. 11–19 (in Russian). EDN: TMMDNZ
 8. Muslimov M. I. Theoretical approaches to the effective interaction of the state and private medical institutions in the format of public-private partnerships. *Manager Zdravoochranenia*, 2021, no. 8, pp. 12–20 (in Russian). <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2021-8-12-20>, EDN: MZJLIW
 9. Rodnyansky D. V., Valeeva G. F. Public-private partnership in healthcare: Regional analysis. *International Journal of Applied Sciences and Technologies "Integral"*, 2019, no. 1, pp. 133–139 (in Russian).
 10. Belov V. V. Public-private partnership in healthcare: Experience and prospects. *Medical Science and Education*, 2015, no. 3, pp. 45–52 (in Russian).
 11. Borscheva N. L., Fedorova Y. V., Fedorov E. A., Mityaeva N. V., Gerchikova E. Z. The use of telemedicine services to improve the quality of medical care in Russia. *Quality – Access to Success*, 2021, vol. 22, iss. 181, pp. 124–128. EDN: YDFRIJ
 12. Akulin I. M., Ionkina I. V. Problems and prospects of public private partnership in healthcare of the Russian Federation (literature review). *Public Health and Health Care*, 2023, no. 2 (77), pp. 32–38 (in Russian). https://doi.org/10.56685/18120555_2023_77_2_32

Поступила в редакцию 20.06.2024; одобрена после рецензирования 28.07.2024;
принята к публикации 03.08.2024; опубликована 25.12.2024
The article was submitted 20.06.2024; approved after reviewing 28.07.2024;
accepted for publication 03.08.2024; published 25.12.2024