

УДК 614.2

<https://doi.org/10.23888/HMJ2024123386-396>

## Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения в Российской Федерации: история успеха или история неудач?

А. В. Смышляев✉

Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, Москва, Российская Федерация

Автор, ответственный за переписку: Смышляев Алексей Викторович, [alexeysmishlyaev@yandex.ru](mailto:alexeysmishlyaev@yandex.ru)

### АННОТАЦИЯ

**Введение.** Необходимость использования инструментов государственно-частного партнерства (ГЧП) в реализации инвестиционных проектов отражается в государственных программах и стратегиях развития. В настоящее время сформирован запрос со стороны государства на реализацию ГЧП-проектов в сфере здравоохранения. При этом ГЧП в отрасли не показывает убедительную динамику развития.

**Цель.** Провести анализ проблематики развития ГЧП в сфере здравоохранения на современном этапе развития в Российской Федерации.

**Материалы и методы.** Результаты качественного интервью и оценки экспертов. В работе были применены качественные (экспертное интервью) и количественные методы исследования (оценка согласия экспертов).

**Результаты.** По мнению экспертов, ключевыми факторами, ограничивающими развитие ГЧП в сфере здравоохранения являются: высокая степень влияния политического руководства на принятие решений; предпочтение государственного заказа, а не ГЧП; низкая расчетная доходность большинства проектов; высокая степень бюрократизации процессов; недостаточный опыт в реализации проектов; низкий уровень компетенций чиновников; высокий риск изменений нормативно-правовой базы; интеграция проектов в систему обязательного медицинского страхования. По мнению экспертов, ключевыми драйверами развития ГЧП в сфере здравоохранения являются: обширная и развитая отраслевая нормативно-правовая база; наличие центров развития ГЧП; большое число инвесторов; практика применения инструментов ГЧП в разных секторах здравоохранения; существование переговорных площадок для обсуждения насущных вопросов между государством и бизнесом.

**Заключение.** Наличие существенных ограничивающих факторов развития ГЧП в сфере здравоохранения не позволяет повысить привлекательность данной отрасли для инвесторов. Существование драйверов развития говорит в целом о положительном тренде в развитии ГЧП в сфере здравоохранения. В тоже время необходима идеологизация отрасли, установление отраслевого «порядка» реализации проектов с использованием ГЧП-инструментов. Цифровизация процессов, система мониторинга проектов и более гибкая интеграция системы обязательного медицинского страхования в сферу ГЧП позволит повысить инвестиционную привлекательность государственной системы здравоохранения.

**Ключевые слова:** *здравоохранение; государственно-частное партнерство; медицинский оператор; инфраструктурный проект; инвестиции*

### Для цитирования:

Смышляев А. В. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения в Российской Федерации: история успеха или история неудач? // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2024. Т. 12, № 3. С. 386–396. <https://doi.org/10.23888/HMJ2024123386-396>.

<https://doi.org/10.23888/HMJ2024123386-396>

## Public-Private Partnership in Healthcare in the Russian Federation: a Story of Success or a Story of Failure?

Aleksey V. Smyshlyayev✉

Russian Research Institute of Health, Moscow, Russian Federation

Corresponding author: Aleksey V. Smyshlyayev, [alexeysmyshlyaev@yandex.ru](mailto:alexeysmyshlyaev@yandex.ru)

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The need to use tools of public-private partnership (PPP) in the implementation of investment projects is reflected in the national programs and development strategies. Currently, a request has been formed by the state for the implementation of PPP projects in the healthcare sector. Upon that, PPP does not show convincing development dynamics in the sector.

**AIM:** To analyze problems of PPP development in the healthcare sector at the current stage of development in the RF.

**MATERIALS AND METHODS:** Results of qualitative interviews and expert assessments. In the work, qualitative (expert interviews) and quantitative research methods (assessment of expert agreement) were used.

**RESULTS:** According to experts, the key factors limiting development of PPP in the healthcare sector are: a high degree of influence of political leadership on decision making; priority of the state, rather than PPP, order; low estimated profitability of most projects; high bureaucratization of processes; insufficient experience in implementation of projects; low level of competence of officials; high risk of changes in the legal and regulatory framework; integration of projects in the compulsory health insurance system. According to experts, the key drivers of PPP development in the healthcare sector are: extensive and developed legal and regulatory framework; availability of centers for PPP development; a large number of investors; practice of application of PPP tools in different healthcare sectors; existence of negotiation platforms for discussing pressing issues between the state and business.

**CONCLUSION:** The presence of significant limiting factors for the development of PPP in the healthcare sector is an obstacle to an increase in the attractiveness of this sector for investors. The existence of development drivers indicates a generally positive trend in the development of PPP in the healthcare sector. At the same time, ideologization of the sector is necessary with establishing an 'order' for the implementation of projects in the sector using PPP tools. Digitalization of processes, a project monitoring system and a more flexible integration of the compulsory health insurance system into the PPP field will increase the investment attractiveness of the state healthcare system.

**Keywords:** *healthcare; public-private partnership; medical operator; infrastructure project; investments*

### For citation:

Smyshlyayev A. V. Public-Private Partnership in Healthcare in the Russian Federation: a Story of Success or a Story of Failure? *Science of the Young (Eruditio Juvenium)*. 2024;12(3):386–396. <https://doi.org/10.23888/HMJ2024123386-396>.

## Введение

Государственно-частное партнерство (ГЧП) в сфере здравоохранения достаточно известно для западного мира (Великобритания, Германия, США, и т. д.) взаимодействие и достаточно «молодое» для Российской Федерации (РФ). Но несмотря на это, ГЧП-сфера широко обсуждается в публичном поле российского политического истеблишмента, а необходимость использования ГЧП-инструментов в реализации инвестиционных проектов отражается в государственных программах и стратегиях развития [1].

В настоящее время, по мнению ряда экспертов, ГЧП в сфере здравоохранения находится в нашей стране на промежуточном (втором) этапе своего развития [2]. Развитие общества, если исходить из его трехсекторального социально-экономического деления, происходит через партнерство. ГЧП — это развитие «диалога» государства и бизнеса для решения своих задач. Но для развития ГЧП нужна стабильность в политическом, институционально-правовом и финансовом плане [3].

ГЧП в современной постсоветской России существует уже более 25 лет. В этот период был пройден первый этап развития (становления): сформирована специальная нормативно-правовая основа, «заложены правила игры», манифестировали первые механизмы реализации инфраструктурных проектов на принципах ГЧП, наработана судебная практика [4]. Сфера здравоохранения не являлась драйвером развития ГЧП. На первом этапе большой интерес инвесторов вызывали естественные монополии такие, как транспортные магистрали и коммунальная инфраструктура.

В настоящее время сформирован запрос со стороны государства (публичного партнера в ГЧП) на реализацию проектов в сфере здравоохранения. Это обусловлено тем, что ГЧП рассматривается как механизм внебюджетного привлечения финансовых средств в сектор здравоохранения [5]. Но несмотря на это, экспертами не отмечается бурного развития ГЧП в

секторе оказания медицинской помощи. Более того, существует дисбаланс в развитии проектов в разрезе видов медицинской помощи. Так, наиболее привлекательным и капиталоемким, со стороны инвесторов, рассматривается сектор специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи. Первичное звено здравоохранения не является актуальным для частной стороны [3, 5]. Если же говорить о паллиативной медицинской помощи, то по этому виду не зарегистрировано ни одного ГЧП-проекта.

ГЧП как механизм внебюджетного финансирования государственной системы здравоохранения, по мнению ведущих экспертов в данной сфере, становится актуальным из года в год. Так, выступая на Российской неделе ГЧП (крупнейшее мероприятие России, посвященное привлечению инвестиций в развитие инфраструктуры) в 2022 г., вице-президент ВЭБ.РФ (российская государственная корпорация развития, обеспечивающая финансирование социально-экономических проектов) Мухтосарова Т. Р. заявила, что за счет расходов бюджетов всех уровней планируется закрытие потребностей по части реализации федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации» (РФ) и ведомственной целевой программы «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации» лишь на 46% [6]. Таким образом, дефицит может составить более 656 млрд руб. от заявленной субъектами РФ потребности. Несмотря на это, инвесторы не спешат в сферу оказания медицинской помощи. Об этом говорит достаточно низкий спрос частных партнеров на проекты. При этом зарегистрирован достаточно высокий уровень предложений со стороны государства [7]. Данный разрыв говорит о наличии ряда ограничений и проблем при реализации ГЧП-проектов в сфере здравоохранения.

**Цель.** Провести анализ проблематики развития ГЧП в сфере здравоохранения на современном этапе развития в РФ.

## Материалы и методы

Исследование было проведено в 2 этапа: 1 этап — качественное исследование методом экспертного интервью; 2 этап — количественное исследование методом оценки степени согласованности мнений экспертов.

На 1 этапе исследования было проведено экспертное интервью со специалистами по ГЧП в сфере здравоохранения, которые имели опыт реализации ГЧП-проектов в Иркутской, Новосибирской, Оренбургской, Магаданской областях, а также в Республике Бурятия. Отбор экспертов происходил с помощью анкеты-фильтра. В анкету-фильтр были включены вопросы о наличии опыта реализации более пяти ГЧП-проектов в качестве консультанта и/или участника структуризации соглашения, формирования финансовой и медико-социальной модели проекта. Используя указанный критерий, из 48 участников отбора в исследование было включено 34 эксперта. Экспертам было предложено назвать сильные стороны и возможности сферы ГЧП (отнесены к «успехам») в здравоохранении с обоснованием их точки зрения, а также назвать слабые стороны и опасности (отнесены к «неудачам»).

По итогам интервью был составлен реестр «неудач» и «успехов» с их детальным описанием. Всем экспертам-участникам исследования было предложено ранжировать «успехи» и «неудачи» в порядке их значимости. Допускались неординарные ранги. Далее все результаты ранжирования были сведены в единую таблицу и проведена оценка согласованности экспертов. Для этого использовался коэффициент конкордации Кендала. Статистически значимыми считались результаты при  $p < 0,05$ . Расчет производился с использованием программы Statistica 13.3.

## Результаты

Эксперты выделили 7 существенных факторов, которые были определены в реестр «неудач» в ГЧП в сфере здравоохранения в РФ (рис. 1):

1. Фактор «изменения в НПА (нормативно-правовой акт)». Частое внесение изменений в отраслевое и общее НПА.

2. Фактор «бюрократизация». Сложные, не прозрачные механизмы реализации частных инициатив, процедур проведения сравнительного преимущества, а также возможность легально «затягивать» сроки принятия решения по проекту со стороны чиновников.

3. Фактор «ГЧП-опыт регионов». Недостаток компетенций правительств регионов в части реализации социальных проектов на принципах ГЧП.

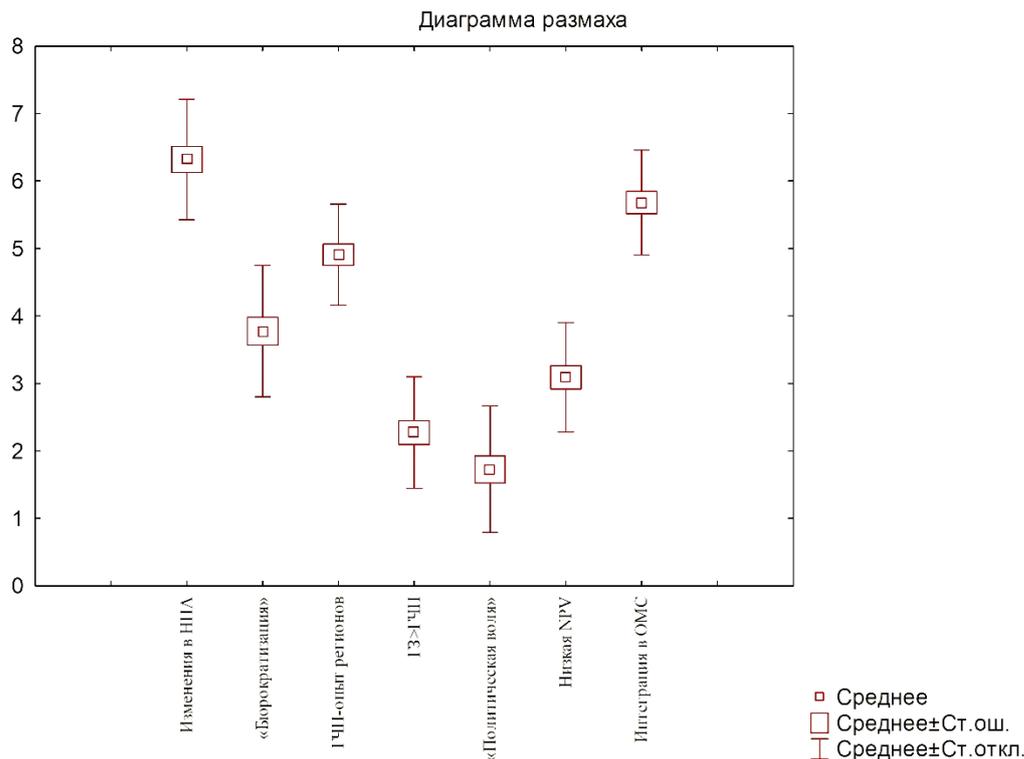
4. Фактор «ГЗ > ГЧП». Чиновники предпочитают реализовывать социальные проекты в сфере здравоохранения через инструменты государственного заказа (ГЗ), а не через инструменты ГЧП.

5. Фактор «политическая воля». Высокая степень влияния на решения по ГЧП-проектам со стороны политического руководства региона (руководитель субъекта РФ, кабинет правительства, министерства и пр.).

6. Фактор «низкая NPV» (Net Present Value — будущая прибыль, приведённая к сегодняшней стоимости денег. Позволяет сравнить текущие средства с будущими, которые из-за инфляции станут дешевле). Низкая капиталоемкость и прибыльность ГЧП-проектов в сфере здравоохранения.

Фактор «интеграция в ОМС» (система обязательного медицинского страхования — основной источник финансирования в государственной системе здравоохранения РФ). Сложности структурирования соглашения и расчета финансирования проекта при не прозрачном тарифообразовании для частной стороны.

Коэффициент конкордации Кендала для расчёта согласованной экспертной оценки «неудач» составил  $> 0,7$  (высокая согласованность) при  $p < 0,001$ . При ранжировании «неудач» варианты распределились в порядке значимости (табл. 1). К наиболее значимым негативным факторам эксперты отнесли «политическую волю», «ГЗ > ГЧП» и «низкая NPV». К наименее значительным факторам эксперты отнесли «интеграцию в ОМС» и «изменения НПА».



**Рис. 1.** Ранговое распределение согласованной экспертной оценки «неудач» государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения.

**Таблица 1.** Ранжирование «неудач» государственно-частного партнерства в здравоохранении в Российской Федерации

Фактор	Средний ранг	Сумма рангов	Среднее значение	Стандартное отклонение
«Политическая воля»	1,55	34,00	1,73	0,94
«ГЗ > ГЧП»	2,18	48,00	2,27	0,83
«Низкая NPV»	3,05	67,00	3,09	0,81
«Бюрократизация»	3,79	83,50	3,77	0,97
«ГЧП-опыт регионов»	5,07	111,50	4,91	0,75
«Интеграция в ОМС»	5,91	130,00	5,68	0,78
«Изменения в НПА»	6,45	142,00	6,32	0,89

Эксперты выделили 5 существенных факторов, которые были определены в реестр «успехов» в ГЧП в здравоохранении в РФ (рис. 2):

1. Фактор «формирование НПА-базы». Сформированная отраслевая законная и подзаконная НПА-база.

2. Фактор «большое число инвесторов». Существование широкого круга инвестиционных групп и банковских организаций с надлежащими компетенциями,

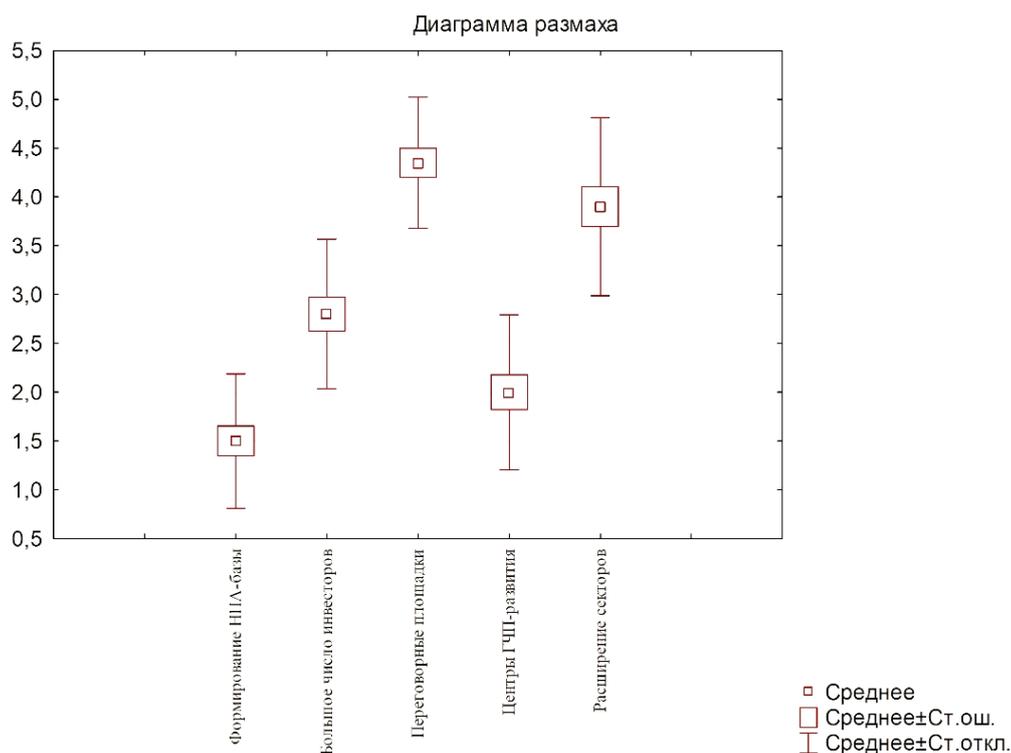
заинтересованных в реализации инфраструктурных проектов на ГЧП-принципах в сфере здравоохранения.

3. Фактор «переговорные площадки». Наличие дискуссионных платформ разного формата (конференции, конгрессы и т.д.) для проведения конструктивного диалога между интересантами (представители отраслевых и профильных органов власти, бизнеса, банковского сектора и др.).

4. Фактор «центры ГЧП-развития». Наличие организаций (разных форм собственности и направленности деятельности) в ГЧП, которые разрабатывают подходы, правила реализации проектов, а также активно агрегируют и анализируют опыт.

Фактор «расширение секторов». Наличие опыта реализации проектов на

принципах ГЧП в сфере здравоохранения в разных секторах (первичное звено здравоохранения, специализированная медицинская помощь (специализированная МП), высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП), лабораторно-диагностический сектор и пр.).



**Рис. 2.** Ранговое распределение согласованной экспертной оценки «успехов» государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения.

Коэффициент конкордации Кендала для расчёта согласованной экспертной оценки «успехи» составил  $> 0,7$  (высокая согласованность) при  $p < 0,001$ . При ранжировании «неудач» варианты распределились в порядке значимости (табл. 2). К

наиболее значимым позитивным факторам эксперты отнесли «формирование НПА-базы» и «центры ГЧП-развития». К наименее значимым позитивным факторам эксперты отнесли «расширение секторов» и «переговорные площадки».

**Таблица 2.** Ранжирование «успехов» государственно-частного партнерства в здравоохранении в Российской Федерации

Фактор	Средний ранг	Сумма рангов	Среднее значение	Стандартное отклонение
«Формирование НПА-базы»	1,37	27,50	1,50	0,69
«Центры ГЧП-развития»	1,97	39,50	2,00	0,79
«Большое число инвесторов»	3,00	60,00	2,80	0,77
«Расширение секторов»	4,10	82,00	3,90	0,91
«Переговорные площадки»	4,55	91,00	4,35	0,67

## Обсуждение

Доминирующий негативный фактор развития ГЧП в сфере здравоохранения — «политическая воля». По словам экспертов, здесь работает зачастую сценарий — договорились с одной командой, произошла смена губернатора или министра, и договорённости «обнуляются». Нет коллегиальных органов и нет ответственности перед руководителем субъекта РФ и/или законодательным собранием в части формирования благоприятного ГЧП-климата в регионе. В части субъектах РФ, например, Татарстан или Калужская область, политическое руководство готово вести диалог и развивать ГЧП-сферу, о чем оно неоднократно заявляло через своих представителей на конференциях, конгрессах и пр. [5, 8].

Предпочтение ГЗ перед ГЧП в реализации инфраструктурных проектов в сфере здравоохранения обусловлено более простой формой реализации первых. ГЗ-проект отличается от ГЧП-проекта главным образом тем, что финансирование осуществляется исключительно публичной стороной. Частная сторона при ГЗ не обязана осуществлять ни целевую, ни техническую эксплуатацию созданного объекта. ГЗ-модель рассматривается экспертами как предшествующая ГЧП-модели в эволюционной лестнице взаимодействия государства и бизнеса. ГЧП-проекты не стали полноценной альтернативой ГЗ в настоящее время [5, 9]. ГЗ-модель лучше синхронизируется в политические циклы (средняя длительность ГЗ-проекта 5–6 лет). Для чиновников меньше ответственности в связи с отсутствием долгосрочного договора, структурирующего совместную эксплуатацию объекта. ГЗ — это более простая регуляторика и менее компетентоемкий формат для сторон. ГЗ-проекты дешевле, но несут больше рисков для государства чем ГЧП-проекты. При принятии управленческого решения органы власти сравнивают ГЧП-проекты с аналогичными ГЗ-проектами. С учетом, что ГЗ-проекты проще и понятнее для чиновников в части их структуризации, решение

обычно в пользу ГЗ. ГЗ-проекты как правило «дешевле» в краткосрочной перспективе, но более «дорогостоящие» в среднесрочной и долгосрочной дистанции [9].

Низкая доходность для ГЧП-проектов в сфере здравоохранения снижает ее привлекательность при выборе альтернатив. Фактор низкой инвестиционной привлекательности сферы здравоохранения не является ведущим в целом по отрасли, но играет существенную роль, например, в реализации проектов в первичном звене здравоохранения. Так, в большинстве регионов существует большой запрос на реализацию проектов ГЧП в первичном звене здравоохранения, но нет высокого инвестиционного интереса к данному сектору [10].

«Бюрократизация» отнесена экспертами к факторам умеренного негативного влияния. «Волокита» не является специфичной только для сферы ГЧП. На II Всероссийской научно-практической конференции «Анализ и прогнозирование развития экономики России» было отмечено, что несмотря на снижение уровня бюрократизации государственных механизмов по сравнению с началом 2000-х годов, данный фактор по-прежнему является основным негативным предиктором социально-экономического развития РФ в настоящее время [11]. Механизмы инициации и согласования ГЧП-проектов являются «серыми» зонами. Помимо этого, сложный непрозрачный механизм оценки ГЧП-проектов в отношении соглашений о ГЧП может обуславливать их низкую долю в сфере здравоохранения.

Сложность структурирования соглашения о сотрудничестве (главным образом речь идет «классических» формах соглашения — концессионное соглашение и соглашение о ГЧП) обуславливает низкий опыт регионов в реализации ГЧП проектов в сфере здравоохранения. В понимании экспертов достаточный ГЧП-опыт — это опыт реализации инвестиционных проектов во всех секторах здравоохранения (первичном звене, клинико-диагностическом секторе, специализиро-

ванных стационарах и т. д.) с применением большинства правовых форм (концессии, соглашения о ГЧП, аренда с инвестиционными соглашениями, инвестиционные договора, контракты жизненного цикла и т. д.). Следствие недостаточного опыта реализации проектов – низкий уровень компетенций у чиновников. На практике это проявляется «боязнью» региональных чиновников рассматривать частные инициативы и формировать собственные публичные инициативы. Из всех субъектов РФ по итогам 2022 г. только 5 регионов накопили достаточный опыт в ГЧП в сфере здравоохранения: Новосибирская и Самарская области, г. Москва, г. Санкт Петербург, Ханты-Мансийский автономный округ [12].

«Интеграция в ОМС» отнесена экспертами к наименее значимым негативным факторам. Реализуемые ГЧП-проекты в подавляющем большинстве включаются в системы ОМС и данный «канал» финансирования становится ключевым и «чувствительным». ГЧП-проект в сфере здравоохранения оценивается экспертами как достаточно тяжелый «продукт» и связано это, в первую очередь, с интеграцией в ОМС [13]. Медицинский оператор в ГЧП (МО — юридическое лицо, осуществляющее целевую эксплуатацию объекта) не вправе производить компенсацию арендных платежей исключительно за счет средств ОМС в случае оказания медицинских услуг в рамках ОМС и на платной основе. Если целевая эксплуатация отдана «третьим лицам», то может возникнуть проблема с получением средств из тарифа ОМС. Объемы помощи и размеры тарифа зависят от публичных лиц (фонд ОМС), не участвующих в ГЧП-соглашении [14].

Нестабильность НПА-базы оценен экспертами как наименее значимый негативный фактор развития ГЧП в сфере здравоохранения. ГЧП-сфера крайне «чувствительна» к изменениям и нестабильностям в нормотворческой деятельности государства. ГЧП-проект крайне сложный и многоуровневый продукт, на который влияют много факторов. Реали-

зация ГЧП-проектов затрагивает широкий круг заинтересованных и требует синхронизации и стабильности отраслевого специализированного и общегосударственного законодательства. Инвестор (частный партнер) не застрахован от изменений в НПА в сфере ГЧП: от кадастровой стоимости предоставленных в аренду земельных участков до внесения изменений в НПА на разных уровнях [10, 14].

В тоже время, эксперты отметили достаточно проработанную отраслевую законную и подзаконную правовую базу для ГЧП. Текущее законодательство обеспечивает реализацию как смешанной (интегративной), так и обеспечивающей (инфраструктурной) ГЧП-модели в сфере здравоохранения. Развитое общее законодательство, позволяет реализовывать «квази» ГЧП-проекты, которые основаны на принципах ГЧП, но их реализация идет не по отраслевому, а по общему законодательству [6, 9]. Проработанная и разнообразная правовая основа является следствием более чем 25-ти летней истории развития ГЧП в РФ. Развитие правовой базы ГЧП обусловлено наличием институтов развития ГЧП, таких как ВЭБ.РФ и пр. [14]. Таким образом, диалектика природы данного фактора заключена в том, что с одной стороны нестабильность правовой основы не позволяет снизить риски для инвесторов, а с другой, позволяет более ощутимо влиять на правовую основу со стороны заинтересованных.

Центры развития ГЧП — важный драйвер. Они (центры) могут выступать в роли консалтинговых агентств для реализации проектов, являясь ключевыми носителями компетенций в сфере ГЧП. Центром развития могут выступать организации разных форм собственности, в том числе органы государственной власти (ОГВ). Так, профильный ОГВ в сфере ГЧП (Минэкономразвития РФ) издает рекомендации по реализации ГЧП-проектов, а при Министерстве здравоохранения РФ существует совет по ГЧП [1, 3, 9]. Помимо этого, созданы подразделения в медицинских вузах по развитию, мониторингу

ГЧП в отрасли [4, 9]. Ключевым центром развития является Национальный центр ГЧП, который регулярно проводит конференции, издает аналитические обзоры и развивает цифровые платформы, что существенно помогает инвестору оценивать ситуацию на ГЧП-рынке. Существуют консалтинговые агентства (P&P Unity, Winfra и др.), работающие в секторе ГЧП и активно участвующие в структуризации соглашений в сфере здравоохранения [6, 9].

В настоящее время существует различный спектр инвесторов разного калибра на рынке инвестиций в секторе здравоохранения, таких как Мединвест групп, Росатом ХЭСКЕА, Первая концессионная компания, Корпорация развития Северного Кавказа и др. Помимо этого, банковский сектор (Газпромбанк, Сбербанк) активно разевает ГЧП-подразделения для инвестирования в сферу здравоохранения [12].

По итогу 2023 г. в ГЧП реализуются все виды медицинской помощи, за исключением паллиативной. Покрытие большинства секторов здравоохранения является важным фактором, который позволяет агрегировать и тиражировать опыт внутри отрасли. Наиболее развитый сектор в здравоохранении — это специализированная МП и ВМП, что обусловлено его высокой капиталоемкостью [6, 8, 14].

Позитивным, но малозначимым фактором успеха явились «переговорные площадки». Учитывая, что интересанты реализации ГЧП-проектов — это широкий круг и высокий уровень чиновников (на уровне правительства региона), наличие официальных площадок для дискуссий играет важную роль для диалога между бизнесом и властью. Переговорные площадки особенно полезны для совершенствования ГЧП-механизмов. На площадках можно артикулировать проблематику и задавать «адресные» вопросы. Такой формат позволяет вести диалог непосредственно с лицами, принимающими государственные управленческие решения. Существует тренд на участие чиновников в дискуссиях и развитию открытого диалога по ГЧП-проблематике, что подтвер-

ждается расширенным списком участников ежегодных ГЧП-конференций (например, Российская неделя ГЧП, организуемая Национальным центром ГЧП и т. д.) [7, 11, 13].

### Заключение

В исследовании был затронут пласт верхнеуровневых «стратегических» проблематик. Это позволяет определить основные тренды развития ГЧП-сферы в секторе оказания медицинской помощи. Понимание «успехов» и «неудач» — это биполярное моделирование, которое помогает понять, в чью сторону склонилась чаша. Для того чтобы государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения перешло в зрелый этап целесообразно достигнуть долгосрочного политического консенсуса в части понимания ГЧП-стратегии для всех уровней власти. Необходимо своевременно и оперативно работать над устранением «барьеров» при существующих моделях государственно-частного партнерства [14].

На текущем этапе развития ключевым драйвером развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения может явиться политическая позиция руководителей правительств на всех уровнях власти. Для нивелирования фактора «политической воли» в регионах, необходима более понятная и публично озвученная позиция федерального центра. Это необходимо сопровождать повышением компетенций в сфере государственно-частного партнерства на местах у региональных чиновников. Так же необходимо понимание того, что нормотворческая база должна быть стабильной и развиваться в логике предыдущих законодательных актов. В настоящее время нет идеологической основы — концепции развития государственно-частного партнерства для сферы здравоохранения на уровне отраслевого федерального органа власти. Существенно может повысить ясность установление «порядка» реализации проектов с использованием ГЧП-инструментов в сфере здравоохранения.

Необходимо преодолевать барьеры, связанные с отраслевой спецификой финансирования системы здравоохранения. Сложившаяся «монополия» системы обязательного медицинского страхования задает свои правила игры. Необходим диалог между профильными органами власти и инвесторами на предмет преодоления трудностей. Низкая стоимость проектов, по мнению ряда экспертов, может быть решена введением специальных тарифов системы обязательного медицинского

страхования для ГЧП-проектов. Снижению «бюрократизации» механизмов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения позволит более широкая цифровизация отрасли и автоматизация процессов. Необходимым элементом развития служит система контроля как за реализацией и мониторингом в целом, так и, например, система оценки эффективности, мониторинга и контроля за деятельностью частных операторов в ГЧП-проекте.

### Список источников

1. Матияшук С.В. Особенности реализации проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения // *Journal of Science. Lyon*. 2022. № 35. С. 24–29. doi: [10.5281/zenodo.7154838](https://doi.org/10.5281/zenodo.7154838)
2. Егорова Л.В., Клунко Н.С. Оценка уровня финансирования расходов на здравоохранение России и ее регионов // *Сегодня и завтра Российской экономики*. 2022. № 109–110. С. 74–86.
3. Ахохова А.В., Тхабисимова И.К., Дударова И.Х., и др. Государственно-частное партнерство: гарантии, выгоды, риски // *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ*. 2023. Т. 9, № 1 (31). С. 57–65. doi: [10.33029/2411-8621-2023-9-1-57-65](https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-1-57-65)
4. Ковалева И.П., Стрижак М.С., Заярная И.А. Совершенствование механизма участия частных клиник в системе обязательного медицинского страхования // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022. Т. 30, № 2. С. 281–287. doi: [10.32687/0869-866X-2022-30-2-281-287](https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-281-287)
5. Филашихин В.В., Аведисова А.С., Казаковцев Б.А. Государственно-частное партнерство в зарубежных системах здравоохранения. Обзор литературы // *Психическое здоровье*. 2022. Т. 17, № 1. С. 48–59.
6. Курдюкова О.С. Государственно-частное партнерство в здравоохранении России на современном этапе // *Государственная власть и местное самоуправление*. 2022. № 8. С. 19–20.
7. Рожманов Н.В. Роль института государственно-частного партнерства в модернизации медицинской системы России в современных условиях // *Экономика и управление: проблемы, решения*. 2023. Т. 1, № 1 (133). С. 221–228. doi: [10.36871/ek.up.p.r.2023.01.01.021](https://doi.org/10.36871/ek.up.p.r.2023.01.01.021)
8. 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.
9. Jayady A., Subekti P., Smyshlyaev A.V., et al. Salary scale and the diversity of wage systems // *Linguistics and Culture Review*. 2021. Vol. 5, No. S1. P. 293–302. doi: [10.21744/lingcure.v5nS1.1375](https://doi.org/10.21744/lingcure.v5nS1.1375)
10. Смышляев А.В. Институциональные особенности государственно-частного партнерства: современный взгляд // *Государственная власть и местное самоуправление*. 2022. № 12. С. 7–14.
11. Шурко Р.А. О ГЧП и необходимости совершенствования государственного регулирования в социальной сфере // *Экономика нового мира*. 2022. Т. 7, № 2 (25). С. 80–87. doi: [10.35231/25419501\\_2022\\_2\\_80](https://doi.org/10.35231/25419501_2022_2_80)
12. Aversa P., Bianchi E., Gaio L., et al. The Grand Tour: The Role of Catalyzing Places for Industry Emergence // *Academy of Management Journal*. 2022. Vol. 65, No. 6. P. 2058–2091. doi: [10.5465/amj.2019.1303](https://doi.org/10.5465/amj.2019.1303)
13. Коваленко И., Луговская М. Особенности применения форм ГЧП в системе здравоохранения для решения ряда социальных проблем // *Annali d'Italia*. 2022. № 37. С. 34–38. doi: [10.5281/zenodo.7357749](https://doi.org/10.5281/zenodo.7357749)
14. Смышляев А.В. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: анализ регулирующего воздействия в секторе первичной медико-санитарной помощи // *Справочник врача общей практики*. 2021. № 11. С. 19–25. doi: [10.33920/med-10-2111-02](https://doi.org/10.33920/med-10-2111-02)

### References

1. Matiyaschuk SV. Features of the implementation of public-private partnership projects in the sphere of health care. *Journal of Science. Lyon*. 2022;(35): 24–9. (In Russ). doi: [10.5281/zenodo.7154838](https://doi.org/10.5281/zenodo.7154838)
2. Egorova LV, Klunko NS. Assessing of the level of financing of healthcare expenditures in Russian regions. *Today and Tomorrow of Russian Economy*. 2022;(109–110):74–86. (In Russ).

3. Akhokhova AV, Tkhabisimova IK, Dudarova IKh, et al. Public-private partnership: guarantees, benefits, risks. *HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ*. 2023;9(1): 57–65. (In Russ). doi: [10.33029/2411-8621-2023-9-1-57-65](https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-1-57-65)
4. Kovaleva IP, Strizhak MS, Zayarnaya IA. The development of mechanism of participation of private clinics in the mandatory medical insurance system. *Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine*. 2022;30(2):281–7. (In Russ). doi: [10.32687/0869-866X-2022-30-2-281-287](https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-281-287)
5. Filashikin VV, Avedisova AS, Kazakovtsev BA. Public-private partnership in foreign healthcare. Literature review. *Psikhicheskoye Zdorov'ye*. 2022;17(1):48–59. (In Russ).
6. Kurdyukova OS. Public-private partnership in Russian healthcare on the modern stage. *Gosudarstvennaya Vlast' i Mestnoye Samoupravleniye*. 2022;(8):19–20. (In Russ).
7. Rozhmanov NV. The role of the institution of public-private partnership in modernization of the Russian medical system in modern conditions. *Ekonomika i Upravlenie: Problemy, Resheniya*. 2023;1(1):221–8. (In Russ). doi: [10.36871/ek.up.p.r.2023.01.01.021](https://doi.org/10.36871/ek.up.p.r.2023.01.01.021)
8. Akulin IM, Ionkina IV. Problems and prospects of public private partnership in healthcare of the Russian Federation (literature review). *Public Health and Healthcare*. 2023;(2):32–8. (In Russ).
9. Jayady A, Subekti P, Smyshlyaev AV, et al. Salary scale and the diversity of wage systems. *Linguistics and Culture Review*. 2021;5(S1):293–302. doi: [10.21744/lingcure.v5nS1.1375](https://doi.org/10.21744/lingcure.v5nS1.1375)
10. Smyshlyaev AV. Institutional features of a public-private partnership: a modern view. *Gosudarstvennaya Vlast' i Mestnoye Samoupravleniye*. 2022;(12):7–14. (In Russ).
11. Shurko RA. About PPPs and the need to improve state regulation in the social sphere. *Ekonomika Novogo Mira*. 2022;7(2):80–7. (In Russ). doi: [10.35231/25419501\\_2022\\_2\\_80](https://doi.org/10.35231/25419501_2022_2_80)
12. Aversa P, Bianchi E, Gaio L, et al. The Grand Tour: The Role of Catalyzing Places for Industry Emergence. *Academy of Management Journal*. 2022;65(6):2058–91. doi: [10.5465/amj.2019.1303](https://doi.org/10.5465/amj.2019.1303)
13. Kovalenko IB, Lugovskaya MV. Peculiarities of application of forms of public private partnership in the health care system for solving a number of social problems. *Annali d'Italia*. 2022;(37):34–8. (In Russ). doi: [10.5281/zenodo.7357749](https://doi.org/10.5281/zenodo.7357749)
14. Smyshlyaev AV. The role of staffing in the context of protection of reproductive health of the younger generation in the Russian Federation. *Journal of Family Medicine*. 2021;(11):19–25. (In Russ). doi: [10.33920/med-10-2111-02](https://doi.org/10.33920/med-10-2111-02)

## Дополнительная информация

**Финансирование.** Автор заявляет об отсутствии финансирования при проведении исследования.

### Информация об авторе:

✉ *Смышляев Алексей Викторович* — канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник, SPIN: [8505-3745](https://orcid.org/0000-0003-3099-2517), <https://orcid.org/0000-0003-3099-2517>, e-mail: [alexeyismishlyaev@yandex.ru](mailto:alexeyismishlyaev@yandex.ru)

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Funding.** The author declare no funding for the study.

### Information about the authors:

✉ *Aleksey V. Smyshlyayev* — MD, Cand. Sci. (Med.), Leading Researcher, SPIN: [8505-3745](https://orcid.org/0000-0003-3099-2517), <https://orcid.org/0000-0003-3099-2517>, e-mail: [alexeyismishlyaev@yandex.ru](mailto:alexeyismishlyaev@yandex.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interests.