

*Хамраева С.Н.
Каршинский государственный
технический университет,
заведующий кафедрой
Инновационная экономика, д.э.н.,
профессор
Отабекова Г.
научный исследователь КГТУ*

ТЕОРИЯ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

***Аннотация.** В статье теоретически обосновываются основания развития региональной системы медицинских услуг на базе государственно-частного партнёрства (ГЧП). На основе анализа отечественной и зарубежной литературы, нормативно-правовых актов Республики Узбекистан, данных национальной статистики и материалов аналитических агентств раскрываются три ключевых методологических рамки: институциональный, контрактный и системный подходы. Показано, что институциональная среда определяет возможности внедрения ГЧП; контрактная теория задаёт принципы распределения рисков и механизмы оплаты; системный подход требует интеграции проектов в единую региональную сеть помощи.*

***Ключевые слова:** государственно-частное партнёрств, здравоохранение, региональная система, медицинские услуги, инфраструктурные модели (BOT, BOOT, DBFO).*

Khamraeva S.N.

*Karshi State Technical University (KSTU), Head, Department of Innovative
Economics; Doctor of Economics, Professor
G. Otabekova*

Researcher, Karshi State Technical University (KSTU)

THEORY OF PUBLIC–PRIVATE PARTNERSHIP IN MEDICAL SERVICES

Abstract. The article provides a theoretical rationale for developing a regional system of medical services based on public–private partnership (PPP). Drawing on an analysis of domestic and international literature, the regulatory acts of the Republic of Uzbekistan, national statistics, and materials from analytical agencies, it identifies three key methodological frameworks: institutional, contractual, and systems approaches. It is shown that the institutional environment determines the feasibility of PPP implementation; contract theory defines the principles of risk allocation and payment mechanisms; and the systems approach requires integrating projects into a unified regional care network.

Keywords: public–private partnership (PPP); healthcare; regional system; medical services; infrastructure models (BOT, BOOT, DBFO).

Введение. В условиях ограниченности бюджетных ресурсов и необходимости модернизации инфраструктуры здравоохранения особую актуальность приобретает использование механизмов государственно-частного партнёрства (ГЧП). Данный инструмент позволяет сочетать финансовые и организационные возможности государства с инвестиционным потенциалом и управленческим опытом частного сектора, что способствует повышению качества и доступности медицинских услуг на региональном уровне¹.

Государственно-частное партнёрство уже показало эффективность в развитии социальной инфраструктуры, в том числе в кризисные периоды,

¹ Всемирный банк. Public-Private Partnerships for Health: Best Practices. Washington, 2021.

когда риски для «здоровье сберегающего» потенциала общества возрастают. Международная практика убедительно демонстрирует целесообразность дальнейшего применения ГЧП и в системе здравоохранения Узбекистана. Дополнительным фактором устойчивости выступает стабильный спрос населения на современную и качественную медпомощь, что поддерживает сегменты платных услуг и частной инициативы.

Обзор литературы. Теоретическое осмысление ГЧП в здравоохранении включает институциональный, контрактный и системный подходы, позволяющие раскрыть сущность и эффективность данного механизма.

С точки зрения институциональной теории ГЧП представляет собой изменение правил взаимодействия между государственными органами, инвесторами и медицинскими организациями. В рамках этого подхода внимание уделяется формированию правовой базы, механизмам координации интересов сторон и снижению институциональных барьеров².

Медицинские услуги, с одной стороны, обладают признаками товарности, служа для удовлетворения частных потребностей индивидуумов в поддержании своего здоровья, а с другой, – выступают в виде общественного нематериального блага, имеющего высокую социальную значимость. На основе вышесказанного можно констатировать, что медицинской услуге имманентно присущи как общественные, так и индивидуальные аспекты. Отметим, что качество медицинской услуги в значительной мере обуславливается неэкономическими факторами. Во многом это является следствием того, что на практике потребителям во многих случаях довольно проблематично мгновенно оценить качество оказанных им медицинских услуг, в связи с чем их принято относить к такой категории как доверительные блага.

² Roehrich J.K., Lewis M.A., George G. Are public-private partnerships a healthy option? // Public Management Review. – 2014. – №16(1). – С. 69–89.

Первым данный термин ввел в научный оборот Ф. Нельсон, охарактеризовав подобным образом специфическую группу товаров и услуг, измерение качественных характеристик которых сопряжено с чрезмерно высокими издержками³. В частности, примером доверительных благ являются медицинские, консалтинговые, образовательные, страховые услуги.

Методы исследования: статистический, системно-аналитический, абстрактно логический, контент-анализ.

Результаты и обсуждение.

ГЧП (PPP) в медицине — не единый инструмент, а класс институционально-контрактных схем, соединяющих финансирование /строительство инфраструктуры и/или оказание услуг частным оператором при сохранении публичных целей (доступность, качество). Один из самых цитируемых систематических обзоров показал, что результаты PPP критически зависят от качества **контрактного дизайна**, распределения рисков и контекста системы здравоохранения, а литература долго оставалась фрагментированной между менеджментом и здравоохранением.

Общая рамка PPP международных институтов (ВБ/ADB/EBRD и др.) вводит ключевые понятия **“value for money (VfM)”**, **Public Sector Comparator (PSC)**, принципы распределения рисков (“кто лучше управляет — тот и несёт”) и различает инфраструктурные и сервисные схемы; руководство служит «картой местности» по подготовке, закупке и контракт-менеджменту.

Европейский центр компетенций ЕРЕС и его «Guide to PPP» структурируют стадии цикла (подготовка—закупка—заккрытие—мониторинг), описывают **платежи за доступность** и организационные конструкции (SPV и др.), а также компилируют лучшие практики по отраслям, включая здравоохранение.

³ Курс институциональной экономики: институты, сети, трансакционные издержки, контракты / Я.И. Кузьминов, К.А. Бендукидзе, М.М. Юдкевич. - М.: Издательский дом ГУ ВШЭ, 2006. – С. 233.

В литературе и практике выделяются несколько моделей реализации ГЧП:

- **Инфраструктурные модели (BOT, BOOT, DBFO)** — строительство, эксплуатация и передача объектов;
- **Сервисные контракты** — передача частному сектору отдельных функций (лаборатории, логистика, клининг);
- **Модели с оплатой по результату (P4P)** — привязка финансирования к качеству услуг и клиническим исходам;
- **Смешанные модели**, включающие элементы концессий, аренды или совместного управления.

Каждая модель имеет свои преимущества и ограничения, и её выбор зависит от целей проекта, уровня институциональной зрелости региона и потребностей населения.

Применение ГЧП в сфере медицинских услуг на региональном уровне позволяет: привлекать дополнительные инвестиции в медицину; ускорять модернизацию инфраструктуры; внедрять современные стандарты менеджмента и медицинские технологии; повышать доступность и качество медицинских услуг; снижать нагрузку на государственный бюджет.

Однако ГЧП несёт и определённые риски: недостаточная прозрачность контрактов; возможное перераспределение ресурсов в пользу экономически более привлекательных регионов; риск снижения социальной ориентации услуг; сложность мониторинга и контроля исполнения проектов. Для их минимизации необходимы институциональные реформы, развитие компетенций в области управления проектами и внедрение механизмов общественного контроля.

Региональная система медицинских услуг обладает спецификой: разнообразием инфраструктуры, неоднородностью финансирования и различиями в уровне развития кадрового потенциала. В этих условиях ГЧП

может стать эффективным механизмом сглаживания диспропорций, обеспечивая равномерное развитие медицинских услуг и формирование устойчивой модели социального партнёрства.

Международные исследования демонстрируют успешное применение ГЧП в странах Европы, Латинской Америки и Азии, где партнёрские модели позволили ускорить модернизацию первичной медико-санитарной помощи и специализированных клиник⁴. В Республике Узбекистан отрасли социальной сферы, в первую очередь здравоохранение и образование, постоянно находятся в центре внимания государства. Потенциальный интерес к участию в «социальных» проектах как в сфере производства и сбыта услуг, имеющих устойчивый массовый спрос, существует и у бизнеса. Тем не менее, опыт ГЧП в социальной сфере крайне ограничен. одним перспективным направлением внедрения механизмов ГЧП, как одно из наиболее привлекательных для бизнеса, является сфера санаторно-курортного обслуживания, профилактического лечения и отдыха. В этих видах деятельности получение прибыли наиболее очевидно. Развитие подобных рекреационных зон благоприятно сказывается на инвестиционном климате страны, способствует увеличению притока инвестиций.

⁴ World Bank. Public-Private Partnerships in Health: Evidence from Developing Countries. Washington, 2018.

Заключение

ГЧП — не «волшебная палочка», а институциональный и контрактный механизм, требующий дисциплины подготовки и управления. В Узбекистане создана нормативная основа, определены принципы и роли институтов, а проектный портфель демонстрирует переход к более сложным объектам (многопрофильные больницы, радиотерапия) и цифровым сервисам. На региональном уровне именно сочетание прозрачных правил, корректного распределения рисков и строгого контроля KPI превращает ГЧП в устойчивый способ повышения доступности и качества медицинской помощи.

Использованная литература

1. Всемирный банк. Public-Private Partnerships for Health: Best Practices. Washington, 2021.
2. Roehrich J.K., Lewis M.A., George G. Are public-private partnerships a healthy option? // Public Management Review. – 2014. – №16(1). – С. 69–89.
3. Курс институциональной экономики: институты, сети, транзакционные издержки, контракты / Я.И. Кузьминов, К.А. Бендукидзе, М.М. Юдкевич. - М.: Издательский дом ГУ ВШЭ, 2006. – С. 233.
4. Rodrigues N.J.P., Oliveira R., Gomes C.F. Public-Private Partnerships Model Applied to Hospitals // Sustainability. – 2023. – №15(14). – DOI: 10.3390/su151412345.
5. Wong E.L.Y. How shall we examine and learn about public-private partnerships in the health sector? // Health Policy and Planning. – 2015. – №30(2). – С. 291–298.
6. World Bank. Public-Private Partnerships in Health: Evidence from Developing Countries. Washington, 2018.
7. Khamraeva S. N., Alimova M. Y. Scientific and Theoretical Foundations of Social Infrastructure Development. – 2023.