

Обзорная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-1-47-52

Модели частно-государственного партнерства в медицинской деятельности (по данным зарубежной и отечественной литературы)

Армен Джаникович Саркисян^{1✉}, Татьяна Владимировна Шаповаленко²,
Сергей Петрович Даренков³, Загир Хидирович Агамов⁴

^{1, 2, 4}Клиническая больница № 1 «Медси», Москва, Россия;

^{1, 3}Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

¹sarkisyan.ad@medsigroup.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2867-0033>

²shapovalenko.tv@medsigroup.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5728-8883>

³darenkov@list.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3797-7160>

⁴agamov.zh@medsigroup.ru, <https://orcid.org/000-0002-3745-4888>

Аннотация. В основе частно-государственного партнёрства (ГЧП) лежит принцип привлечения частных инвестиций с целью финансирования государственных организаций или передача части государственных функций предприятиям с частным капиталом. В настоящее время ГЧП широко используется в медицине, в том числе в России. В статье подробно представлены модели ГЧП, использующиеся в здравоохранении (модель размещения, франшизы, смешанной собственности, на основе акционерного соглашения); детально описаны преимущества и недостатки ГЧП. Показано, что несмотря на то, что ГЧП в сфере медицинских услуг в России ещё находится на начальном этапе, данная модель финансирования является перспективной и требующей проведения дальнейших исследований с целью усовершенствования и последующего внедрения в медицинских учреждениях.

Ключевые слова: частно-государственное партнёрство; система здравоохранения; финансирование здравоохранения; обзор литературы

Для цитирования: Саркисян А. Д., Шаповаленко Т. В., Даренков С. П., Агамов З. Х. Модели частно-государственного партнерства в медицинской деятельности (по данным зарубежной и отечественной литературы) // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 1. С. 47—52. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-1-47-52

Review article

Models of private-public partnership in medical activities (according to foreign and domestic literature)

Armen D. Sarkisyan^{1✉}, Tat'jana V. Shapovalenko², Sergej P. Darenkov³, Zagir H. Agamov⁴

^{1, 2, 4}Clinical Hospital No. 1 Medsi, Moscow, Russia;

^{1, 3}Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

¹sarkisyan.ad@medsigroup.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2867-0033>

²shapovalenko.tv@medsigroup.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5728-8883>

³darenkov@list.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3797-7160>

⁴agamov.zh@medsigroup.ru, <https://orcid.org/000-0002-3745-4888>

Abstract. Public-private partnership (PPP) is based on the principle of attracting private investment to finance public structures or the transfer of part of state functions to enterprises with private capital, and is currently widely used in medicine all over the world, including Russia. The article presents in detail the PPP models, used in healthcare (accommodation model, franchises, mixed ownership, the basis of a shareholder agreement); furthermore, the advantages and disadvantages of PPP are described. It is shown that despite the fact that PPP in the field of medical services in Russia is still at its initial stage, this financing model is promising and requires further research to improve and subsequent implementation in medical institutions.

Key words: public-private partnerships; health care system; health financing; literature review

For citation: Sarkisjan A. D., Shapovalenko T. V., Darenkov S. P., Agamov Z. H. Models of public-private partnership in medical activities (according to foreign and domestic literature). *Remedium*. 2024;28(1):47–52. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-1-47-52

Введение

За последние несколько десятилетий резко возросла роль частного финансирования, которое используется в различных проектах государственных инфраструктур (например, коммунальные услуги, транспорт и др.) [1, 2]. В здравоохранении данный тип партнерства также начал широко использоваться в европейских странах [3—5], и начал приобретать популярность и в России [6, 7]. Проектирование, строительство, финансирование, обслужи-

вание инфраструктуры, а также предоставление медицинских услуг — основные цели для различных типов частно-государственных партнёрств (или государственно-частных партнёрств, ГЧП), которые используются в системе здравоохранения. Самым наглядным примером частного финансирования в медицинской сфере может быть реконструкция государственной больницы частной организацией.

ГЧП сочетает в себе преимущества как частных, так и государственных предприятий, что позволяет

создавать эффективно работающие структуры для оказания качественных услуг [8].

Цель работы — на основе анализа зарубежной и отечественной литературы рассмотреть модели ГЧП, использующиеся в практике мирового здравоохранения, показав их преимущества и недостатки, охарактеризовать состояние развития ГЧП в России.

Материалы и методы

Работа написана на основе анализа научных публикаций, представленных в электронных базах Medline (PubMed), Scopus, Web of Science и eLibrary.ru за 1999—2023 гг.

Результаты и обсуждение

ГЧП имеет множество определений, единой терминологии в настоящее время не существует, в литературе используются: ГЧП, муниципально-частное партнёрство [9]. В целом ГЧП определяется как совместные усилия с равными обязанностями, серьёзной отчётностью и готовностью к разделению рисков в рамках эффективной структуры управления при производстве или доставке общественных благ, а также с некоторыми показателями в течение определённого периода времени, осуществляемые путём согласования как государственных, так и частных интересов [10]. ГЧП — это термин, используемый для описания связи государственного и частного секторов в достижении общих целей [11]. В последние несколько десятилетий популярность ГЧП увеличилась в соответствии с шагами правительства, открывшего частному предпринимательству возможности вносить свой вклад в обеспечение общественного здравоохранения [8, 12, 13].

За последние 20 лет было опубликовано множество работ о ГЧП. Это совпало с признанием растущей потребности в увеличении количества и улучшения качества предоставления государственных услуг [14]. Большая часть литературы посвящена ГЧП в западных странах. Академический интерес был сосредоточен на партнёрских отношениях между государственными и частными субъектами в Великобритании [15], где начало ГЧП можно проследить вплоть до государственной политики, инициированной правительством М. Тэтчер в 1980-е гг., когда концепция децентрализации способствовала «опустошению» государства [16]. Реформы правительства М. Тэтчер изменили политику социального обеспечения, чтобы сократить государственные расходы [17]. К 1991 г. более 50% британского государственного сектора было передано частным компаниям, а 20% населения стали акционерами ранее принадлежавших государству активов. При этом бывшие активы государства стали постоянными субъектами частных компаний, а ответственность за расходы была переложена на корпорации, инициировавшие покупку. Таким образом, общественные услуги, удовлетворяющие основные потребности человека, превратились в товары, которыми торгуют на свободном рынке [16].

Большое количество работ касается исключительно модели Британской Инициативы частного финансирования (PFI). Переход управленческих реформ к программе инноваций был способом ускорить обновление объектов государственной системы здравоохранения без использования государственных средств [14, 15]. Долгосрочный характер договорных соглашений между государственным и частным секторами подразумевал, что объекты будут надлежащим образом обслуживаться в течение всего срока их службы. С точки зрения государства, основным преимуществом ГЧП является способность частного сектора эффективно управлять ресурсами и быстро возмещать необходимые затраты [18]. Передача управления подразумевает, что медицинское учреждение продолжает оказывать услуги на фоне быстрого развития технологий, а также демографических, политических, эпидемиологических и других изменений в государстве [15, 19].

ГЧП является эффективной стратегией для преодоления пробелов в государственной инфраструктуре, облегчения доступа к качественным услугам, когда правительство сталкивается с бюджетными ограничениями [8], однако эти данные в различных регионах противоречивы. Так, исследование, проведенное в Саудовской Аравии, показало, что ГЧП в больницах улучшило качество медицинской помощи и сервисные услуги, а также снизило потенциальные затраты больниц из-за разделения расходов [20]. В России успешными вариантами показали себя ГЧП в офтальмологии [21], урологии [22] и других направлениях [23]. Исследования в Испании показали, что такое партнёрство не всегда лучше, чем традиционные методы управления [24]. Другое исследование, проведенное в той же стране, показало, что больницы, где было организовано ГЧП, в целом не превосходят больницы с традиционным управлением, однако в некоторых областях преимущество было значительным [25].

В России определение ГЧП представлено в Федеральном законе 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», в соответствии с которым ГЧП — это «юридически оформленное на определённый срок и основанное на объединении ресурсов, распределении рисков сотрудничество публичного 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».

В Москве первым крупным проектом ГЧП стала передача ГКБ № 63 и № 71 инвестору по договору концессии (частный партнёр — «Европейский медицинский центр»).

В качестве яркого примера ГЧП в сфере здравоохранения можно привести реконструкцию и переоснащение перинатального центра в Казани. В 2011 г. между ООО «АВА-ПЕТЕР» и Министерством земельных и имущественных отношений Республики Татарстан было заключено концессионное соглашение, которое привело к созданию современного перинатального комплекса с центром экстракорпорального оплодотворения, эффективность которого выросла на 10%, а количество процедур возросло [23]. Республика Татарстан в 2017 г. стала лучшей в номинации «Лучший субъект Российской Федерации по уровню развития ГЧП в здравоохранении» [26].

Другим примером ГЧП является проект «Доктор рядом», реализация которого началась в 2012 г. Была открыта сеть клиник, расположенных в пешей доступности от дома. С помощью данного проекта создавалась возможность максимальной доступности амбулаторно-поликлинической медицинской помощи для населения Москвы. В клиниках было реализовано оказание помощи по наиболее востребованным профилям: семейной медицине, педиатрии и терапии. К настоящему моменту данный проект является одним из наиболее продолжительных среди ГЧП в России, оказывающих помощь пациентам в рамках обязательного медицинского страхования. Сегодня уже открыто 17 клиник проекта по всей территории Москвы, которые работают в сфере обязательного медицинского страхования, к ним могут прикрепиться граждане и получать медицинскую помощь на постоянной основе¹.

По данным П. С. Ратановой (2019), благодаря частным инвестициям в рамках городской клинической больницы удалось продвинуть высокотехнологическую помощь в регионах области за счёт создания филиалов и представительств. Внедрение новых технологий привело как к качественному улучшению лечения, так и к уменьшению сроков пребывания пациентов в стационаре, увеличению производительности труда и расширению спектра оказываемой помощи [20].

Эффективность ГЧП подтверждается опытом различных медицинских учреждений, где в результате данного варианта сотрудничества удалось увеличить долю госпитализированных в стационар, снизить случаи повторной госпитализации, послеоперационных осложнений и летальности [27].

Разнообразие моделей партнерства

Подход ГЧП охватывает широкий спектр моделей — от аутсорсинга до почти полной приватизации. В широком смысле это включает «отношения с разделением расходов между государственным и частным секторами с целью достижения желаемого результата государственной политики» [4]. В принципе, государственная организация, такая как больница или другой орган здравоохранения, тоже мо-

жет брать кредиты для осуществления своих капиталовложений. В договоренностях о партнерстве коммерческая организация обычно отвечает за финансирование. В любом случае возмещение долга ложится на государственный бюджет [28].

Для активов здравоохранения возможны многие комбинации государственного и частного партнерства, значительное разнообразие способов управления расходами и рисками, финансирования и механизмов оплаты. Варианты партнерства определяются в рамках контракта. Одна из наиболее простых моделей, которая широко используется в таких странах, как Италия, Испания, Великобритания, Швеция, Канада, — модель размещения — подразумевает под собой техническое обслуживание здания, а также некоторые другие услуги, которые связаны с его обслуживанием (уборка, питание). Вторая модель — более сложный вариант первой, когда с определённой компанией больницей или Министерством здравоохранения заключается длительный контракт как с целью развития самого здания больницы и управления им, так и с целью оказания медицинских услуг. Третья модель предполагает выдачу франшизы под контролем какого-либо государственного органа, например, Министерства здравоохранения. Франчайзинг — это бизнес-модель, в которой владелец в форме договора позволяет оператору использовать свое название, торговую марку, запатентованную технологию, опыт управления продуктом и операциями и т. д. для осуществления предпринимательской деятельности [29]. Известные государственные больницы, которые адаптировали этот тип бизнеса, дали сотрудничающим с ними медицинским учреждениям право использовать свое название, товарный знак и предоставили медицинские технологии, обучение персонала и поддержку управленческой платы. В этой модели социальный капитал переходит в собственность больницы в случае отказа всего или части управляющего органа и принимает на себя все инвестиционные и бизнес-риски. С точки зрения социального капитала использование известного бренда больницы может быстро создать социальное влияние, что способствует раннему развитию бизнеса [30]. Однако многие крупные сети частных клиник (например, «Медси») не в полной мере развивают данную модель, обосновывая это желанием сохранить репутацию и большими затратами на соблюдение всех стандартов бренда.

Модель смешанной собственности относится к сочетанию капиталов различных партнеров в одной и той же больнице, т. е. к сочетанию государственного, коллективного и социального капитала. Правительство по-прежнему сохраняет за собой определённую долю в больнице, и это может быть капитал разных держателей, которые учреждают новую больницу. Право на собственность и управление бизнесом, а также соответствующие инвестиционные и бизнес-риски в этой модели принадлежат вкладчикам капитала.

¹ О развитии проекта «Доктор рядом» в г. Москве / Департамент здравоохранения г. Москвы. URL: <http://www.mosgorzdrav.ru/mgz/komzdravsite.nsf> (дата обращения 08.12.2022).

Также ГЧП может быть организовано на основе акционерного соглашения, когда учреждение создаётся совместно с государством и частным инвестором, которые совместно определяют порядок его деятельности, распределяя между собой прибыль и ответственность (например, ГУП «Медицинский центр управления делами мэра и Москвы» на базе группы «Медси») [28].

Источники финансирования медицинских услуг, осуществляемых учреждениями ГЧП, — такие же, как и для государственных или других некоммерческих больниц, входящих в систему. Кроме того, в данной модели нет увеличения финансового бремени для пациентов; каждый гражданин имеет право на любое медицинское вмешательство, предлагаемое этой больницей [4]. Германия, Финляндия и другие европейские страны экспериментируют с этой моделью. Например, в Германии частные компании выкупают нуждающиеся в финансовом обеспечении муниципальные больницы, а иногда и университетские больницы, и управляют ими по франшизе. Наконец, ГЧП может включать в себя предоставление полного спектра услуг, при котором частная компания — через франшизу — предоставляет как стационарные услуги, так и первичную медицинскую помощь в географическом районе от имени своих собственных учреждений. Компания может направлять пациентов на тот уровень медицинской помощи (первичный или вторичный), который является самым дешевым, при наличии регулирующих и платежных механизмов для поддержания качества медицинских услуг.

Преимущества и недостатки частно-государственного партнерства в здравоохранении

В настоящее время в научной литературе отношение к использованию ГЧП в здравоохранении двойственное [31]. Основным преимуществом ГЧП считается возможность в большей мере уделять внимание клиническим услугам за счёт передачи партнёру управления инфраструктурой, что в свою очередь может способствовать повышению эффективности реализуемых проектов. Привлечение ГЧП также является актуальным в связи с частой нехваткой финансирования вследствие различных факторов.

Однако основные опасения, которые обсуждают противники ГЧП, заключаются в потенциальной возможности ограничения конкуренции в государственных структурах. В связи с большим масштабом проектов ГЧП число организаций, которые могут принять участие в тендерах и далее в течение длительного времени предоставлять необходимые услуги (в том числе нести транзакционные издержки), ограничено. Также часто затруднено согласование различных аспектов деятельности между сторонами в связи с отсутствием интеграции между моделями оказываемой медицинской помощи, имеющейся инфраструктурой и оборудованием, которое поддерживается клиническими учреждениями. Так, в

Великобритании была внедрена модель размещения, при которой аренда здания, часть оборудования и обслуживание определённых объектов финансировались частным образом. В результате в данной модели были обнаружены обе вышеперечисленные проблемы, а также на фоне ее реализации сформировался крупный долг, превышающий государственные займы [32, 33]. Однако до сих пор ни одна больница в рамках ГЧП в Европе не обанкротилась из-за проблем, с которыми медицинские организации столкнулись при обслуживании долга [34]. При этом несколько больниц Великобритании в рамках Инициативы частного финансирования в настоящее время сообщают о серьёзном финансовом кризисе [35].

Заключение

ГЧП в сфере медицинских услуг в России находится на начальном этапе, ещё предстоит решить ряд серьёзных вопросов, касающихся реформирования медицинских организаций. По нашему мнению, соответствующих подтверждающих документов недостаточно для реструктуризации больниц с точки зрения регионального планирования, распределения ресурсов и кадров, налоговой политики и высокого уровня мобильности персонала. Из-за отсутствия директивных указаний по внедрению социального капитала возникает множество проблем, которые не могут быть решены самой медицинской организацией, что требует от государства различных вмешательств, и это затрудняет его внедрение.

Многие исследования показали успех ГЧП по показателям качества медицинской помощи и сервисной составляющей в больницах. Однако нет достаточных доказательств, которые можно было бы использовать для объяснения успеха ГЧП с точки зрения финансовых показателей. Успех или неудача внедрения ГЧП в медицинских организациях зависит от ряда факторов на макроуровне, таких как внешнее управление и маркетинг, политика, финансы, социальная культура, а также от «портрета среднего пациента» медицинского учреждения. Для обогащения знаний необходимы дальнейшие исследования, анализирующие модель ГЧП, ее связь с финансовыми показателями в медицинских организациях. Также важно эмпирически изучить влияние различных факторов на успех ГЧП в медицинских организациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. von Grafenstein L., Gao H. O. Infrastructure policy and public health: evidence from OECD countries // *Sci. Total Environ.* 2021. Vol. 750. P. 141157. DOI: 10.1016/j.scitotenv.2020.141157
2. Jakovljevic M., Camilleri C., Rancic N. et al. Cold war legacy in public and private health spending in Europe // *Front. Public Health.* 2018. Vol. 6. P. 215. DOI: 10.3389/fpubh.2018.00215
3. De Pinho Campos K., Norman C. D., Jadad A. R. Product development public-private partnerships for public health: a systematic review using qualitative data // *Soc. Sci. Med.* 2011. Vol. 73, N 7. P. 986—994. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.06.059
4. Joudyian N., Doshmangir L., Mahdavi M. et al. Public-private partnerships in primary health care: a scoping review // *BMC Health Serv. Res.* 2021. Vol. 21, N 1. P. 4. DOI: 10.1186/s12913-020-05979-9

5. La Forgia G., Harding A. Public-private partnerships and public hospital performance in São Paulo, Brazil // *Health Aff. (Millwood)*. 2009. Vol. 28, N 4. P. 1114—1126.
6. Москвцева Л. В., Бурлюкина О. Ю., Митрофанова О. Н. Частно-государственное партнерство в здравоохранении // *Modern Science*. 2020. № 2—1. С. 68—72.
7. Мусин А. Д. Состояние частно-государственного партнерства в России // *Вестник науки*. 2021. Т. 4, № 1. С. 70—74.
8. Roehrich J. K., Lewis M. A., George G. Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review // *Soc. Sci. Med.* 2014. Vol. 113. P. 110—119. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.03.037
9. Torchia M., Calabrò A., Morner M. Public-private partnerships in the Health Care Sector: a systematic review of the literature // *Public Manag. Rev.* 2015. Vol. 17, N 2. P. 236—261.
10. Raman A. V., Björkman J. W. Public-private partnerships in health-care. In: Kuhlmann E., Blank R. H., Bourgeault I. L. et al. (eds.) *The palgrave international handbook of healthcare policy and governance*. London; 2015. P. 376—392.
11. Singh A., Prakash G. Public-private partnerships in health services delivery: a network organizations perspective // *Public Manag. Rev.* 2010. Vol. 12, N 6. P. 829—856.
12. Tonge A. The role and relevance of public private partnerships in English healthcare // *Healthc. Manage Forum*. 2021. Vol. 34, N 4. P. 229—233. DOI: 10.1177/08404704211004623
13. van den Hurk M., Hueskes M. Beyond the financial logic: realizing valuable outcomes in public—private partnerships in Flanders and Ontario // *Environ. Plann. C Polit. Space*. 2017. Vol. 35, N 5. P. 784—808.
14. Skietrys E., Raipa A., Bartkus E. V. Dimensions of the efficiency of public-private partnership // *Eng. Econ*. 2008. Vol. 58. P. 45—50.
15. Barlow J., Köberle-Gaiser M. Delivering innovation in hospital construction: contracts and collaboration in the UK's Private Finance Initiative Hospitals Program // *Calif. Manage Rev.* 2009. Vol. 51. P. 126—143.
16. Kostyak L., Shaw D. M., Elger B., Annaheim B. A means of improving public health in low- and middle-income countries? Benefits and challenges of international public-private partnerships // *Public Health*. 2017. Vol. 149. P. 120—129. DOI: 10.1016/j.puhe.2017.03.005
17. Schram A., Townsend B., Youde J., Friel S. Public health over private wealth: rebalancing public and private interests in international trade and investment agreements // *Public Health Res. Pract.* 2019. Vol. 29, N 3. P. 2931919. DOI: 10.17061/phrp2931919
18. Mayston D. J. The Private finance initiative in the National Health Service: an unhealthy development in new public management? // *Financ. Account Manag.* 1999. Vol. 15. P. 249—274.
19. Blanken A., Dewulf G. PPPs in health: static or dynamic? // *Aust. J. Publ. Admin.* 2010. Vol. 69. P. S35—S47.
20. Almalki A., Al-Hanawi M. Public private partnerships and collaboration in the health sector in the Kingdom of Saudi Arabia: a qualitative study // *Glob. J. Health Sci.* 2018. Vol. 10, N 6. P. 10.
21. Ратанова П. С. Частно-государственное партнерство в сфере здравоохранения на примере Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» // *Аллея науки*. 2019. Т. 3, № 6. С. 692—697.
22. Агамов З. Х., Саркисян А. Д., Даренков С. П. и др. Опыт реализации программы ранней диагностики рака предстательной железы в городской поликлинике Москвы // *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2022. № 2. С. 136—148.
23. Гильфанова Л. Г., Роднянский Д. В. К вопросу о реализации проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения в Республике Татарстан // *Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук*. 2015. № 11—3. С. 53—57.
24. Caballer-Tarazona M., Clemente-Collado A., Vivas-Consuelo D. A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain // *Health Econ. Rev.* 2016. Vol. 6, N 1. P. 17. DOI: 10.1186/s13561-016-0095-5
25. Comendeiro-Maaløe M., Ridao-López M., Gorgemans S. et al. A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015 // *Health Policy*. 2019. Vol. 123, N 4. P. 412—418.
26. Маргалитадзе О. Н., Горбунов В. С. Особенности развития мировой экономики и внешнеэкономической деятельности в условиях глобализации и регионализации: монография. М.; 2019. 170 с.
27. Плеханов А. Н. Результаты и перспективы оказания качественной медицинской помощи на примере частно-государственного партнерства // *Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация*. 2017. № 1. С. 3—9.
28. Шачнев Е. Н., Лянг О. В., Кочетов А. Г. Государственно-частное партнерство в системе здравоохранения России: возможности реализации на современном этапе // *Лабораторная служба*. 2015. Т. 4, № 2. С. 59—62.
29. Быстрых А. В., Головина О. Д. Франчайзинг в сфере медицинских услуг как оптимальное направление организации бизнеса // *Менеджмент: теория и практика*. 2021. № 3—4. С. 138—141.
30. Сулейменов Е. М. Использование механизма франчайзинга для привлечения инвестиций в здравоохранение на примере РК // *Magyar Tudomány Journal*. 2020. № 43. С. 4146.
31. Москвцева Л. В., Полянский А. А. Государственно-частное партнерство в Российской Федерации: проблемы применения в сфере здравоохранения // *Актуальные проблемы и перспективы развития экономики: российский и зарубежный опыт*. 2020. № 4. С. 17—23.
32. Stallworthy G., Boahene K., Ohiri K. et al. Roundtable discussion: what is the future role of the private sector in health? // *Global Health*. 2014. Vol. 10. P. 55. DOI: 10.1186/1744-8603-10-55
33. Malan D. P. Public-private partnerships in global health // *N. Engl. J. Med.* 2019. Vol. 381, N 2. P. 193. DOI: 10.1056/NEJMc1905724
34. Palaco I., Park M. J., Kim S. K., Rho J. J. Public-private partnerships for e-government in developing countries: an early stage assessment framework // *Eval. Program Plann.* 2019. Vol. 72. P. 205—218. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2018.10.015
35. Basabih M., Prasajo E., Rahayu A. Y. S. Hospital services under public-private partnerships, outcomes and challenges: a literature review // *J. Public Health Res.* 2022. Vol. 11, N 3. P. 22799036221115781. DOI: 10.1177/22799036221115781

REFERENCES

1. von Grafenstein L., Gao H. O. Infrastructure policy and public health: evidence from OECD countries. *Sci. Total Environ.* 2021;750:141157. DOI: 10.1016/j.scitotenv.2020.141157
2. Jakovljevic M., Camilleri C., Rancic N. et al. Cold war legacy in public and private health spending in Europe. *Front. Public Health*. 2018;6:215. DOI: 10.3389/fpubh.2018.00215
3. De Pinho Campos K., Norman C. D., Jadad A. R. Product development public-private partnerships for public health: a systematic review using qualitative data. *Soc. Sci. Med.* 2011;73(7):986—994. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.06.059
4. Joudyian N., Doshmangir L., Mahdavi M. et al. Public-private partnerships in primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv. Res.* 2021;21(1):4. DOI: 10.1186/s12913-020-05979-9
5. La Forgia G., Harding A. Public-private partnerships and public hospital performance in São Paulo, Brazil. *Health Aff. (Millwood)*. 2009;28(4):1114—1126.
6. Moskovceva L. V., Burljukina O. Ju., Mitrofanova O. N. Public-private partnership in healthcare. *Modern Science*. 2020;(2—1): 68—72.
7. Musin A. D. The state of public-private partnership in Russia. *Vestnik nauki*. 2021;4(1):70—74.
8. Roehrich J. K., Lewis M. A., George G. Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Soc. Sci. Med.* 2014;113:110—119. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.03.037
9. Torchia M., Calabrò A., Morner M. Public-private partnerships in the Health Care Sector: a systematic review of the literature. *Public Manag. Rev.* 2015;17(2):236—261.
10. Raman A. V., Björkman J. W. Public-private partnerships in health-care. In: Kuhlmann E., Blank R. H., Bourgeault I. L. et al. (eds.) *The palgrave international handbook of healthcare policy and governance*. London; 2015:376—392.
11. Singh A., Prakash G. Public-private partnerships in health services delivery: a network organizations perspective. *Public Manag. Rev.* 2010;12(6):829—856.
12. Tonge A. The role and relevance of public private partnerships in English healthcare. *Healthc. Manage Forum*. 2021;34(4):229—233. DOI: 10.1177/08404704211004623
13. van den Hurk M., Hueskes M. Beyond the financial logic: realizing valuable outcomes in public—private partnerships in Flanders and Ontario. *Environ. Plann. C Polit. Space*. 2017;35(5):784—808.
14. Skietrys E., Raipa A., Bartkus E. V. Dimensions of the efficiency of public-private partnership. *Eng. Econ*. 2008;58:45—50.
15. Barlow J., Köberle-Gaiser M. Delivering innovation in hospital construction: contracts and collaboration in the UK's Private Finance Initiative Hospitals Program. *Calif. Manage Rev.* 2009;51:126—143.
16. Kostyak L., Shaw D. M., Elger B., Annaheim B. A means of improving public health in low- and middle-income countries? Benefits

- and challenges of international public-private partnerships. *Public Health*. 2017;149:120—129. DOI: 10.1016/j.puhe.2017.03.005
17. Schram A., Townsend B., Youde J., Friel S. Public health over private wealth: rebalancing public and private interests in international trade and investment agreements. *Public Health Res. Pract.* 2019;29(3):2931919. DOI: 10.17061/phrp2931919
 18. Mayston D. J. The Private finance initiative in the National Health Service: an unhealthy development in new public management? *Financ. Account Manag.* 1999;15:249—274.
 19. Blanken A., Dewulf G. PPPs in health: static or dynamic? *Aust. J. Publ. Admin.* 2010;69:S35—S47.
 20. Almalki A., Al-Hanawi M. Public private partnerships and collaboration in the health sector in the Kingdom of Saudi Arabia: a qualitative study. *Glob. J. Health Sci.* 2018;10(6):10.
 21. Ratanova P. S. Public-private partnership in the field of healthcare on the example of the Yekaterinburg Center MNTK «Mikrohirurgija glaza». *Alleja nauki.* 2019;3(6):692—697.
 22. Agamov Z. H., Sarkisjan A. D., Darenkov S. P. et al. Experience in the implementation of the program for early diagnosis of prostate cancer in the city polyclinic of Moscow. *Kremlevskaja medicina. Klinicheskij vestnik.* 2022;(2):136—148.
 23. Gil'fanova L. G., Rodnjanskiĭ D. V. On the issue of implementing public-private partnership partnership in the field of healthcare in the Republic of Tatarstan. *Current problems in the humanities and natural sciences.* 2015;(11—3):53—57.
 24. Caballer-Tarazona M., Clemente-Collado A., Vivas-Consuelo D. A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain. *Health Econ. Rev.* 2016;6(1):17. DOI: 10.1186/s13561-016-0095-5
 25. Comendeiro-Maaløe M., Ridao-López M., Gorgemans S. et al. A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015. *Health Policy.* 2019;123(4):412—418.
 26. Margalitadze O. N., Gorbunov V. S. Features of the development of the world economy and foreign economic activity in the context of globalization and regionalization: monograph. Moscow; 2019. 170 p.
 27. Plekhanov A. N. Results and prospects of health care quality on the example of public-private partnership. *Bulletin of Buryat State University. Medicine and pharmacy.* 2017;(1):3—9.
 28. Shachnev E. N., Liang O. V., Kochetov A. G. Public-private partnership in the healthcare system of Russia: the possibility of implementation at the present stage. *Laboratory service.* 2015;4(2):59—62.
 29. Bystrykh A. V., Golovina O. D. Franchising in the field of medical services as optimal direction of business organization. *Menedžment: teoriâ i praktika.* 2021;(3—4):138—141.
 30. Suleymenov E. M. The utilization of the franchising to attract investment in healthcare on the example of the Republic of Kazakhstan. *Magyar Tudományos Journal.* 2020;(43):4146.
 31. Moskovtseva L. V., Poljanskiĭ A. A. Public-private partnerships of the Russian Federation: problems of application in the health sector. *Current problems and prospects for economic development: Russian and foreign experience.* 2020;(4):17—23.
 32. Stallworthy G., Boahene K., Ohiri K. et al. Roundtable discussion: what is the future role of the private sector in health? *Global Health.* 2014;10:55. DOI: 10.1186/1744-8603-10-55
 33. Malan D. P. Public-private partnerships in global health. *N. Engl. J. Med.* 2019;381(2):193. DOI: 10.1056/NEJMc1905724
 34. Palaco I., Park M. J., Kim S. K., Rho J. J. Public-private partnerships for e-government in developing countries: an early stage assessment framework. *Eval. Program Plann.* 2019;72:205—218. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2018.10.015
 35. Basabih M., Prasojo E., Rahayu A. Y. S. Hospital services under public-private partnerships, outcomes and, challenges: a literature review. *J. Public Health Res.* 2022;11(3):22799036221115781. DOI: 10.1177/22799036221115781

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.07.2023; одобрена после рецензирования 14.09.2023; принята к публикации 02.02.2024.
The article was submitted 18.07.2023; approved after reviewing 14.09.2023; accepted for publication 02.02.2024.