



Получена: 08.08.2024/ Принята: 05.09.2024/ Опубликовано online: 28.09.2024

УДК 338.246.025:334.012.64(574)

DOI: [10.26212/2227-1937.2024.72.27.014](https://doi.org/10.26212/2227-1937.2024.72.27.014)

М. Алимбетова<sup>1,3</sup> ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-0397-2501>

К. Куракбаев<sup>1</sup>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8117-6846>

Ж.Исмаилов<sup>2,3</sup>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3093-7331>

Э. Берикова<sup>3</sup>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7158-1138>

<sup>1</sup>Казахстанский медицинский университет «Высшая школа общественного здравоохранения», Алматы, Казахстан

<sup>2</sup>«Международная академия медицины и наук», Алматы, Казахстан

<sup>3</sup>Алматинская многопрофильная клиническая больница, Алматы, Казахстан

## ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В МИРЕ И ПО РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

**Введение.** За последнее десятилетие использование государственно-частного партнерства (ГЧП) во всем мире значительно возросло. Тем не менее, вопрос о предполагаемых выгодах и реальных результатах от их внедрения остается предметом обсуждений и научных споров. Многочисленные исследования подчеркивают различные преимущества и вызовы, связанные с реализацией проектов ГЧП, указывая на необходимость дальнейшего анализа и адаптации подходов в разных странах и контекстах.

**Цель исследования:** Изучить опыт реализации проектов государственно-частного партнерства в мировой практике и в Республике Казахстан, а также оценить влияние и потенциал таких проектов в рамках национальной экономики.

**Материалы и методы.** Стратегия поиска. Были изучены статьи, находящиеся в открытом доступе, с использованием следующих баз данных научных публикаций и специализированных поисковых систем глубиной за последние 25 лет: Pubmed, Medline, Google Scholar, Mendeley, EMBASE, ClinicalTrial, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Elibrary, CyberLeninka

**Результаты.** По запросу было найдено 156 публикаций, критериям включения соответствовали 99 из них. Анализ международной литературы показал важность и результативность применения модели государственно-частного партнерства для многих стран особенно со средним и низким уровнем дохода. Оценено улучшение показателей работы больниц и работы, оказываемой на уровне первичной медико-санитарной помощи, сюда входит не только непосредственная диагностика и лечение, а также профилактика, пропаганда и работа с населением в целом. Выделены индикаторы оценки эффективности государственно-частного партнерства. Изучение доступной литературы в Республике Казахстан практически не дало информации об эффективности уже реализованных проектах государственно-частного партнерства в здравоохранении, основанных на анализе фактических данных, имеющиеся данные в основном имеют обзорный характер. Основа нормативно-правового регулирования государственно-частного партнерства (началась еще с закона «О концессиях» в 2006 году), но в настоящий момент все еще не совершенна и требует усовершенствования.

**Заключение.** В целом имеются существенные пробелы знаний во многих вопросах регулирования, оценки эффективности и применения различных моделей государственно-частного партнерства, которые все еще требуют изучения.

**Ключевые слова:** государственно-частное партнерство, стационарная помощь, первичная медико-санитарная помощь, индикаторы, эффективность.

М. Алимбетова<sup>1,3</sup>, К. Куракбаев<sup>1</sup>, Ж.Исмаилов<sup>2,3</sup>, Э. Берикова<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Қазақстандық медицина университеті «Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі», Алматы қ., Қазақстан Республикасы

<sup>2</sup> «Медициналық ұйымдардың Қазақстандық альянсы» Республикалық қоғамдық бірлестігі», Алматы қ., Қазақстан Республикасы

<sup>3</sup> Алматы көпсалалы клиникалық аурухана, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

## ӘЛЕМДЕ ЖӘНЕ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА МЕМЛЕКЕТТІК-ЖЕКЕШЕЛІК ӘРІПТЕСТІКТІ ЕНГІЗУ ТӘЖІРИБЕСІ

**Түйін:**

**Кіріспе.** Соңғы онжылдықта мемлекеттік-жекешелік әріптестікті пайдалану айтарлықтай өсті. Бірақ қазіргі уақытта мемлекеттік-жекешелік әріптестіктің болжамды пайдасы және оларды пайдаланудан алынған пайда туралы мәселе әлі де қиын болып қала береді.

**Зерттеу мақсаты:** әлемде және Қазақстан Республикасында мемлекеттік-жекешелік әріптестік жобаларын енгізу тәжірибесін зерделеу.

**Материалдар мен әдістер.** Іздеу стратегиясы. Ашық қолжетімді мақалалар соңғы 25 жыл ішінде тереңдетілген ғылыми жарияланымдар мен мамандандырылған іздеу жүйелерінің келесі дерекқорлары арқылы зерттелді: Pubmed,

Medline, Google Scholar, Mendeley, EMBASE, ClinicalTrial, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Elibrary, CyberLeninka.

**Қосылу критерийлері:** Дәлелдер деңгейі А, В жарияланымдары: мета-талдаулар, жүйелі шолулар, когорттық және қималық зерттеулер, нақты деректерге негізделген сараптама қорытындылары, мемлекеттік-жекешелік әріптестік бойынша Қазақстан Республикасының нормативтік құжаттары.

**Алып тастау критерийлері:** қысқа хабарламалар, жарнамалық мақалалар түріндегі сарапшылық пікір.

**Зерттеу нәтижелері:** Сұраныс бойынша 156 басылым табылды, олардың 99-ы қосу критерийлеріне сәйкес келді. Халықаралық әдебиеттерді талдау көптеген елдер үшін, әсіресе табысы орташа және төмен елдер үшін мемлекеттік-жекешелік әріптестіктің моделін қолданудың маңыздылығы мен тиімділігін көрсетті. Ауруханалар мен алғашқы медициналық-санитарлық көмек деңгейінде көрсетілетін жұмыс көрсеткіштерінің жақсаруы бағаланды, оған тікелей диагностика мен емдеу ғана емес, сонымен қатар профилактика, насихаттау және жалпы Халықпен жұмыс кіреді. мемлекеттік-жекешелік әріптестіктің тиімділігін бағалау индикаторлары бөлінді. Қазақстан Республикасында қолжетімді әдебиеттерді зерделеу іс жүзінде нақты деректерді талдауға негізделген денсаулық сақтауда іске асырылған мемлекеттік-жекешелік әріптестікті жобаларының тиімділігі туралы ақпарат бермеді, қолда бар деректер негізінен шолу сипатына ие. мемлекеттік-жекешелік әріптестіктің нормативтік-құқықтық реттеудің негізі 2006 жылы "Концессиялар туралы" заңнан басталды, бірақ қазіргі уақытта әлі жетілмеген және жетілдіруді қажет етеді.

**Қорытынды.** Тұтастай алғанда, мемлекеттік-жекешелік әріптестіктің әртүрлі модельдерін реттеу, тиімділігін бағалау және қолданудың көптеген мәселелеріндегі білімнің айтарлықтай олқылықтары әлі де зерттеуді қажет етеді.

**Түйінді сөздер:** мемлекеттік-жекешелік әріптестік, стационарлық көмек, Алғашқы медициналық-санитарлық көмек, индикаторлары, тиімділігі

M. Alimbetova<sup>1,3</sup>, K. Kurakbayev<sup>1</sup>, Zh. Ismailov<sup>2,3</sup>, E. Berikova<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Higher School of Public Health, Almaty, Kazakhstan

<sup>2</sup>«International Academy of medicine and sciences», Almaty, Kazakhstan

<sup>3</sup>Almaty Multidisciplinary Clinical Hospital, Almaty, Kazakhstan

#### EXPERIENCE IN THE IMPLEMENTATION OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS IN THE WORLD AND THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

##### Abstract

**Background.** The use of Public-Private Partnerships has increased significantly over the past decade. However, the expected benefits of Public-Private Partnerships and the benefits derived from their use remain a subject of debate.

**Purpose of the study.** The purpose of this study is to examine the experience of implementing public-private partnership projects in the world and the Republic of Kazakhstan.

**Materials and methods of study.** Articles in the public domain were studied using the following databases of scientific publications and specialized search engines: Pubmed, Medline, Google Scholar, Mendeley, EMBASE, ClinicalTrial, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Elibrary, and CyberLeninka.

Publications at evidence levels A and B, including meta-analyses, systematic reviews, cohort and cross-sectional studies, expert reports based on factual data, and regulatory documents of the Republic of Kazakhstan on Public-Private Partnerships, were included.

Expert opinions expressed in short messages and advertising articles were excluded.

**Results.** A total of 156 publications were found, of which 99 met the inclusion criteria. An analysis of the international literature revealed the importance and effectiveness of the Public-Private Partnership model for many countries, particularly those with middle- and low-income levels. Improvements in hospital performance and primary healthcare services were assessed, including direct diagnosis and treatment, prevention, advocacy, and work with the general population. Indicators for evaluating the effectiveness of Public-Private Partnerships were highlighted.

The study of the available literature in the Republic of Kazakhstan provided limited information on the effectiveness of already implemented Public-Private Partnership projects in healthcare. Based on the analysis of evidence, the available data are primarily of an overview nature. The regulatory framework for Public-Private Partnerships in Kazakhstan began with the law "On Concessions" in 2006, but it is still not perfect and requires improvement.

**Conclusion.** Overall, significant knowledge gaps persist in many areas related to regulation, efficiency assessment, and the application of various Public-Private Partnership models. Further research is needed to address these gaps.

**Keywords:** Public-Private Partnership, Hospitalization, Primary Health Care, Indicators, Efficiency.

##### Введение.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дала определение системе здравоохранения как «все организации, учреждения и ресурсы, которые занимаются деятельностью в области здравоохранения». Это определение подразумевает всех участников, которые обеспечивают предоставление медицинских услуг, их финансирование и реализацию [1]. Укрепление системы здравоохранения - это достижение доступа, охвата, качества и безопасности с помощью инициатив и стратегий, обеспечивающих улучшение функции системы здравоохранения [2]. Государственно-частное партнерство (ГЧП) – стратегия закупок, когда используются возможности частного сектора в развитии, финансировании и предоставлении государственных услуг с использованием частной инфраструктуры [3,4]. Впервые такая модель была принята в начале 1980-х годов в Соединенном Королевстве во время мирового экономического кризиса [5]. К официальным частным поставщикам услуг относятся «коммерческие» больницы и практикующие врачи, работающие не по найму, а также «некоммерческие» неправительственные организации (НПО) [6]. Многими странами используется частный сектор для удовлетворения спроса на медицинские услуги, особенно

услуг первичной медико-санитарной помощи в условиях постоянно меняющейся социально-экономической среды, что особенно актуально в странах с низким и средним уровнем дохода [2,6].

За последнее десятилетие использование ГЧП значительно выросло, однако в настоящее время вопрос о предполагаемых выгодах от ГЧП и выгодах, получаемых от их использования, все еще остается дискуссионным [1], особенно в сфере здравоохранения (например, в больницах). Кроме того, среди ученых остается спорным вопрос о моделях регулирования ГЧП [7-10]. Часто экономико-финансовый анализ противопоставляется восприятию качества и удовлетворенности услугами, особенно при принятии решений о начале или продлении проекта ГЧП. Помимо открытых спорных вопросов, данных об эффективности, рисках и методах их оценки на сегодняшний день недостаточно [11-14], существует значительный пробел в знаниях. Для лиц, принимающих решения, доступно мало информации об условиях, при которых модель ГЧП может принести благоприятные результаты. Кроме того, опыт других стран не всегда применим в конкретных социально-экономических условиях и вопросах правового регулирования конкретной страны. Несмотря на то, что модель ГЧП очень популярна среди ученых, доступная в настоящее время литература по-прежнему фрагментирована и не дает систематической доказательной картины практически ни по одному вопросу о ГЧП. В секторе здравоохранения, необходим целостный анализ работы больниц, учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, понимание и индикаторы оценки эффективности ГЧП, а также оценки и прогнозирования рисков [3,15].

**Цель исследования:** изучить опыт внедрения проектов государственно-частного партнерства в мире и Республике Казахстан.

Для решения поставленной цели были выделены следующие вопросы:

1. Особенности оказания услуг стационарной помощи в рамках ГЧП;
2. Особенности оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях ГЧП;
3. Особенности использования ГЧП в здравоохранении Республики Казахстан.

В реализации оказания качественной помощи с высокой социальной ответственностью, с использованием инфраструктуры и других возможностей частного предпринимательства, стратегия государственно-частного партнерства, можно сказать, была наиболее оптимальным решением обозначенных проблем. В ограниченных ресурсах условиях для политики здравоохранения ГЧП стало идеальным решением, однако безусловно реализация такой стратегии имеет кроме выгод определенные риски, которые еще предстоит оценить [7-10].

ГЧП условно разделено на четыре модели. Первая модель – инфраструктуры, подразумевает проектирование, строительство, финансирование, аренда, эксплуатация, передача. Модель предоставления услуг основана на внутренних и внешних контрактах, обеспечивающая управление, совместное размещение, передача права на предпринимательства с использованием бизнес-модели. Модель финансовой защиты предусматривает страхование (социальное, общественное), использование купонов, ваучеров. Другие модели включали исследования, образование, телемедицину, наращивание потенциала [16].

Исследования последних лет показали противоречивые результаты эффективности ГЧП, некоторые исследования подтверждают улучшение качества оказания медицинских услуг, удовлетворенность населения, тогда как другие не демонстрировали значимых различий с традиционной моделью и более того, имели худшие результаты [17,18].

#### **Индикаторы эффективности ГЧП**

*Общее количество пациентов, которые получили лечение.* В исследовании *Holden D.J. и соавторов* одним из показателей эффективности ГЧП было количество недублированных онкологических пациентов, которое увеличилось примерно на одну треть с 1-го по 3-й год для четырех объектов (процент увеличения с 29,1% до 36,8%); остальные четыре объекта сообщили об увеличении от 1,9% до 20,1%. В ходе пилотного проекта в центрах 3 и 4 наблюдалось снижение количества пациентов с раком (-18,3% и -0,3% соответственно) [16].

В исследовании *Bastani P и соавторов* [17] статистически значимо увеличилось количество хирургических операций после внедрения ГЧП. До внедрения ГЧП 650 пациент/год, после 1061 пациент/год. *Vieira F* доложили об увеличении числа приезжих пациентов из других городов (29%, против 18%) [17,18].

Время ожидания пациента получения услуг. Время ожидания пациентов между выставлением показаний для хирургической операции и реализация значительно сократились, как сообщили *Mendes C. A. и соавторы* [19]. В исследовании *Caballer-Tarazona M.* [20] частота задержки более двух дней при переломе бедра составила 0,169 при условиях ГЧП, тогда как в традиционной больнице 0,588. *Kaliks RA и соавторы* [21] описали результаты исследования в Саудовской Аравии, проведенного в частном центре, где лечение раком молочной железы проходила за счет государственной системы здравоохранения. В условиях государственно-частного партнерства лучевая терапия и адъювантная химиотерапия были начаты в соответствии с международными рекомендациями с минимальной отсрочкой во времени [21].

Для улучшения лечения туберкулеза среди лиц, посещающих частные медицинские учреждения во Вьетнаме, с июня по декабрь 2018 года была реализована инновационная модель взаимодействия государственного и частного секторов. Модель включала: активный скрининг на базе учреждений всех взрослых на наличие симптомов туберкулеза, при выявлении симптомов – рентгенография грудной клетки обученным персоналом, также были взяты образцы мокроты и транспортированы для исследования, участникам было предложено мобильное приложение для сокращения числа случаев выбывания из исследования и улучшения мониторинга со стороны медицинских работников. Дизайн исследования было когортное исследование, где среди 52 078 участников у 368 (0,7%) были симптомы, указывающие на туберкулез, и отклонения от нормы на рентгенограмме. Из них 299 (81%) прошли тестирование и у 103 (34,4%) диагностирован туберкулез. Кроме того, из 195 человек с нормальной рентгенограммой у 7 при исследовании мокроты был выявлен туберкулез. Из 110 диагностированных пациентов с туберкулезом 104 (95%) начали лечение, а у 97 (93%) лечение было успешным. Продолжительность от посещения больницы для постановки диагноза составило – 0 дней, а до начала лечения – 6 дней. Учитывая успех этой модели, национальная программа по борьбе с туберкулезом рассматривает возможность ее внедрения по всей стране после проведения детального анализа экономической эффективности [25].

*Продолжительность пребывания в стационаре.* В нескольких исследованиях продолжительность пребывания в стационаре были индикаторами ГЧП. Так, например, в отчете *Bastani P и соавторов* [17] до внедрения ГЧП время пребывания в стационаре составляло 5,1 дней, после ГЧП – 4,46 [17]. Также *Mendes C. A. и соавторы* использовали этот индикатор как показатель эффективности ГЧП [19].

*Заполняемость койки.* *Bastani P и соавторы*, как показатель эффективности работы больницы Хашеминежад в Иране использовали заполняемость койки, показатели до внедрения ГЧП составили 76,1% после 81,36% [17].

*Коэффициент оборота койки.* В том же исследовании, у *Bastani P и соавторов* использовался коэффициент оборота койки, составив до проекта 4,62, после 5,62 [17].

*Результаты лечения/процедур.* Данный индикатор использовался в большинстве исследований. В ранее упомянутом исследовании [24] у 97 человек, пациентов с туберкулезом, выявленном в результате проекта (93%) лечение было успешным. *Khetrapal S и соавторы* не выявили существенных различий в успешности лечения. Задачей этого исследования было понять среду управления (включая нормативную базу) и условия контрактов; оценить расширение услуг; а также оценить соответствие поставщиков и удовлетворенность пользователей. *Rashtriya Swasthya Bima Yojana* в Индии представляла собой национальную схему медицинского страхования для индийских семей, живущих за чертой бедности, которая должна обеспечить доступ к госпитализации и большую финансовую защиту посредством государственно-частного партнерства. Реализация проекта была изучена в период с 2011 по 2013 год в Патиале (Пенджаб) и Ямунанагаре (Харьяна). Методы включали 20 интервью с ключевыми заинтересованными сторонами, анализ вторичных наборов данных о бенефициарах и претензиях, сбор первичных данных в 31 государственной и частных больницах и более глубокий анализ в 12 больницах, а также выездной опрос 751 пациента. Результаты показывают недостатки регулирования и нарушения договоров, доступ к услугам был ограничен. Разница в процессе оказания медицинской помощи между государственными и частными больницами была небольшой, хотя структурный потенциал частных больниц был лучше, чем у государственных больниц [27].

*Liman H и соавторы* изучили данные 1167 пациентов, из них 252 (21,6%) пациента были с терминальной стадией почечной недостаточности и находились на диализной терапии. В диализном центре в течение 5 месяцев наблюдался перерыв в предоставлении услуг по диализу. Только 38 (15,1%) пациентов поддерживали диализ более 90 дней, а 105 (41,7%) пациентов прошли более трех сеансов гемодиализа. За рассматриваемый период только один пациент был направлен на трансплантацию почки из диализного центра. Работа специализированной больницы Сокото в Кении в условиях ГЧП показала лучшие результаты, чем Федеральный медицинский центр и больницы имени Сэра Яхья с точки зрения доступности услуг, продолжительности гемодиализа и большего количества сеансов гемодиализа ( $\chi^2 = 29,06$ ,  $df = 3$ ,  $P < 0,001$ ) [25].

*Mendes Cde A и соавторами* были проанализированы объем, затраты и клинические результаты пациентов, пролеченных в рамках государственно-частного партнерства в период с апреля 2012 года по июль 2013 года. Все пациенты были прооперированы и находились не менее одного дня в отделении интенсивной терапии частной больницы. Они также участвовали в протоколе исследования, где сравнивались два внутривенных контрастных вещества, используемых в эндоваскулярной хирургии (йодированный контраст и углекислый газ). Всего выполнено 62 эндоваскулярные процедуры. Расходы на больничные и эндоваскулярные материалы были значительно выше по сравнению с суммой, выплачиваемой Единой системой здравоохранения (SUS - Sistema Único de Saúde) в двух из трех изученных групп пациентов. Среди амбулаторных пациентов средний интервал между обращением и операцией составил 15 дней, а у госпитализированных – 7 дней. Все процедуры прошли успешно, без перехода к открытой операции. Новое исследуемое контрастное вещество – углекислый газ – оказалось эффективным и дешевым [19].

*Смертность.* В том же исследовании у *Mendes Cde A и соавторов* % смертности был ожидаемым и составил 12% [19]. *Bastani P и соавторы* также включили показатель смертности как индикатор, который составил до внедрения проекта ГЧП 1,65, после 1,55 [17]. *Vieira F и соавторы* представили клинические результаты и затраты для больных туберкулезом в Национальном справочном центре по туберкулезу Бисау, Гвинея-Бисау, Западная Африка. Было оценено несколько индикаторов, в том числе смертность, которая снизилась с 21% до 6% [26].

*Удовлетворенность пациентов или пользователей больничными услугами в условиях ГЧП.* В исследовании *Khetrapal S.* хотя незначимо, но пациенты все же были больше удовлетворены помощью в условиях ГЧП [24]. Тогда как в исследовании *Балига и др.* респонденты из больницы с моделью ГЧП были значительно более удовлетворены, чем пациенты из традиционной модели (91,2%) по сравнению с (32,1%). Респонденты из больницы с моделью ГЧП были статистически значимо более удовлетворены { $n=529$  (91,2%) против  $n=148$  (32,1%)  $p < 0,001$ }. При учете факторов, оцененных с помощью модели бинарной логистической регрессии данный прогноз подтвердился при учете возраста, пола, образования матери, типа семьи, дней пребывания в больнице и социально-экономического класса {ОШ(ДИ) = 23,58 (16,13-34,48);  $p < 0,001$ }. В больнице с моделью ГЧП время ожидания лечения составило {4,28(2,07-8,82),  $p < 0,001$ } и оценка работы персонала {3,64(1,02-12,99),  $p = 0,04$ } значительно предсказывали удовлетворенность, а также объяснение деталей лечения статистически значимо предсказывало общую удовлетворенность {2,99(1,61-5,54),  $p < 0,001$ } [27].

*Затраты, понесенные больницей за услуги.* *Kaliks RA и другие* отметили, что стоимость, затраченная на диагностику и лечение пациентов по схеме ГЧП (Программа для онкологических пациентов) выше, чем затраты в традиционной больнице [21]. *Mendes Cde A и др.* также отметили, что стоимость пролеченного случая была значительно выше, возмещаемой от государства [19]. Тогда как у *Vieira F. и соавторов* прямые затраты на диагностику туберкулеза (радиология и лаборатория) до внедрения составили: 65,11 долларов США на пациента, а прямые затраты на госпитализацию составили 409,5 долларов США за пациента [26]. *Iyer V и др.* в перекрестном исследовании всех учреждений, где проводились роды в период с июня 2012 года по апрель 2013 года в трех округах выявили 111 частных и 47 государственных объектов. В 90 из 111 частных учреждений за последние три месяца было проведено кесарево сечение, и они имели право на участие в программе ГЧП. Из них 40 (44%) участвовали в программе ГЧП. Исследователями проведен регрессионный анализ по методу Пуассона для оценки коэффициентов распространенности характеристик учреждения, которые предсказывали участие. Оказалось, что центры, где

проводится реже кесарево сечение и акушеры, которые не так давно занимаются частной практикой и выполняют небольшое количество операций чаще участвуют в программах ГЧП. В этих исследованиях затраты на вагинальные роды и КС были значительно выше, чем в медицинских учреждениях, не участвующих в ГЧП [28].

**Выгода.** Мы не нашли достаточно данных, которые акцентировали внимание на приносимой выгоде, чаще упомянуты расходы, которые полностью не покрывались государством. *Karagam S и соавторы* в своем отчете отметили, что с момента внедрения ГЧП больница не приносила прибыли.

В доступной литературе мы практически не нашли исследований эффективности применения ГЧП в РК. Было несколько программ и обзорных статей о внедрении подобных проектов в Казахстане [31,32,33]. Хотя в настоящее время за счет средств Республиканского бюджета оказывается медицинская помощь в частных медицинских центрах, также и в частных ВУЗах можно получить грант на образование, однако конкретных исследований этих проектов, удовлетворенности пользователей этих услуг в доступной литературе нет. В социальных сетях и на форумах описаны определенные жалобы пациентов и врачей, либо положительные отзывы. Например, большинство пользователей жалуется на более отсроченные сроки получения помощи за счет обязательного медицинского страхования, высказывают неудовлетворения качеством оказанной помощи за счет социального страхования. Также существуют проблемы организации хирургической помощи, в случае, если пациент имеет несколько патологических состояний, требующих оперативного вмешательства на стыке двух профессий, либо одной, то оперативное лечение за счет средств Республиканского бюджета он может получить только на одно вмешательство, например удаление полипа мочевого пузыря, если у него сеть киста в почке или миома матки, то он не может одновременно устранить все патологические новообразования ни по порталу, ни за счет софинансирования. Даже в случае, если государство оплачивает определенные материалы для оперативного вмешательства по порталу, но пациент хочет самостоятельно заплатить за материал лучше по качеству, он также не сможет этого сделать ввиду особенностей нормативно-правового регулирования (Приказы: «Предоставление информации об участии в качестве потребителя медицинских услуг и о перечисленных суммах отчислений и (или) взносов в системе обязательного медицинского страхования «от 2020 года №20308; «Об утверждении тарифов на медицинские услуги, предоставляемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования от 30 октября 2020 года № 21550»; «Об утверждении правил и методики формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования» от 22 декабря 2020 года № 21858). Также и со стороны медицинских работников имеются жалобы на недостаточные тарифы на медицинские услуги, ввиду того, что рыночные цены на медицинское оборудование и лекарства растут гораздо быстрее и больше, чем государственные тарифы, несправедливость или отсутствие аудита, неточность или отсутствие правильных кодировок диагнозов, несправедливое распределение средств между медицинскими центрами, несовершенство электронных баз и реестров, отсутствие своевременного финансирования, как следствие приводит к крупным задолженностям. Однако все эти сообщения нет возможности систематизировать ввиду того, что не проведены и не задокументированы исследования в этой области. Нет никаких данных о качестве и результативности крупных проектов в рамках ГЧП, в связи с этим необходимо проведение тщательно спланированных исследований и разработки методов оценки эффективности проектов ГЧП.

**Выводы.** Анализ международной литературы показал важность и результативность применения модели ГЧП для многих стран особенно со средним и низким уровнем дохода. Оценено улучшение показателей работы больниц и работы, оказываемой на уровне первичной медико-санитарной помощи, сюда входит не только непосредственная диагностика и лечение, а также профилактика, пропаганда и работа с населением в целом. Выделены индикаторы оценки эффективности ГЧП, а также систематизированы основные риски. Проведен анализ отечественных источников и нормативно-правовых актов. Выявлены недостатки регулирующей нормативно-правовой базы, что требует пересмотра и внесения возможно некоторых поправок. А также практически отсутствуют исследования о работе и результатах ГЧП в Республике Казахстан.

**Заключение.** В целом имеются существенные пробелы знаний во многих вопросах регулирования, оценки эффективности и применения различных моделей государственно-частного партнерства, которые все еще требуют изучения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance, 2000 [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>
- 2 Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2006. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11728/> Co-published by Oxford University Press, New York.
- 3 Roehrich JK, Lewis MA, George G. Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. Soc Sci Med. 2014 Jul;113:110-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.03.037. Epub 2014 May 6. PMID: 24861412.
- 4 Kaboru BB. Uncovering the potential of private providers' involvement in health to strengthen comprehensive health systems: a discussion paper. Perspect Public Health. 2012 Sep;132(5):245-52. doi: 10.1177/1757913911414770. Epub 2011 Aug 18. PMID: 22991373.
- 5 Efraim Sadka, Public-Private Partnerships — A Public Economics Perspective. CESifo Economic Studies. September 2007; 53(3):466–490. <https://doi.org/10.1093/cesifo/ifm013>
- 6 Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: systematic review of comparative studies. PLoS Med. 2011 Apr;8(4):e1000433. doi: 10.1371/journal.pmed.1000433. Epub 2011 Apr 12. PMID: 21532746; PMCID: PMC3075233.
- 7 Odhiambo CO, van der Puije B, Maina M, Mekonen T, Diallo S, Datema T, Loembe MM, Kebede Y, Ndlovu N, Ondoa P. Examining 7 years of implementing quality management systems in medical laboratories in sub-Saharan Africa. Trop Med Int Health. 2023 Feb;28(2):126-135. doi: 10.1111/tmi.13839. Epub 2022 Dec 14. PMID: 36480459; PMCID: PMC10108081.

- 8 Dubas-Jakóbczyk K, Albrecht T, Behmane D, Bryndova L, Dimova A, Džakula A, Habicht T, Murauskiene L, Scintee SG, Smatana M, Velkey Z, Quentien W. Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries between 2008 and 2019: a comparative analysis. *Health Policy*. 2020 Apr;124(4):368-379. doi: 10.1016/j.healthpol.2020.02.003. Epub 2020 Feb 20. PMID: 32113666.
- 9 Kaiser L, Bartz S, Neugebauer EAM, Pietsch B, Pieper D. Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes in inpatient care: protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2018 Aug 21;7(1):126. doi: 10.1186/s13643-018-0797-3. PMID: 30126451; PMCID: PMC6102939.
- 10 Raman AV, Björkman JW. Public – private partnerships in healthcare. In: Kuhlmann E, Blank RH, Bourgeault IL, et al. (eds). *The palgrave international handbook of healthcare policy and governance*. London: Palgrave Macmillan, 2015; 376–392. [[Google Scholar](#)].
- 11 Van den Hurk M., Hueskes M. Beyond the financial logic: Realizing valuable outcomes in public–private partnerships in Flanders and Ontario. *Environment and Planning C: Politics and Space*. 2017;35(5):784-808. DOI: <https://doi.org/10.1177/0263774X16682237>
- 12 Liu, H. J., Love, P., Smith, J., Sing, M. C. P., & Matthews, J. Evaluation of public–private partnerships: A life-cycle Performance Prism for ensuring value for money. *Environment and Planning C: Politics and Space*. 2018;36(6):1133-1153. DOI: <https://doi.org/10.1177/2399654417750879>.
- 13 Basabih M, Prasojo E, Rahayu AYS. Hospital services under public-private partnerships, outcomes and, challenges: A literature review. *Journal of Public Health Research*. 2022;11(3). doi:10.1177/22799036221115781
- 14 Almalki A., Al-Hanawi M. K. Public private partnerships and collaboration in the health sector in the Kingdom of Saudi Arabia: a qualitative study. *Global J Health Sci*. 2018;10(6):10-20. DOI: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v10n6p10>
- 15 Comendereço-Maaløe M, Ridao-López M, Gorgemans S, Bernal-Delgado E. A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015. *Health Policy*. 2019 Apr;123(4):412-418. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.11.009. Epub 2018 Nov 27. PMID: 30554791.
- 16 Holden DJ, Reiter K, O'Brien D, Dalton K. The strategic case for establishing public-private partnerships in cancer care. *Health Res Policy Syst*. 2015 Oct 14;13:44. doi: 10.1186/s12961-015-0031-x. PMID: 26462913; PMCID: PMC4604611.
- 17 Bastani P, Barati O, Sadeghi A, Ramandi S, Javan-Noughabi J. Can public-private partnership (PPP) improve hospitals' performance indicators? *Med J Islam Repub Iran*. 2019 Feb 11;33:4. doi: 10.34171/mjiri.33.4. PMID: 31086783; PMCID: PMC6504942.
- 18 Vieira F, Sanha MS, Riccardi F, Colombatti R. Short term advantages of a public-private partnership for tuberculosis in Guinea bissau: reduction of mortality and increased diagnostic capacity. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2014 Jul 1;6(1):e2014049. doi: 10.4084/MJHID.2014.049. PMID: 25045457; PMCID: PMC4103500.
- 19 Mendes Cde A, Martins Ade A, Teivelis MP, Kuzniec S, Wolosker N. Public private partnership in vascular surgery. *Einstein (Sao Paulo)*. 2014 Sep;12(3):342-6. doi: 10.1590/s1679-45082014gs3029. PMID: 25295457; PMCID: PMC4872947.
- 20 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 Dec;6(1):17. doi: 10.1186/s13561-016-0095-5. Epub 2016 May 14. Erratum in: *Health Econ Rev*. 2016 Dec;6(1):20. doi: 10.1186/s13561-016-0098-2. PMID: 27180236; PMCID: PMC4870542.
- 21 Kaliks RA, Pontes Lde B, Bogнар CL, Santos KC, Bromberg SE, Amaral PG, Karnakis T, Chen M, Andrade CT, Dantas J, Escobosa Dde M, Del Giglio A. Treatment of breast cancer patients from a public healthcare system in a private center: costs of care for a pilot public-private partnership in oncology. *Einstein (Sao Paulo)*. 2013 Apr-Jun;11(2):216-23. doi: 10.1590/s1679-45082013000200014. PMID: 23843064; PMCID: PMC4872897.
- 22 Thu TD, Kumar AMV, Ramaswamy G, Htun T, Van HL, Quang LVN, Thu TDT, Codlin A, Forse R, Crewsell J, Thanh HN, Viet HN, Van HB, Binh HN, Viet NN. An Innovative Public-Private Mix Model for Improving Tuberculosis Care in Vietnam: How Well are We Doing? *Trop Med Infect Dis*. 2020 Feb 14;5(1):26. doi: 10.3390/tropicalmed5010026. PMID: 32075073; PMCID: PMC7157739.
- 23 Thu TD, Kumar AMV, Ramaswamy G, Htun T, Van HL, Quang LVN, Thu TDT, Codlin A, Forse R, Crewsell J, Thanh HN, Viet HN, Van HB, Binh HN, Viet NN. An Innovative Public-Private Mix Model for Improving Tuberculosis Care in Vietnam: How Well are We Doing? *Trop Med Infect Dis*. 2020 Feb 14;5(1):26. doi: 10.3390/tropicalmed5010026. PMID: 32075073; PMCID: PMC7157739.
- 24 Khetrapal S, Acharya A, Mills A. Assessment of the public-private-partnerships model of a national health insurance scheme in India. *Soc Sci Med*. 2019 Dec;243:112634. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112634. Epub 2019 Oct 24. PMID: 31698205; PMCID: PMC6891235.
- 25 Liman HM, Sakajiki AM, Makusidi MA, Isah IB, Ahmed FU, Galadima M, Yeldu SM, Arkilla BM. Public-private partnership in hemodialysis in Nigeria: A comparative analysis of renal centers across three Northwestern states. *Ann Afr Med*. 2021 Apr-Jun;20(2):121-126. doi: 10.4103/aam.aam\_34\_20. PMID: 34213479; PMCID: PMC8378459.
- 26 Vieira F, Sanha MS, Riccardi F, Colombatti R. Short term advantages of a public-private partnership for tuberculosis in Guinea bissau: reduction of mortality and increased diagnostic capacity. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2014 Jul 1;6(1):e2014049. doi: 10.4084/MJHID.2014.049. PMID: 25045457; PMCID: PMC4103500.
- 27 Baliga BS, Ravikiran SR, Rao SS, Coutinho A, Jain A. Public-Private Partnership in Health Care: A Comparative Cross-sectional Study of Perceived Quality of Care Among Parents of Children Admitted in Two Government District-hospitals, Southern India. *J Clin Diagn Res*. 2016 Feb;10(2):SC05-9. doi: 10.7860/JCDR/2016/17124.7250. Epub 2016 Feb 1. PMID: 27042545; PMCID: PMC4800611.
- 28 Iyer V, Sidney K, Mehta R, Mavalankar D, De Costa A. Characteristics of private partners in Chiranjeevi Yojana, a public-private-partnership to promote institutional births in Gujarat, India - Lessons for universal health coverage. *PLoS One*. 2017 Oct 17;12(10):e0185739. doi: 10.1371/journal.pone.0185739. PMID: 29040336; PMCID: PMC5644975.
- 29 Программа по развитию государственно-частного партнерства в Республике Казахстан на 2011-2015 году и внесении дополнения в постановление Правительства Республики Казахстан от 14 апреля 2010 года №302.

- Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 июня 2011 года № 731 Электронный ресурс: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1100000731>
- 30 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан "Денсаулық" на 2016-2019 годы. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 октября 2018 года № 634. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1800000634>
- 31 Садыков Т.У., Мырзахмет М.У. Потенциал государственно-частного партнерства в здравоохранении Казахстана. Теоретическая экономика. 2012;4:22-25.
- 32 Садыков Т.У., Мырзахмет М.У. Анализ реализации государственной программы реформирования и развития здравоохранения республики Казахстан на 2005-2010 годы за 2010 год. Теоретическая экономика. 2012;2:32-41.
- 33 Rodrigues NJP. Public-Private Partnerships Model Applied to Hospitals-A Critical Review. *Healthcare (Basel)*. 2023 Jun 12;11(12):1723. doi: 10.3390/healthcare11121723. PMID: 37372841; PMCID: PMC10298377.

#### REFERENCES

- 1 World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance, 2000 [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>
- 2 Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2006. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11728/> Co-published by Oxford University Press, New York.
- 3 Roehrich JK, Lewis MA, George G. Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Soc Sci Med*. 2014 Jul;113:110-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.03.037. Epub 2014 May 6. PMID: 24861412.
- 4 Kaboru BB. Uncovering the potential of private providers' involvement in health to strengthen comprehensive health systems: a discussion paper. *Perspect Public Health*. 2012 Sep;132(5):245-52. doi: 10.1177/1757913911414770. Epub 2011 Aug 18. PMID: 22991373.
- 5 Efraim Sadka, *Public-Private Partnerships — A Public Economics Perspective*. CESifo Economic Studies. September 2007; 53(3):466–490. <https://doi.org/10.1093/cesifo/ifm013>
- 6 Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: systematic review of comparative studies. *PLoS Med*. 2011 Apr;8(4):e1000433. doi: 10.1371/journal.pmed.1000433. Epub 2011 Apr 12. PMID: 21532746; PMCID: PMC3075233.
- 7 Odhiambo CO, van der Puije B, Maina M, Mekonen T, Diallo S, Datema T, Loembe MM, Kebede Y, Ndlovu N, Ondoa P. Examining 7 years of implementing quality management systems in medical laboratories in sub-Saharan Africa. *Trop Med Int Health*. 2023 Feb;28(2):126-135. doi: 10.1111/tmi.13839. Epub 2022 Dec 14. PMID: 36480459; PMCID: PMC10108081.
- 8 Dubas-Jakóbczyk K, Albrecht T, Behmane D, Bryndova L, Dimova A, Džakula A, Habicht T, Murauskiene L, Scintee SG, Smatana M, Velkey Z, Quentin W. Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries between 2008 and 2019: a comparative analysis. *Health Policy*. 2020 Apr;124(4):368-379. doi: 10.1016/j.healthpol.2020.02.003. Epub 2020 Feb 20. PMID: 32113666.
- 9 Kaiser L, Bartz S, Neugebauer EAM, Pietsch B, Pieper D. Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes in inpatient care: protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2018 Aug 21;7(1):126. doi: 10.1186/s13643-018-0797-3. PMID: 30126451; PMCID: PMC6102939.
- 10 Raman AV, Björkman JW. Public – private partnerships in healthcare. In: Kuhlmann E, Blank RH, Bourgeault IL, et al. (eds). *The palgrave international handbook of healthcare policy and governance*. London: Palgrave Macmillan, 2015; 376–392. [Google Scholar].
- 11 Van den Hurk M., Hueskes M. Beyond the financial logic: Realizing valuable outcomes in public-private partnerships in Flanders and Ontario. *Environment and Planning C: Politics and Space*. 2017;35(5):784-808. DOI: <https://doi.org/10.1177/0263774X16682237>
- 12 Liu, H. J., Love, P., Smith, J., Sing, M. C. P., & Matthews, J. Evaluation of public-private partnerships: A life-cycle Performance Prism for ensuring value for money. *Environment and Planning C: Politics and Space*. 2018;36(6):1133-1153. DOI: <https://doi.org/10.1177/2399654417750879>.
- 13 Basabih M, Prasojo E, Rahayu AYS. Hospital services under public-private partnerships, outcomes and, challenges: A literature review. *Journal of Public Health Research*. 2022;11(3). doi:10.1177/22799036221115781
- 14 Almalki A., Al-Hanawi M. K. Public private partnerships and collaboration in the health sector in the Kingdom of Saudi Arabia: a qualitative study. *Global J Health Sci*. 2018;10(6):10-20. DOI: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v10n6p10>
- 15 Comendeiro-Maaløe M, Ridao-López M, Gorgemans S, Bernal-Delgado E. A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015. *Health Policy*. 2019 Apr;123(4):412-418. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.11.009. Epub 2018 Nov 27. PMID: 30554791.
- 16 Holden DJ, Reiter K, O'Brien D, Dalton K. The strategic case for establishing public-private partnerships in cancer care. *Health Res Policy Syst*. 2015 Oct 14;13:44. doi: 10.1186/s12961-015-0031-x. PMID: 26462913; PMCID: PMC4604611.
- 17 Bastani P, Barati O, Sadeghi A, Ramandi S, Javan-Noughabi J. Can public-private partnership (PPP) improve hospitals' performance indicators? *Med J Islam Repub Iran*. 2019 Feb 11;33:4. doi: 10.34171/mjiri.33.4. PMID: 31086783; PMCID: PMC6504942.
- 18 Vieira F, Sanha MS, Riccardi F, Colombatti R. Short term advantages of a public-private partnership for tuberculosis in Guinea bissau: reduction of mortality and increased diagnostic capacity. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2014 Jul 1;6(1):e2014049. doi: 10.4084/MJHID.2014.049. PMID: 25045457; PMCID: PMC4103500.
- 19 Mendes Cde A, Martins Ade A, Teivelis MP, Kuzniec S, Wolosker N. Public private partnership in vascular surgery. *Einstein (Sao Paulo)*. 2014 Sep;12(3):342-6. doi: 10.1590/s1679-45082014gs3029. PMID: 25295457; PMCID: PMC4872947.
- 20 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 Dec;6(1):17. doi: 10.1186/s13561-016-0095-5. Epub 2016 May 14. Erratum in: *Health Econ Rev*. 2016 Dec;6(1):20. doi: 10.1186/s13561-016-0098-2. PMID: 27180236; PMCID: PMC4870542.

- 21 Kaliks RA, Pontes Lde B, Bogнар CL, Santos KC, Bromberg SE, Amaral PG, Karnakis T, Chen M, Andrade CT, Dantas J, Escobosa Dde M, Del Giglio A. Treatment of breast cancer patients from a public healthcare system in a private center: costs of care for a pilot public-private partnership in oncology. *Einstein (Sao Paulo)*. 2013 Apr-Jun;11(2):216-23. doi: 10.1590/s1679-45082013000200014. PMID: 23843064; PMCID: PMC4872897.
- 22 Thu TD, Kumar AMV, Ramaswamy G, Htun T, Van HL, Quang LVN, Thu TDT, Codlin A, Forse R, Crewsell J, Thanh HN, Viet HN, Van HB, Binh HN, Viet NN. An Innovative Public-Private Mix Model for Improving Tuberculosis Care in Vietnam: How Well are We Doing? *Trop Med Infect Dis*. 2020 Feb 14;5(1):26. doi: 10.3390/tropicalmed5010026. PMID: 32075073; PMCID: PMC7157739.
- 23 Thu TD, Kumar AMV, Ramaswamy G, Htun T, Van HL, Quang LVN, Thu TDT, Codlin A, Forse R, Crewsell J, Thanh HN, Viet HN, Van HB, Binh HN, Viet NN. An Innovative Public-Private Mix Model for Improving Tuberculosis Care in Vietnam: How Well are We Doing? *Trop Med Infect Dis*. 2020 Feb 14;5(1):26. doi: 10.3390/tropicalmed5010026. PMID: 32075073; PMCID: PMC7157739.
- 24 Khetrapal S, Acharya A, Mills A. Assessment of the public-private-partnerships model of a national health insurance scheme in India. *Soc Sci Med*. 2019 Dec;243:112634. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112634. Epub 2019 Oct 24. PMID: 31698205; PMCID: PMC6891235.
- 25 Liman HM, Sakajiki AM, Makusidi MA, Isah IB, Ahmed FU, Galadima M, Yeldu SM, Arkilla BM. Public-private partnership in hemodialysis in Nigeria: A comparative analysis of renal centers across three Northwestern states. *Ann Afr Med*. 2021 Apr-Jun;20(2):121-126. doi: 10.4103/aam.aam\_34\_20. PMID: 34213479; PMCID: PMC8378459.
- 26 Vieira F, Sanha MS, Riccardi F, Colombatti R. Short term advantages of a public-private partnership for tuberculosis in Guinea bissau: reduction of mortality and increased diagnostic capacity. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2014 Jul 1;6(1):e2014049. doi: 10.4084/MJHID.2014.049. PMID: 25045457; PMCID: PMC4103500.
- 27 Baliga BS, Ravikiran SR, Rao SS, Coutinho A, Jain A. Public-Private Partnership in Health Care: A Comparative Cross-sectional Study of Perceived Quality of Care Among Parents of Children Admitted in Two Government District-hospitals, Southern India. *J Clin Diagn Res*. 2016 Feb;10(2):SC05-9. doi: 10.7860/JCDR/2016/17124.7250. Epub 2016 Feb 1. PMID: 27042545; PMCID: PMC4800611.
- 28 Iyer V, Sidney K, Mehta R, Mavalankar D, De Costa A. Characteristics of private partners in Chiranjeevi Yojana, a public-private-partnership to promote institutional births in Gujarat, India - Lessons for universal health coverage. *PLoS One*. 2017 Oct 17;12(10):e0185739. doi: 10.1371/journal.pone.0185739. PMID: 29040336; PMCID: PMC5644975.
- 29 Programma po razvitiyu gosudarstvenno-chastnogo partnerstva v Respublike Kazahstan na 2011-2015 godu i vnesenii dopolneniya v postanovlenie Pravitel'stva Respubliki Kazahstan ot 14 aprelya 2010 goda №302. Postanovlenie Pravitel'stva Respubliki Kazahstan ot 29 iyunya 2011 goda № 731 Elektronnyj resurs: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1100000731>
- 30 Gosudarstvennaya programma razvitiya zdavoohraneniya Respubliki Kazahstan "Densaulyk" na 2016-2019 gody. Postanovlenie Pravitel'stva Respubliki Kazahstan ot 15 oktyabrya 2018 goda № 634. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1800000634>
- 31 Sadykov T.U., Myrzahmet M.U. Potencial gosudarstvenno-chastnogo partnerstva v zdavoohranenii Kazahstana. *Teoreticheskaya ekonomika*. 2012;4:22-25.
- 32 Sadykov T.U., Myrzahmet M.U. Analiz realizacii gosudarstvennoj programmy reformirovaniya i razvitiya zdavoohraneniya respublik Kazahstan na 2005-2010 gody za 2010 god. *Teoreticheskaya ekonomika*. 2012;2:32-41.
- 33 Rodrigues NJP. Public-Private Partnerships Model Applied to Hospitals-A Critical Review. *Healthcare (Basel)*. 2023 Jun 12;11(12):1723. doi: 10.3390/healthcare11121723. PMID: 37372841; PMCID: PMC10298377.

**Вклад авторов.** Все авторы принимали равносильное участие при написании данной статьи.

**Конфликт интересов** – не заявлен.

Данный материал не был заявлен ранее, для публикации в других изданиях и не находится на рассмотрении другими издательствами. При проведении данной работы не было финансирования сторонними организациями и медицинскими представительствами.

**Финансирование** – не проводилось.

**Авторлардың үлесі.** Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты.

**Мүдделер қақтығысы** – мәлімделген жоқ.

Бұл материал басқа басылымдарда жариялау үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған.

Осы жұмысты жүргізу кезінде сыртқы ұйымдар мен медициналық өкілдіктер тарапынан қаржыландыру жасалған жоқ.

**Қаржыландыру** - жүргізілмеді.

**Authors' Contributions.** All authors participated equally in the writing of this article.

**No conflicts** of interest have been declared.

This material has not been previously submitted for publication in other publications and is not under consideration by other publishers.

There was no third-party funding or medical representation in the conduct of this work.

**Funding** - no funding was provided.



**Сведения об авторах:**

№	ФИО	Должность/место работы	Телефон	Эл. Почта
1	Алимбетова Майра Сериковна	Заместитель директора ГКП на ПХВ «Алматинская многопрофильная клиническая больница», PhD докторант Казахский медицинский Университет «ВШОЗ»	87024774440	Maira.alimbetova@mail.ru
2	Куракбаев Куралбай Куракбаевич	ДМН, Профессор Казахский медицинский университет «ВШОЗ»	87012126956	<a href="mailto:kurakbaev@ksph.kz">kurakbaev@ksph.kz</a>
3	Исмаилов Жумагали Казыбаевич	ДМН, Профессор «Международная академия медицины и наук»	87770550808	72zhuma@mail.ru
4	Берикова Эльмира Ахметжановна	Директор ГКП на ПХВ «Алматинская многопрофильная клиническая больница»	87772605372	el.berikova@mail.ru