

УДК 336.5:614.2

ИНВЕСТИЦИИ В ОМС: МОДЕЛИ ГЧП КАК ДРАЙВЕР РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ

Моисеева М.М.¹, студентка гр. БМ23-01, III курс, Молоткова В.Е.², студентка гр. БМ23-01, III курс

Научный руководитель: Легенькова Н.М.¹, ст. преподаватель

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации»
г. Волгоград

Аннотация. В статье анализируется применение механизмов государственно-частного партнерства в здравоохранении в условиях их интеграции с системой обязательного медицинского страхования. На основе статистических данных (50 концессий на 70 млрд руб.) и анализа нормативных изменений 2024–2025 гг. выявлена ключевая проблема отрасли — отсутствие законодательных гарантий возврата частных инвестиций через тарифы ОМС. Описан механизм ее решения — модель минимального гарантированного дохода. Систематизированы риски участников проектов и преимущества ГЧП для регионов, определены перспективные направления развития механизма.

Ключевые слова: государственно-частное партнерство, концессионное соглашение, обязательное медицинское страхование, медицинская инфраструктура, тариф ОМС, минимальный гарантированный доход.

Система здравоохранения Российской Федерации сегодня сталкивается с объективным противоречием. С одной стороны, программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи ежегодно расширяется, растут ожидания населения. С другой — темпы обновления материально-технической базы государственных медицинских организаций остаются недостаточными, износ основных фондов достигает критических значений, а возможности бюджетного финансирования ограничены дефицитом региональных бюджетов.

В этих условиях механизмы государственно-частного партнерства (ГЧП) и концессионные соглашения перестали восприниматься как экзотическая альтернатива бюджетным инвестициям. Сегодня это институционально оформленный инструмент привлечения внебюджетных средств в создание и модернизацию объектов медицинской инфраструктуры. Масштабы явления измеримы: по данным Минэкономразвития России, на 2024 год в сфере здравоохранения реализуется 50 концессионных соглашений с общим объемом инвестиционных обязательств 70 млрд рублей. В общей сложности на территории РФ реализуются или успешно завершены 4,2 тыс. концессионных соглашений на 6,8 трлн рублей [1].

Однако количественные показатели не должны создавать иллюзию бесконфликтности. Текущий этап развития ГЧП в здравоохранении характеризуется переходом от простых инвестиционных контрактов к сложным концессионным моделям, в рамках которых частный партнер не только создает объект, но и впоследствии оказывает на его базе медицинскую помощь в системе ОМС, возвращая инвестиции за счет средств страховых медицинских организаций. Именно эта, наиболее перспективная модель, столкнулась с жесткими нормативными ограничениями, потребовавшими корректировки федерального законодательства.

В российской правовой системе базовыми формами реализации инфраструктурных проектов выступают концессионное соглашение (Федеральный закон № 115-ФЗ) и соглашение о ГЧП (Федеральный закон № 224-ФЗ). Принципиальное различие — в распределении прав собственности: при концессии объект остается в государственной собственности, соглашение о ГЧП допускает временное нахождение объекта в частной собственности [5].

Применительно к здравоохранению проекты ГЧП классифицируются по двум основаниям. По объектному признаку выделяются проекты создания новых медицинских центров, реконструкции существующих объектов, а также инвестиционные контракты на оснащение оборудованием. По способу возврата инвестиций различают проекты с прямыми бюджетными платежами (плата концедента), смешанные модели и эксплуатационные модели, где возврат инвестиций осуществляется полностью за счет выручки от деятельности в системе ОМС либо платных услуг.

Последняя группа представляет наибольший интерес. Ее преимущество для публичной стороны очевидно: отсутствие единовременных бюджетных расходов на создание объекта. Частный партнер принимает на себя полный цикл — от проектирования до оказания медицинской помощи, а возврат вложенных средств осуществляется распределенными во времени платежами страховых организаций в рамках территориальной программы ОМС.

Однако здесь возникает фундаментальная правовая коллизия. В соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» тарифы на оплату медицинской помощи являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, независимо от формы собственности. Объемы предоставления медицинской помощи не могут гарантироваться конкретной организацией на долгосрочный период — они распределяются ежегодно комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

Таким образом, концессионер, осуществивший многомиллионные инвестиции, не имеет законодательных гарантий того, что его организация будет ежегодно получать достаточные объемы помощи, что тарифы ОМС будут покрывать не только операционные расходы, но и возврат инвестиций. Прямое включение в концессионное соглашение условий о гарантированных объемах или тарифах по ОМС юридически ничтожно.

Долгое время это противоречие рассматривалось как основной барьер развития ГЧП в здравоохранении. Однако практика нашла способ его преодоления — модель минимального гарантированного дохода (МГД), которую также называют платой концедента, уменьшаемой на выручку от ОМС.

Сущность модели проста. Поскольку частный партнер не может получить юридически обязывающие гарантии выручки от системы ОМС, публичный партнер предоставляет ему прямые финансовые гарантии из бюджета. В концессионном соглашении фиксируется, что совокупный ежегодный доход концессионера от эксплуатации объекта не должен опускаться ниже определенного порога. Если фактические доходы ниже, регион выплачивает недостающую сумму. Юридически эти выплаты — исполнение обязательств публичного партнера по концессионному соглашению, что соответствует нормам Федерального закона № 115-ФЗ [4].

Модель выгодна всем. Инвестор получает прогнозируемый денежный поток. Регион — отсутствие единовременных капитальных затрат и распределение бюджетной нагрузки во времени. Пациенты — сохранение бесплатной медицинской помощи. Профессиональное сообщество и федеральные органы власти признали эту модель допустимой и эффективной.

Параллельно с выработкой рыночных механизмов адаптации происходили институциональные изменения. В августе 2024 года Правительство РФ внесло в Госдуму законопроект, направленный на системное регулирование ГЧП в здравоохранении. В декабре 2024 года документ принят в первом чтении. Законопроект вносит изменения в законы № 115-ФЗ, № 224-ФЗ и № 326-ФЗ, устанавливая особый порядок подготовки и исполнения концессий и соглашений о ГЧП в отношении объектов здравоохранения [6].

Новеллы законопроекта: во-первых, запрет на концессии в отношении единственных в муниципальном образовании государственных медорганизаций, оказывающих специализированную помощь по 19 профилям (онкология, хирургия, инфекционные заболевания и др.). Цель — исключить риски неполучения гражданами жизненно важной помощи по ОМС. Во-вторых, обязательное согласование проектов концессий и ГЧП с Минздравом РФ. В-третьих, запрет на перечисление средств ОМС, полученных концессионером, на счета в иностранных банках. Условия распространяются только на новые соглашения.

В сентябре 2024 года Национальный Центр ГЧП направил Председателю Правительства РФ резолюцию с пакетом мер, позиционируемых как «перезагрузка» модели ГЧП. В их числе — разработка национальной программы развития инфраструктуры с использованием ГЧП, создание проектного офиса, расширение применения госгарантий, вовлечение банков в льготное финансирование ГЧП-проектов, легализация механизмов квази-ГЧП (офсетные контракты, СЗПК, СПИК). Ожидаемый эффект — запуск более 500 проектов на сумму свыше 1 трлн рублей к 2026 году [2].

Оценивая преимущества и риски участия в ГЧП-проектах для обеих сторон, необходимо отметить следующее. Для публичного партнера ключевые

выгоды — экономия бюджетных средств на этапе создания объекта, ускорение ввода объектов (сроки строительства в рамках концессий на 30–40% короче бюджетных циклов), распределение бюджетной нагрузки во времени, повышение качества управления и снятие с государства эксплуатационных рисков. Для частного партнера привлекательность обусловлена долгосрочным характером соглашений (10–25 лет), наличием публичного партнера, снижающего регуляторные риски, возможностью комбинирования доходов от ОМС и платных услуг, а также социальной значимостью проектов.

Однако набор рисков концессионера остается существенным. Тарифный риск связан с нерегулярной индексацией тарифов ОМС. Риск недостижения объемов возникает вследствие изменения эпидемиологической обстановки, перераспределения потоков пациентов, кадрового дефицита. Регуляторный риск обусловлен ужесточением лицензионных требований. Макроэкономический риск проявляется в росте стоимости заемного финансирования и инфляции издержек [3].

Анализ текущей ситуации позволяет выделить перспективные направления развития ГЧП в здравоохранении. Первое — цифровизация и телемедицина: создание региональных телемедицинских систем, центров обработки данных на основе концессий обладает высоким потенциалом и не подпадает под ограничения по профилям. Второе — лабораторная диагностика: централизованные лабораторные службы обеспечивают доступность диагностики для населения отдаленных территорий. Третье — медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, востребованные в связи с ростом продолжительности жизни. Четвертое — офсетные контракты в медицинской промышленности: инвестор создает производство медицинских изделий или лекарств в обмен на гарантированные закупки. Пятое — кадровое ГЧП: долгосрочное сотрудничество регионов и инвесторов в подготовке медицинских кадров.

Заключение. Проведенный анализ подтверждает, что ГЧП в сфере здравоохранения, интегрированное с системой ОМС, является востребованным инструментом привлечения инвестиций, о чем свидетельствуют 50 концессионных проектов на 70 млрд руб. Ключевая правовая коллизия — невозможность гарантирования частному партнеру объемов и тарифов ОМС — сегодня успешно преодолевается через договорную модель минимального гарантированного дохода. Принятие нового законопроекта (2024–2025 гг.) станет важной вехой, вводящей отраслевую специфику в концессионное законодательство и защищающей публичные интересы. Дальнейшее развитие механизма будет определяться балансом между потребностью в инвестициях и сохранением социальных гарантий, при этом выработанные решения (модель МГД, квази-ГЧП) уже создают основу для устойчивого роста.

Список литературы

1. Госдума поддержала законопроект о механизме ГЧП в здравоохранении [Электронный ресурс] // Эксперт. — 2024. — 11 дек. — URL: <https://expert.ru/obshchestvo/gosduma-uzhestochit-ispolzovanie-mekhanizma-gchp-v-zdravookhranении/> (дата обращения: 13.02.2026).

2. ГЧП прописана перезагрузка [Электронный ресурс] // Национальный Центр ГЧП. – 2022. – URL: <https://pppcenter.ru/press-tsentr/smi/gchp-propisana-perezagruzka/> (дата обращения: 13.02.2026).

3. Правительство внесло в Госдуму проект закона об ограничении концессий в здравоохранении [Электронный ресурс] // Vademec. – 2024. – 2 сент. – URL: <https://vademec.ru/news/2024/09/02/pravitelstvo-vneslo-v-gosdumu-proekt-zakona-ob-ogranichenii-kontsessiy-v-zdravookhranении/> (дата обращения: 13.02.2026).

4. Федеральный закон от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях» (ред. От 08.08.2024) // Собрание законодательства РФ. – 2005. – № 30 (ч. II). – Ст. 3126.

5. Федеральный закон 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» (ред. От 08.08.2024) // Собрание законодательства РФ. – 2015. – № 29 (ч. I). – Ст. 4350.

6. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред. От 25.12.2024) // Собрание законодательства РФ. – 2010. – № 49. – Ст. 6422.