

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2025-29-2-143-150

Рынок проектов государственно-частного партнёрства в сфере здравоохранения в Российской Федерации: структура и тренды

Надежда Владимировна Яговкина^{1✉}, Артур Рудольфович Габриелян²,
Любовь Эдвардовна Демурия³, Алексей Викторович Смышляев⁴, Денис Владимирович Серов⁵,
Довлетханум Шангереевна Таркинская², Александр Владимирович Уткин⁶

¹Кировский государственный медицинский университет, Киров, Россия;

²Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко,
г. Москва, Российская Федерация;

³Роял Клиник, Москва, Россия;

⁴Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения,
Москва, Россия;

⁵Городская поликлиника № 46, Москва, Россия;

⁶Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования Государственный научный
центр Российской Федерации — «Федеральный медицинский биофизический центр имени
А. И. Бурназяна» ФМБА России, Москва, Россия

¹nad0511ya@rambler.ru, <https://orcid.org/0009-0002-3090-9621>

²gabrielyanarthur@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8895-8074>

³demuriaeka@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8293-0484>

⁴alexeysmishlyaev@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3099-2517>

⁵serovdv@mos.ru, <https://orcid.org/0009-0003-7394-5240>

⁶alex2284@inbox.ru, <https://orcid.org/0009-0003-6622-1656>

Аннотация. Целью исследования явилось определение структуры и трендов рынка проектов государственно-частного партнёрства (ГЧП) в сфере здравоохранения в России. Информационно-аналитической базой исследования явились данные об инвестиционных проектах, реализуемых на принципах ГЧП и включённых в реестр цифровой платформы «Росинфра». Использовались качественные и количественные методы исследования. ГЧП-рынок в сфере здравоохранения сформирован и развивается по разным направлениям отраслевой деятельности. Однако анализ структуры и трендов показал его дисбаланс по моделям, правовым формам, направлениям медицинской помощи. Не созданы условия для инвесторов в социально-значимых направлениях: первичное звено, медицинская реабилитация. Анализ структуры и трендов рынка ГЧП в сфере здравоохранения показал, что необходимо развивать механизмы для привлечения инвестиций в первичное звено (общетерапевтическое направление) и совершенствовать специальное законодательство в части соглашений о ГЧП с целью тиражирования инфраструктурных моделей в отрасли. Это приведёт к снижению числа низкокапиталоемких и краткосрочных проектов, что будет способствовать более устойчивому развитию ГЧП в сфере здравоохранения.

Ключевые слова: инвестиционные проекты; государственно-частное партнёрство; медицинские организации; здравоохранение

Для цитирования: Яговкина Н. В., Габриелян А. Р., Демурия Л. Э., Смышляев А. В., Серов Д. В., Таркинская Д. Ш., Уткин А. В. Рынок проектов государственно-частного партнёрства в сфере здравоохранения в Российской Федерации: структура и тренды // Ремедиум. 2025. Т. 29, № 2. С. 143—150. doi:10.32687/1561-5936-2025-29-2-143-150

Original article

The market of public-private partnership projects in the healthcare sector in the Russian Federation: structure and trends

Nadezda V. Yagovkina^{1✉}, Artur R. Gabrielyan², Lyubov E. Demuria³, Alexey V. Smyshlyaev⁴, Denis V. Serov⁵,
Dovletkhanum S. Tarkinskaya², Alexander V. Utkin⁶

¹Kirov State Medical University, Kirov, Russia;

²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation;

³Royal Clinic, Moscow, Russia;

⁴Federal Research Institute for Health Organization and Informatics, Moscow, Russia;

⁵City Polyclinic No. 46, Moscow, Russia;

⁶Medical and Biological University of Innovation and Continuous Education State Scientific Center of the Russian Federation — "Federal Medical Biophysical Center named after A. I. Burnazyan", Moscow, Russia

¹nad0511ya@rambler.ru, <https://orcid.org/0009-0002-3090-9621>

²gabrielyanarthur@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8895-8074>

³demuriaeka@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8293-0484>

⁴alexeysmishlyaev@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3099-2517>

⁵serovdv@mos.ru, <https://orcid.org/0009-0003-7394-5240>

⁶alex2284@inbox.ru, <https://orcid.org/0009-0003-6622-1656>

Abstract. The aim of the study was to determine the structure and trends of the public-private partnership projects market in the healthcare sector in the Russian Federation. The information and analytical base of the study was data on investment projects implemented on PPP principles and included in the register of the Rosinfra digital platform. Qualitative and quantitative research methods were used. The PPP market in the healthcare sector has been formed and is developing in different areas of industry activity. However, the analysis of the structure and trends showed its imbalance in models, legal forms, and areas of MP. Conditions have not been created for investors in socially significant areas — primary care, medical rehabilitation. The analysis of the structure and trends of the PPP market in the healthcare sector showed that it is necessary to develop mechanisms for attracting investments in the primary care (general therapeutic area) and improve special legislation in terms of PPP agreements in order to replicate infrastructure models in the industry. This will lead to a decrease in the number of low-capital-intensive and short-term projects, which will contribute to more sustainable development of PPP in the healthcare sector.

Key words: investment projects, public-private partnership, medical organizations, healthcare

For citation: Yagovkina N. V., Gabrielyan A. R., Demuria L. E., Smyshlyaev A. V., Serov D. V., Tarkinskaya D. Sh., Utkin A. V. The market of public-private partnership projects in the healthcare sector in the Russian Federation: structure and trends. *Remedium*. 2025;29(2):143–150. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2025-29-2-143-150

Введение

Государственно-частное партнёрство (ГЧП) в сфере здравоохранения — реализация социальных задач государства через привлечение дополнительных финансовых внебюджетных средств в отрасль [1, с. 1024—1025]. В России развитие данного направления становится более актуальным в текущей социально-экономической ситуации, когда необходимо поддерживать социальный курс развития государства в масштабный санкционный период. ГЧП в мировой практике показало, что может быть эффективным в развитии инфраструктуры здравоохранения, повышая тем самым доступность медицинской помощи (МП) для населения [2, с. 76—78].

Согласно текущему плану Министерства финансов РФ, федеральные расходы на здравоохранение в 2025 г. могут достичь 1,9 трлн руб., что составляет 4,5% от всего вала [3, с. 71—75]. Для сравнения — в 2024 г. доля составила 4,4% [4, с. 33—34]. Неизменный объём финансирования и рост социальных задач может спровоцировать дефицит финансовых средств в отрасли. Совокупный объём финансирования национальной системы здравоохранения из всех источников эксперты оценивают до 8 трлн руб. [5, с. 41—42]. Это много, но и размер расходов будет возрастать. Так, запланирован рост расходов на фонд «Круг добра» (до 90 млрд руб.), на программу «Развитие здравоохранения» (до 1,8 трлн руб.), продолжится реализация цифрового контура в здраво-

охранении через новый проект «Национальная цифровая платформа» [6, с. 1790—1792].

В 2024 г. появились новые проекты и новые статьи расходов на здравоохранение. Так, стартовал новый отраслевой проект «Активная и продолжительная жизнь» (зарезервировано до 53 млрд руб.), о котором заявил В. В. Путин в феврале 2024 г. [8, с. 365—367]. Дополнительное финансирование необходимо новым территориям, а также для покрытия инфляции внутри отрасли по стране в целом. В 2025 г. не предусмотрено увеличение фонда заработной платы для медицинских работников [9, с. 83—86]. Эксперты отмечают, что решение кадрового дефицита врачей и реализация новой программы оплаты труда могут быть затруднены. Могут быть трудности в финансировании в части лекарственного обеспечения в целом и в онкологии в частности. Так, стартовал новый проект «Борьба с гепатитом С и минимизация рисков распространения данного заболевания», в рамках которого планируется закупить противовирусных препаратов прямого действия более чем на 4 млрд руб. [3, с. 69—70]. В то же время недофинансирование федеральной программы высокотратных нозологий, по оценкам экспертов, может составить до 30 млрд руб. [10, с. 753—754].

Таким образом, актуальность внебюджетного финансирования в отрасль высока, но, несмотря на высокий спрос на реализацию проектов со стороны государства, инвесторы не «скупают» активно ГЧП-

проекты [11, с. 10—12]. Согласно данным Национального центра ГЧП, сейчас «выставлено на продажу» более 60 предложений в здравоохранении. Но рынок ГЧП-проектов не нашёл свою точку равновесия, нет полноценного согласия между интересами государства и бизнеса: предложения превышают спрос [12, с. 388—390].

Цель исследования — провести структурный и трендовый анализ рынка проектов ГЧП в сфере здравоохранения в России.

Материалы и методы

Информационно-аналитической базой исследования явились данные об инвестиционных проектах, реализуемых на принципах ГЧП по итогам III квартала 2024 г. в России и включённых в реестр цифровой платформы «Росинфра»¹ Национального центра ГЧП². Дополнительными источниками информации о проектах послужили официальные данные, опубликованные на сайтах отраслевых и профильных органов исполнительной государственной власти (на федеральном и региональном уровнях) в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; аналитические доклады и отчёты Национального центра ГЧП; научно-практические публикации, включённые в РИНЦ³, по исследуемой тематике. Источником нормативной правовой информации послужила платформа «КонсультантПлюс»⁴ (лицензионная версия). Для анализа источников применены качественные (контент-анализ, нормативно-правовой анализ, анализ случаев) и количественные (расчёт доли, средних величин, сумм и пр.) методы исследования.

В исследование включены ГЧП-проекты в сфере здравоохранения, которые по итогам III квартала 2024 г. находятся на стадии эксплуатации или завершены. Данные о ГЧП-проектах (название, вид МП, тип медицинской организации (МО), модель ГЧП, правовая форма, срок соглашений, объём инвестиций и т. д.) были введены в таблицу «Microsoft Excel» с последующим формированием сводных таблиц и расчётом показателей. Сводные таблицы были дополнены пояснениями и комментариями из используемых источников.

Результаты

Согласно платформе «Росинфра», по итогам III квартала 2024 г. в сфере здравоохранения в РФ на этапе эксплуатации и завершения находятся 134 проекта ГЧП. Стоит заметить, что здравоохранение занимает по числу проектов лишь 3,01% от всех проектов по экономике РФ (табл. 1). «Львиную» до-

Таблица 1

Структура ГЧП-рынка в России в разрезе секторов экономики (итогу III квартала 2024 г.)

Сектор экономики	ГЧП-проекты на этапе эксплуатации и завершения	
	абс.	%
ЖКХ и городская среда	3398	76,21
Спорт	168	3,77
Здравоохранение	134	3,01
Городской и пригородный транспорт	129	2,89
Образование и наука	123	2,76
Экология и окружающая среда	114	2,56
Торговля, обслуживание	82	1,84
Промышленность	78	1,75
Цифровая инфраструктура и связь	51	1,14
Туризм	46	1,03
Культура и досуг	44	0,99
Магистральный транспорт	37	0,83
Социальная защита	34	0,76
Сельское хозяйство	14	0,31
Логистическая инфраструктура	5	0,11
Энергетика	2	0,04

лю занимает жилищно-коммунальная сфера (ЖКХ) с 3398 (76,21%) случаями, в то время как социальная сфера значимократно меньше — 291 (6,53%).

В структуре социального блока сфера здравоохранения занимает лидирующее место. Зарегистрировано 134 (46,05%) случая (табл. 2).

Проекты ГЧП в сфере здравоохранения (на стадии эксплуатации и завершения) зарегистрированы в 41 регионе из 85, их распространённость различна. Так, можно выделить «тройку» регионов-лидеров (Ульяновская, Ленинградская и Самарская области), где совокупно зарегистрировано 55 (41,04%) проектов. На 9 регионов (Республика Татарстан, Тюменская, Белгородская, Липецкая, Новосибирская, Вологодская, Курская, Рязанская области, Удмуртская Республика), где реализуются 3—7 проектов на один субъект РФ, пришлось совокупно 38 (28,36%) случаев. На остальные 29 регионов, где реализуется 1 или 2 проекта на один субъект РФ, пришелся совокупно 41 (30,60%) случай. При этом 121 (90,30%) проект реализуется в городе, 13 (9,70%) — в селе.

На стадии эксплуатации находятся 63 (47,01%) проекта, а то время как завершены 71 (52,99%). Стоит заметить, что завершены по окончании срока соглашения большинство проектов (60 случаев). Отказ от запуска проектов или расторжение соглашения произошло в 11 случаях (табл. 3).

По временному характеру соглашений (контрактов) преобладают краткосрочные (45,52%), наиме-

Таблица 2

Структура ГЧП-рынка в России в разрезе секторов экономики социальной сферы (по итогам III квартала 2024 г.)

Социальная сфера	ГЧП-проекты на этапе эксплуатации и завершения	
	абс.	%
Здравоохранение	134	46,05
Образование и наука	123	42,27
Социальная защита	34	11,68

¹ Росинфра — информационно-аналитическая платформа, содержащая актуальную информацию об инвестиционных проектах, реализуемых на принципах ГЧП. URL: <https://rosinfra.ru/>

² Национальный центр ГЧП — ведущий центр компетенций в сфере ГЧП. URL: <https://pprcenter.ru/>

³ Российский индекс научного цитирования (РИНЦ) — национальная информационно-аналитическая система, созданная в 2005 г. URL: https://www.elibrary.ru/project_risc.asp

⁴ КонсультантПлюс — кроссплатформенная справочная правовая система, разработанная в России. URL: <https://www.consultant.ru/>

Таблица 3

Стадия реализации проектов ГЧП в сфере здравоохранения (итогу III квартала 2024 г.)		
Стадия реализации проекта ГЧП	Проекты ГЧП на этапе эксплуатации и завершения	
	абс.	%
Завершён (окончание срока соглашения)	60	44,78
Завершён (отказ от запуска проекта)	4	2,99
Завершён (соглашение расторгнуто по соглашению сторон)	7	5,22
Эксплуатация	63	47,01

Таблица 4

Временной характер соглашений (контракта) проектов ГЧП в сфере здравоохранения (по итогу III квартала 2024 г.)		
Временной характер соглашения (контракта)	Проекты ГЧП на этапе эксплуатации и завершения	
	абс.	%
Долгосрочный	28	20,90
Среднесрочный	45	33,58
Краткосрочный	61	45,52

Таблица 5

Правовая форма проектов ГЧП в сфере здравоохранения (по итогу III квартала 2024 г.)		
Правовая форма проекта ГЧП	Проекты ГЧП на этапе эксплуатации и завершения	
	абс.	%
Договор аренды (безвозмездного пользования) с инвестиционными обязательствами	66	49,25
Концессионное соглашение*	38	28,36
Соглашение о ГЧП/муниципально-частном партнёрстве (региональное законодательство)	10	7,46
Контракт жизненного цикла или долгосрочный государственный/муниципальный контракт с инвестиционной составляющей**	8	5,97
Соглашение о сотрудничестве (взаимодействии)	7	5,22
Инвестиционный договор (соглашение)	4	2,99
Корпоративная форма партнёрства (совместное юридическое лицо)	1	0,75

* Федеральный закон от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, и финансированию терроризма».

** Федеральный закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

нее распространены — долгосрочные (20,90%) (табл. 4).

При анализе правовой природы ГЧП-проектов выявлено, что 88 (65,67%) случаев — это квази-формы⁵, а 46 (34,33%) случаев — «классические»⁶. Самая распространённая правовая форма — договор аренды (безвозмездного пользования) с инвестици-

⁵ Квази-формы — проекты ГЧП, реализуемые вне рамок специального законодательства, но соответствующие принципам ГЧП. Традиционно эксперты относят к ним договор аренды (безвозмездного пользования) с инвестиционными обязательствами; контракт жизненного цикла или долгосрочный государственный/муниципальный контракт с инвестиционной составляющей (Федеральный закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд»); соглашение о сотрудничестве (взаимодействии); инвестиционный договор (соглашение); корпоративная форма партнёрства (совместное юридическое лицо).

Таблица 6

Капиталоёмкость проектов ГЧП в сфере здравоохранения (по итогу III квартала 2024 г.)		
Капиталоёмкость	Проекты ГЧП на этапе эксплуатации и завершения	
	абс.	%
Высокая (более 1000 млн руб.)	12	8,96
Средняя (до 1000 млн руб.)	48	35,82
Низкая (до 100 млн руб.)	49	36,57
Крайне низкая (до 10 млн руб.)	25	18,66

Таблица 7

Модели проектов ГЧП в сфере здравоохранения (по итогу III квартала 2024 г.)		
Модель проекта ГЧП	Проекты ГЧП на этапе эксплуатации и завершения	
	абс.	%
Интегрированная	122	91,04
Инфраструктурная	12	8,96

онными обязательствами (49,25%). На 2-м месте — концессионные соглашения (28,36%). На остальные формы совокупно пришлось 30 (22,39%) случаев (табл. 5).

Капиталоёмкость большинства проектов — средняя и низкая (35,82 и 36,57% соответственно). Крайне низкая капиталоёмкость зарегистрирована в 25 (18,66%) случаях, высокая — в 12 (8,96%) (табл. 6).

Наибольшее распространение получила интегрированная модель ГЧП⁷, в то время как инфраструктурная⁸ — в 10 раз меньше (табл. 7). Механизм возврата инвестиций «плата за доступность»⁹ применён в 12 (8,96%) случаях, «прямой сбор платы»¹⁰ — в 122 (91,04%).

В секторе первичной медико-санитарной помощи (ПСМП) реализуются 74 (55,22%) проекта, в секторе специализированной МП и высокотехнологичной МП (ВМП) — 52 (38,81%), в секторе скорой МП — 8 (5,97%). В то же время доминирует сектор специализированной и ВМП (табл. 8).

Проекты ГЧП реализуются в большом числе направлений МП, но преобладают нефрологический (29,10%), общетерапевтический (26,87%) профили и сектор диагностики (11,19%). Совокупно они составили 67,16% (табл. 9). Наименее распространёнными

⁶ Классические формы — проекты ГЧП, реализуемые в рамках специального законодательства (соглашения о ГЧП, концессионные соглашения).

⁷ Интегрированная ГЧП-модель (или смешанная) — это конфигурация ГЧП-проекта, при которой целевую и техническую эксплуатацию объекта осуществляет частная сторона.

⁸ Инфраструктурная (или обеспечивающая) модель ГЧП — это конфигурация проекта ГЧП, при которой частная сторона осуществляет только техническую эксплуатацию объекта.

⁹ Плата за доступность — механизм, при котором частная сторона получает со стороны государства регулярные платежи для покрытия инвестиций и обеспечения надлежащей материально-технической базы, позволяющей осуществлять целевую эксплуатацию.

¹⁰ Прямой сбор платы — механизм, при котором частная сторона получает прямую оплату за услуги с фонда обязательного медицинского страхования или с населения (платные медицинские услуги) для покрытия инвестиций и осуществления целевой эксплуатации.

Таблица 8

Капиталоёмкость проектов ГЧП в разрезе видов МП (по итогу III квартала 2024 г.)

Вид МП	Совокупный объём инвестиций	
	млн руб.	%
ПМСП	9194	12,49
Специализированная МП и ВМП	62 800	85,29
Скорая МП	1636	2,22

Таблица 9

Структура рынка ГЧП в России в разрезе направлений (профилей) МП (по итогу III квартала 2024 г.)

Профиль	ГЧП-проекты на этапе эксплуатации и завершения	
	абс.	%
Нефрология	39	29,10
Терапия (общая)	36	26,87
Диагностика	15	11,19
Терапия (неотложная)	8	5,97
Онкология	7	5,22
Акушерство и гинекология	6	4,48
Кардиология	4	2,99
Медицинская реабилитация	3	2,24
Патологоанатомическая экспертиза	3	2,24
Стоматология	3	2,24
Офтальмология	2	1,49
Санаторно-курортное лечение	2	1,49
Стерилизация	2	1,49
Психиатрия	1	0,75
Травматология-ортопедия	1	0,75
Трансфузиология	1	0,75
Урология	1	0,75

ми оказались психиатрия, травматология-ортопедия, трансфузиология, урология (совокупно 2,98%).

Проекты ГЧП представлены практически всеми типами МО (табл. 10). Наибольшее распространение получили монопрофильные центры, диспансеры (МО, оказывающие специализированную ПМСП) — 41 (30,60%) случаев. При этом подавляющее большинство таких МО реализованы по профилю «нефрология» 37 (90,24%). На остальные направления (кардиология, онкология, офтальмология, урология) приходится всего 4 (9,76%) проекта. В первичном звене (поликлиники, офисы врачей общей практики, амбулатории и пр.) реализуется 32 (23,88%) проекта, из которых 29 (90,63%) случаев — в терапии, 3 (9,38%) — в стоматологии.

Обсуждение

Небольшое число проектов ГЧП в социальной сфере в целом и в здравоохранении в частности говорит о начальном этапе развития ГЧП в нашей стране. Безусловно, история в четверть века для ГЧП — это мало, но за этот период в России пройден огромный путь, по сути, сформировано целое направление. Разработана достаточная нормативная правовая база и уже наработаны механизмы реализации. Сфера здравоохранения имеет свою специфику, она более закрытая, чем, например, сфера ЖКХ, и более «монополистичная». Для развитых стран тоже характерно доминирование сферы ЖКХ в ГЧП, но доля социального блока значительно выше, чем в России. Так, в развитых странах Европы

Таблица 10

Типы МО, реализуемых в рамках проектов ГЧП в России (по итогу III квартала 2024 г.)

Типы МО	ГЧП-проекты на этапе эксплуатации и завершения	
	абс.	%
Монопрофильные центры, диспансеры (МО, оказывающие специализированную ПМСП)	41	30,60
Первичное звено (МО, оказывающие ПМСП)	32	23,88
Специализированные стационары (монопрофильные) с ВМП	12	8,96
Консультативно-диагностические центры (лучевая диагностика)	11	8,21
Специализированные стационары (монопрофильные) без ВМП	9	6,72
Объекты выездной службы	7	5,22
Лабораторно-диагностический центр	4	2,99
Клинические больницы (многопрофильные) без ВМП	3	2,24
Патологоанатомические подразделения, бюро судебно-медицинской экспертизы	3	2,24
Инфраструктурный объект	2	1,49
Клинические больницы (многопрофильные) с ВМП	2	1,49
Реабилитационные центры	2	1,49
Санаторно-курортные организации	2	1,49
Клинические больницы (многопрофильные)	1	0,75
Производственный центр (медицинская техника)	1	0,75
Социальные дома с медицинским обслуживанием	1	0,75
Центры медицинской реабилитации	1	0,75

(Великобритания, Германия, Франция) сфера здравоохранения в ГЧП может достигать 38,98%, в то время как в Северной Америке (Канада) доля проектов в сфере здравоохранения достигла 71,54% [6, с. 1791—1793]. Однако анализ вовлечённости в сферу с позиции числа проектов не даёт достаточно объективной оценки. ГЧП крайне специфично в нормативно-правовом аспекте. В то же время за последнее десятилетие прослеживается рост числа проектов в странах ОЭСР¹¹ в здравоохранении, что говорит об устойчивом социально-ориентированном тренде в формировании внебюджетных (негосударственных) источников финансирования.

В России в структуре социального блока проекты в здравоохранении занимают большую долю, но не подавляющую. Это, скорее, говорит в пользу сбалансированности социального направления и равнозначной наработки ГЧП-практики в ключевых направлениях (медицина и образование). Неравномерность распространённости ГЧП-проектов среди субъектов РФ свидетельствует, с одной стороны, о большом числе разных по специфике (экономике, географии, демографии и пр.) регионов, а с другой, о том, что высока роль «политического» руководства в регионах. Так, только на Ульяновскую область приходится 32 (23,88%) случая, а в Санкт-Петербурге и Москве — 2 (1,49%) и 1 (0,75%) соответственно. Более половины регионов (45 субъектов РФ) не имеют проектов в здравоохранении на стадии эксплуатации (или уже завершённых). Среди лидеров, как и аутсайдеров — регионы как с высо-

¹¹ Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) — международная экономическая организация развитых стран, признающих принципы представительной демократии и свободной рыночной экономики.

ким, так и с низким уровнем социально-экономического развития.

Большинство проектов завершены по окончании срока соглашения или находятся на стадии эксплуатации. Небольшая доля проектов (8,20%), где соглашение было расторгнуто досрочно, может говорить о положительном тренде в части тиражирования и наработки ГЧП-практик. Но анализ временного характера соглашений не даёт оснований это утверждать. Доминирование краткосрочных контрактов (45,52%) не свойственно для ГЧП-проектов. ГЧП — это про долгосрочное сотрудничество. Долгосрочность — одно из ключевых отличий ГЧП от государственного заказа. Большое число краткосрочных соглашений, законченных по истечении срока, может создавать ложную позитивную картину об уровне развития ГЧП-практик. Доминирование краткосрочных проектов в общей картине «смазывает» точность в понимании проблематики: проекты завершаются быстрее, чем наступает критическая ситуация в их реализации. Если соглашение на 1—2 года, то разве можно оценить его социально-экономическую устойчивость?

Аналогично не дополняет оптимистическую картину и анализ структуры правовых форм ГЧП в здравоохранении. Доминирование квази-форм свидетельствует также о начальном этапе развития ГЧП в сфере здравоохранения. Договора аренды с инвестиционным обременением на текущий момент представляются инвесторам самой простой правовой формой. Однако стоит заметить, что один из примеров (проект «Доктор рядом»), который имеет достаточно длительную историю, показал всю сложность и рискованность реализации такой формы в долгосрочном периоде. «История» региональных соглашений о ГЧП прекратилась с 2016 г., но до сих пор нет ни одного проекта по «федеральному СГЧП на стадии эксплуатации. Так, всем известный капиталоемкий проект «Семь поликлиник» в первичном звене здравоохранения в Новосибирской области снова продлён на стадии инвестиционных мероприятий: срок сдачи первого объекта перенесён на 2025 г.

По региональному законодательству реализовано небольшое число проектов (7,46%), концессионным соглашениям — не многим больше (28,36%). Классические формы ГЧП представлены концессиями. Это обусловлено тем, что концессионная история длится в России более 18 лет и рассматривается инвесторами, по мнению экспертов Национального центра ГЧП, как более защищённая форма аренды. При концессии собственность объекта в период соглашения — исключительно у государства, хотя по истечении срока может быть запущен процесс разгосударствления.

Большинство проектов (55,22%) низкой и крайне низкой капиталоемкости. Наличие проектов до 10 млн руб. многие эксперты тоже относят к «болезням» раннего становления сферы ГЧП. Целесообразность запуска проекта менее 100 млн руб. также можно поставить под сомнение. Цель ГЧП — привлечение значительных негосударственных вне-

бюджетных средств в отрасль. При реализации проектов задействован большой бюрократический ресурс и, независимо от размера инвестиций, ведётся массивная работа по оценке и структурированию проекта со стороны государства. Издержки на запуск таких ГЧП-проектов слишком высоки, что позволяет экспертам расценивать такие случаи как заранее «неэффективные». Возникает вопрос, зачем привлекать в отрасль несколько миллионов рублей, затрачивая при этом больше на оплату трудочасов сотрудников, задействованных в реализации этих проектов?

Большинство инвестиций (85,29%) агрегировал сектор предоставления специализированной МП и ВМП. Сектор по оказанию ПМСП в 6,8 раза меньше. Привлекательность специализированной МП и ВМП обусловлена актуальностью данного направления и высокой ценой за услуги, включая тарификацию в системе обязательного медицинского страхования (ОМС).

В структуре тарифа ОМС никак не предусмотрено на инвестиционная составляющая. Поэтому участие бизнес-сектора в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам МП носит избирательный характер. Если это сектор ВМП, то он более предпочтителен и интересен для инвестора. Так, по итогам II квартала 2024 г. тарифы ОМС максимально кратны средней стоимости медицинских услуг в частном секторе на диагностические исследования взрослого населения в амбулаторных условиях в 28 раз. Стоит заметить, что такие актуальные и дорогостоящие методы лучевой диагностики, как магнитно-резонансная и компьютерная томография, кратны рыночной цене медицинских услуг в 2 и 1 раз соответственно. Первичное же звено здравоохранения не вызывает интерес бизнес-стороны. Так, по итогам II квартала 2024 г. кратная разница между тарифами ОМС и средней стоимостью медицинских услуг в частном секторе на первичный приём врачей взрослого населения в амбулаторных условиях может достигать 63 раза.

Полное доминирование интегративной модели в структуре рынка проектов ГЧП в сфере здравоохранения говорит о устойчивом тренде в намерении государства отдавать целевую эксплуатацию частному сектору. По мнению экспертов, это тоже «болезнь» раннего становления сферы ГЧП в России. Отдавая целевую функцию частному лицу, государство пытается переложить вопросы найма и организации деятельности из-за нехватки личных компетенций и ресурсов. При этом необходимы эффективные инструменты контроля за деятельностью медицинского оператора.

В мировой практике данная модель не зарекомендовала себя как «эффективный» вариант ГЧП [10, с. 760—762]. Согласно мнению экспертов, в модели «защито» глубинное противоречие государства и бизнеса. Публичная сторона имеет социальные задачи, а частая сторона — коммерческие. Сокращение издержек без получения прибыли и надлежащее качество ПМСП — ключевая задача государства. В свою очередь, бизнес — это про доход и финансо-

вый успех. Но при интегрированной модели обе стороны вынуждены искать консенсус, что может быть проблематичным. Однако эта модель может существовать при более «тонких» настройках механизмов ГЧП. При этом развитие данных моделей в первичном звене может послужить притоком компетенций и более широким горизонтом планирования в сочетании с интенсивным поиском инновационных организационных подходов [8, с. 364—365].

Анализ профиля МП и типа МО показал, что в ГЧП-интересы со стороны инвестора попали практически все направления и уровни МП. Доминирование нефрологии обусловлено актуальностью гемодиализа и относительной простотой деятельности медицинского оператора. В тройку лидеров вошли также терапия и диагностика. Актуальные капиталоемкие проекты по медицинской реабилитации и стоматологии не получили широкого распространения. Стоит заметить, что ВМП привлекательна для инвесторов и в зарубежных практиках, но государство, понимая высокую стоимость и исключительность таких МУ, пытается развивать общетерапевтические госпитали.

Заключение

Рынок ГЧП — достаточно новое явление в России. Рыночный подход — это консенсус покупателя и продавца, цены и товара, спроса и предложения. Государство (через уполномоченные органы) не может заставить финансировать бизнес свои проекты, но оно может создавать взаимовыгодные условия для работы механизмов ГЧП. На примере ГЧП-рынка в сфере здравоохранения можно говорить о том, что он сформирован и развивается по разным направлениям отраслевой деятельности. Анализ структуры и трендов показал его дисбаланс по моделям, правовым формам, направлениям МП. Не созданы условия для инвесторов в социально-значимых направлениях: первичное звено, медицинская реабилитация. Замкнутость проектов в систему ОМС влияет на инвестиционную привлекательность, из-за чего капиталоемкие проекты сосредоточены в ВМП. Это логично и понятно, но ВМП — не первостепенная задача, не передний край. Базис здравоохранения — ПМСП, институт врачей первого контакта. Анализ структуры и трендов рынка ГЧП в сфере здравоохранения показал, что необходимо развивать механизмы для привлечения инвестиций в первичное звено (общетерапевтическое направление) и совершенствовать специальное законодательство в части ГЧП с целью тиражирования инфраструктурных моделей в отрасли. Это приведёт к снижению числа низкокапиталоемких и краткосрочных проектов, что будет способствовать более устойчивому и эффективному использованию ГЧП-инструментов в сфере здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руденко М. Н., Рожков Д. В. Государственное регулирование сферы медицинских услуг в системе обеспечения экономиче-

- ской безопасности // Экономическая безопасность. 2024. № 4. С. 1023—1033. DOI: 10.18334/ecsec.7.4.120959
2. Минаков А. В., Иванова Л. Н. Государственно-частное партнерство в управлении социально-экономическим развитием субъектов Российской Федерации // Социальная политика и социология. 2024. № 1. С. 75—83. DOI: 10.17922/2071-3665-2024-23-1-75-83
3. Першина Т. А., Авилова А. С. Анализ динамики и структуры финансирования национального проекта «Здравоохранение» // Финансы и управление. 2024. № 3. С. 68—78. DOI: 10.25136/2409—7802.2024.3.71378
4. Гришин В. В., Рагозин А. А. Политэкономика здравоохранения: как выйти из кризиса // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. 2019. № 1. С. 30—37. DOI: 10.24411/2411-8621-2019-11003
5. Яшникова Д. Р., Ерыгин Ю. В. Основные механизмы стимулирования инвестиционной деятельности // Universum: экономика и юриспруденция. 2024. № 1. С. 40—42.
6. Бувеч А. П. Реализация ГЧП-проектов и способы их финансирования в России // Креативная экономика. 2024. № 7. С. 1787—1800. DOI: 10.18334/ce.18.7.121206
7. Карайланов М. Г., Моисеева К. Е., Панфилов М. С. и др. Амбулаторнодополняющие технологии в условиях формирования «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» // Менеджер здравоохранения. 2024. № 5. С. 28—35. DOI: 10.21045/1811-0185-2024-5-28-35
8. Манюшко С. В. Роль государственно-частного партнерства в формировании и развитии отечественных инновационных кластеров // Экономика устойчивого развития. 2024. № 2. С. 364—366.
9. Смирнова Е. В. Актуализация единых показателей результативности поликлиник и ценностно-ориентированное здравоохранение // Здоровье мегаполиса. 2024. № 2. С. 81—91. DOI: 10.47619/2713—2617.zm.2024.v.5i2;81—91
10. Стадникова А. В. Мировой опыт государственно-частного партнерства на фармацевтическом рынке // Экономика и предпринимательство. 2024. № 4. С. 752—754. DOI: 10.34925/EIP.2024.165.4.146
11. Смышляев А. В. Институциональные особенности государственно-частного партнерства: современный взгляд // Государственная власть и местное самоуправление. 2022. № 12. С. 7—14. DOI: 10.18572/1813-1247-2022-12-7-14
12. Смышляев А. В. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения в Российской Федерации: история успеха или история неудач? // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2024. № 3. С. 386—396. DOI: 10.23888/HMJ2024123386-396

REFERENCES

1. Rudenko M. N., Rozhkov D. V. State regulation of medical services in the system of ensuring economic security. *Economic Security*. 2024;(4):1023—1033. DOI: 10.18334/ecsec.7.4.120959
2. Minakov A. V., Ivanova L. N. Public-private partnership in managing the socio-economic development of the constituent entities of the Russian Federation. *Social Policy and Sociology*. 2024;(1):75—83. DOI: 10.17922/2071-3665-2024-23-1-75-83
3. Pershina T. A., Avilova A. S. Analysis of the dynamics and structure of financing the national project "Healthcare". *Finance and Management*. 2024;(3):68—78. DOI: 10.25136/2409—7802.2024.3.71378
4. Grishin V. V., Ragozin A. A. Political economy of health care: how to get out of the crisis // *ORGZDRAV: news, opinions, training. Bulletin of the Higher School of Public Health*. 2019;(1):30—37. DOI: 10.24411/2411-8621-2019-11003

5. Yashnikova D. R., Erygin Yu. V. The main mechanisms for stimulating investment activity. *Universum: Economics and Jurisprudence*. 2024;(1):40—42.
6. Buevich A. P. Implementation of PPP projects and methods of their financing in Russia // *Creative economy*. 2024;7:1787—1800. DOI:10.18334/ce.18.7.121206
7. Karailanov M. G., Moiseeva K. E., Panfilov M. S. et al. Outpatient complementary technologies in the context of the formation of the "New Model of a medical organization providing primary health care". *Healthcare Manager*. 2024;(5):28—35. DOI: 10.21045/1811-0185-2024-5-28-35
8. Manyushko S. V. The role of public-private partnership in the formation and development of domestic innovation clusters. *Sustainable Development Economy*. 2024;(2):364—366.
9. Smirnova E. V. Updating unified performance indicators of polyclinics and value-oriented healthcare. *Health of the Metropolis*. 2024;(2):81—91. DOI: 10.47619/2713—2617.zm.2024.v.5i2;81—91
10. Stadnikova A. V. World experience of public-private partnership in the pharmaceutical market. *Economy and Entrepreneurship*. 2024;(4):752—754. DOI: 10.34925/EIP.2024.165.4.146
11. Smyshlyaev A. V. Institutional features of public-private partnerships: a modern look // *State power and local self-government*. 2022;(12):7—14. DOI: 10.18572/1813-1247-2022-12-7-14
12. Smyshlyaev A. V. Public-private partnership in healthcare in the Russian Federation: a success story or a failure story? *Science of the Young (Eruditio Juvenium)*. 2024;(3):386—396. DOI: 10.23888/HMJ2024123386-396

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 14.11.2024; одобрена после рецензирования 13.12.2024; принята к публикации 28.05.2025.

The article was submitted 14.11.2024; approved after reviewing 13.12.2024; accepted for publication 28.05.2025.