



Трансформация взаимодействия бизнеса и государства в контексте развития системы ценностно-ориентированного здравоохранения

Алексей Сергеевич Тетерюк

Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Москва, Россия,
alex.tetryuk91@mail.ru, SPIN-код: 7068-5000, <https://orcid.org/0000-0001-9945-2215>

Аннотация

Введение. В условиях трансформации социально-экономической политики, сопровождаемой цифровизацией публичного политического управления в российском здравоохранении, усиливается интерес к ценностно-ориентированным подходам, которые обеспечивают смещение фокуса внимания с объёма оказанных услуг на измеримые результаты для здоровья населения. Реализация элементов ценностно-ориентированного здравоохранения сопровождается изменением конфигурации взаимодействия государства и бизнеса. Это указывает на актуальность поднимаемого вопроса и значение проблемы его политико-институционального измерения.

Целью статьи является анализ трансформации взаимодействия бизнеса и государства в процессе разработки инструментов ценностно-ориентированного здравоохранения в России с учётом актуальных практик и институциональных ограничений.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили правовые акты, программные документы, публичные выступления представителей органов власти, материалы экспертных мероприятий и форумов, а также научные публикации. В работе применялись методы институционального и политического анализа, сравнительный подход и элементы дискурс-анализа.

Результаты. Ценностно-ориентированное здравоохранение в России функционирует преимущественно как политико-технологическая рамка стратегических решений государства, не получившая завершённого институционального оформления. Взаимодействие государства и бизнеса смещается от точечного лоббирования отдельных решений к более сложным форматам системного диалога, однако сохраняется внутреннее напряжение между расширением партнёрств и усилением регуляторного контроля. Выявлены ключевые сферы концентрации взаимодействия – цифровые платформы, анализ данных, фармацевтические и сервисные модели сопровождения пациента – а также институциональные ограничения, препятствующие переходу к управлению на основе результатов.

Выводы. Трансформация взаимодействия государства и бизнеса приобретает характер перераспределения политической ответственности в сфере здравоохранения. Бизнес расширяет своё присутствие в сферах проектирования управленческих инструментов, в экспертных форматах и при разработке аналитических решений. При этом он не получает формального доступа к принятию окончательных политических решений. Сделан вывод о необходимости дальнейшего анализа механизмов согласования интересов и перераспределения рисков в рамках внедрения ценностно-ориентированных моделей здравоохранения.

Ключевые слова: ценностно-ориентированное здравоохранение, взаимодействие бизнеса и государства, государственно-частное партнёрство, цифровизация здравоохранения, публичная политика, политические решения

Для цитирования: Тетерюк А. С. Трансформация взаимодействия бизнеса и государства в контексте развития системы ценностно-ориентированного здравоохранения // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки. 2026. № 1. С. 155–164. EDN HHMFOP

Original article

Transformation of state-business interaction in the context of the development of a value-based healthcare system

Alexey S. Teteryuk

Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, Moscow, Russia, alex.teteryuk91@mail.ru, SPIN-код: 7068-5000, <https://orcid.org/0000-0001-9945-2215>

Abstract

Introduction. In the context of socio-economic policy transformation accompanied by the digitalization of public political governance in the Russian healthcare system, growing attention is being paid to value-based approaches that shift the focus from the volume of services provided to measurable health outcomes. The implementation of elements of value-based healthcare is associated with changes in the configuration of interaction between the state and business, highlighting the relevance of this issue and the significance of its political and institutional dimension.

The purpose of the article is to analyze the transformation of state-business interaction in the process of developing value-based healthcare instruments in Russia, taking into account current practices and institutional constraints.

Materials and methods. The study draws on legal acts, policy and program documents, public statements by government officials, materials from expert events and forums, as well as academic publications. The research employs methods of institutional and political analysis, a comparative approach, and elements of discourse analysis.

Results. In Russia, value-based healthcare functions primarily as a political and technological framework for strategic state decisions and has not yet achieved a fully institutionalized form. State-business interaction is shifting from the lobbying of individual decisions toward more complex formats of systemic dialogue; however, internal tension persists between the expansion of partnerships and the strengthening of regulatory control. Key areas of interaction are identified – digital platforms, data analytics, pharmaceutical initiatives, and patient support service models – along with institutional constraints that hinder the transition to outcome-based governance.

Conclusions. The transformation of state-business interaction takes the form of a redistribution of political responsibility in the healthcare sector. Business actors expand their presence in the design of governance instruments, expert formats, and the development of analytical solutions, while not gaining formal access to final political decision-making. The article concludes by emphasizing the need for further analysis of mechanisms for aligning interests and redistributing risks in the implementation of value-based healthcare models.

Keywords: value-based healthcare, state-business interaction, public-private partnership, healthcare digitalization, public policy, political decisions

For citation: Teteryuk A. S. Transformation of state-business interaction in the context of the development of a value-based healthcare system. *State and Municipal Management. Scholar Notes.* 2026;(1):155–164. (In Russ.). EDN HHMFOP

Введение

В последние годы в российской практике управления здравоохранением всё чаще используются понятия «ценности», «результатов лечения», «ориентации на пациента». Эти языковые единицы присутствуют в экспертных дискуссиях, программных документах, презентациях пилотных проектов и региональных инициатив. Вместе с тем их распространение не сопровождается формированием целостной институциональной конструкции, которая могла бы быть описана

как завершённая модель ценностно-ориентированного здравоохранения. Наблюдаемая картина скорее указывает на сосуществование разнородных управленческих решений, объединённых общим понятийным полем. Однако они различаются по формам реализации и своим политическим последствиям.

На этом фоне обращает на себя внимание изменение характера взаимодействия государства и бизнеса в сфере здравоохранения. Если ранее участие частных акторов преимущественно рассматривалось через призму оказания платных услуг или реализации отдельных форм государственно-частного партнёрства, то в настоящее время бизнес всё чаще вовлекается в обсуждение критериев эффективности, механизмов оценки исходов лечения, цифровых инфраструктур и проектных решений. Кооперация бизнеса и государства не всегда оформляется в виде четких институциональных форм, однако оказывает заметное влияние на процессы принятия политических решений.

Сложившаяся ситуация порождает ряд противоречий. С одной стороны, государство сохраняет ведущую роль в целеполагании и организации системы здравоохранения. С другой – реализация заявленных принципов всё в большей степени опирается на экспертизу, технологии и организационные ресурсы бизнеса. Ценностно-ориентированное здравоохранение (далее также – ЦОЗ) в этом смысле выступает как рамка, в пределах которой переосмысливаются формы координации, допустимые каналы влияния и способы легитимации участия негосударственных акторов. Несмотря на растущее число публикаций, посвящённых ЦОЗ [1–5], политико-институциональные последствия этого процесса остаются фрагментарно осмысленными.

Цель и задачи исследования

Целью статьи является анализ трансформации взаимодействия государства и бизнеса в сфере здравоохранения в условиях формирования и распространения элементов ценностно-ориентированного здравоохранения в Российской Федерации. Для достижения поставленной цели в работе предполагается рассмотреть особенности развития ЦОЗ в российской практике на уровне дискурса, регулирования и проектной реализации; проанализировать формы участия бизнеса в реализации принципов ценностно-ориентированного подхода, включая практики Government Relations; выявить сферы, в которых такое взаимодействие приобретает наиболее результативную институциональную формы; а также оценить степень готовности системы здравоохранения к реализации ЦОЗ с точки зрения политико-институциональных условий.

Материалы и методы исследования

Исследование основано на анализе программных документов, регулирующих развитие системы здравоохранения в Российской Федерации, а также на изучении научных публикаций и экспертных материалов, посвящённых ЦОЗ. Методологическую основу исследования составляет институциональный и политико-процессуальный анализ, ориентированный на выявление механизмов координации, распределения ответственности и форм участия различных акторов в принятии решений. В рамках исследования применяются элементы сравнительного анализа и качественного анализа дискурса.

Результаты и обсуждение

Поворот к обсуждению ценностно-ориентированного здравоохранения в России первоначально проявился не в нормативном поле, а в экспертно-публичном пространстве. Уже с конца 2010-х годов тематика измерения результатов лечения, сопоставления клинических и социальных исходов, а также увязки финансирования с достигнутыми эффектами стала регулярно присутствовать в повестке крупных отраслевых мероприятий. На площадках Петербургского международного экономического форума, Восточного экономического форума обсуждение «ценности» постепенно вытесняло более ранний язык оптимизации ресурсов.

В утверждённой государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (утв. постановлением Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640¹) отдельные элементы, коррелирующие с логикой ценностно-ориентированного здравоохранения, присутствуют,

¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации “Развитие здравоохранения”». URL: <https://base.garant.ru/71848440/>

однако они носят фрагментарный и производный характер. Так, ориентация на результаты лечения и качество жизни пациентов прослеживается через систему целевых показателей, включающих ожидаемую продолжительность жизни, смертность от отдельных нозологий и показатель удовлетворённости населения медицинской помощью (разд. I, п. 1; разд. II). Аналогичным образом использование индикаторов, связанных с одногодичной летальностью онкологических больных, больничной летальностью при инфаркте миокарда и инсульте, а также охватом диспансерным наблюдением, формально приближает программу к результат-ориентированным моделям оценки эффективности (разд. I, п. 1).

Вместе с тем в документе отсутствует собственно ценностная рамка в понимании ЦОЗ: не закрепляются механизмы соотнесения затрат и клинических исходов, не вводятся модели оплаты, ориентированные на достигнутый результат, и не формализуется роль частных акторов в совместном создании «ценности» для пациента. Взаимодействие с бизнесом описывается преимущественно через инструменты субсидирования, закупок и инфраструктурного софинансирования (приложения № 1–39), что указывает на сохранение логики проектного управления, а не на институционализацию value-based-подходов.

В ряде регионов запускались пилотные программы, ориентированные на оценку исходов лечения по отдельным нозологиям, формирование пациентских регистров и внедрение цифровых инструментов мониторинга. Подобные проекты, как правило, реализовывались в формате ограниченных экспериментов, часто при участии частных компаний, и не предполагали масштабирования на уровне всей системы. Например, как отмечают Е. Н. Маковецкая и С. П. Гороховский, «частные медицинские организации выступают самостоятельными субъектами рынка медицинских услуг, адаптирующимися к изменениям регуляторной среды и спроса» [6, с. 226].

Их правовое оформление опиралось на общие нормы о цифровизации и экспериментальных режимах, а не на специальные положения, закрепляющие ценностно-ориентированную логику управления. Как отмечают А. Б. Зудин, Ю. Ю. Снегирева, П. И. Ананченкова и А. В. Метельская, «экономические преобразования последних лет отражаются на развитии рынка частных медицинских услуг, становясь испытанием в деятельности коммерческих медицинских организаций» [7, с. 326].

Стратегическое обеспечение развития здравоохранения в этот период демонстрировало характерную двойственность. С одной стороны, в стратегических документах, связанных с достижением национальных целей развития, последовательно усиливался акцент на ожидаемую продолжительность жизни, профилактику хронических заболеваний и повышение удовлетворённости медицинской помощью. Эти показатели всё чаще использовались как ориентиры при оценке эффективности государственной политики. С другой стороны, механизм их достижения продолжал строиться вокруг традиционных инструментов бюджетного планирования, нормативов оказания помощи и административного распределения ресурсов. Ценностно-ориентированная риторика встраивалась в уже существующие управленческие конструкции.

Особенно наглядно это проявилось в сфере цифровизации здравоохранения. Развитие единой государственной информационной системы рассматривались как техническая основа для более точной оценки результатов лечения. Однако сами цифровые решения разрабатывались преимущественно как инфраструктурные проекты. В этом смысле цифровизация создавала лишь предпосылки для ЦОЗ.

Пандемия COVID-19 придала этим процессам дополнительный импульс, одновременно обнажив их ограничения. Как указывают М. Ю. Лев и Ю. Г. Лещенко, «в условиях пандемии COVID-19 возрастает значимость исследований экономической безопасности в системе здравоохранения», поскольку это «необходимое условие эффективного функционирования системы социально-экономической безопасности» [8, с. 1862].

В условиях кризиса государство активно привлекало бизнес к решению задач, связанных с разработкой вакцин, поставками лекарственных препаратов, созданием цифровых сервисов и логистических решений. Как указывают С. В. Орехова и М. А. Сафаров, «бизнес-модели медицинских организаций основаны на двухуровневом ценностном предложении: для клиентов (населения конкретной территории) и для государства (заказчика общественного блага)» [9, с. 97].

На уровне публичных заявлений всё чаще подчёркивалась необходимость оценивать эффективность мер через показатели здоровья населения, а не только через объёмы оказанных услуг. В своем обращении к Федеральному собранию РФ в 2025 г. Президент РФ В.В. Путин указывал, что эффективность государственной политики в здравоохранении связывается не с объёмами оказанных услуг, а с измеримыми результатами для здоровья населения. Показательно, что в центре внимания оказывается не расширение инфраструктуры как таковой, а возможность на основе цифровых профилей «оценить именно целостную картину здоровья человека», прогнозировать риски и «выбирать индивидуальную и потому наиболее эффективную тактику лечения»¹.

Государство в данной логике сохраняет контроль над целеполаганием и масштабированием практик, тогда как бизнес включается в разработку и эксплуатацию инструментов оценки, анализа и прогнозирования, через которые и становится возможным управление здравоохранением по показателям здоровья,

В результате к настоящему времени можно говорить о формировании в России своеобразного слоя «полуинституциональных» решений, связанных с ценностно-ориентированным здравоохранением. Они существуют на пересечении экспертного дискурса, проектной деятельности и отдельных регуляторных новаций, но не образуют целостной системы. ЦОЗ используется как язык описания желаемых изменений и как средство согласования интересов различных акторов, прежде всего государства и бизнеса. Как отмечают М. Н. Наджафова, Е. Н. Ноздрачева и Д. А. Зюкин, «пандемия COVID-19 стала драйвером развития фармацевтического бизнеса через трансформацию и цифровизацию», ускорив процессы, ранее сдерживаемые консерватизмом отрасли [10, с. 94].

Сдвиг от прямого лоббирования к более сложным формам Government Relations в сфере ценностно-ориентированного здравоохранения наиболее отчётливо прослеживается через анализ публичных экспертных площадок, на которых формируется язык и рамки допустимых управленческих решений.

Уже на Петербургском международном экономическом форуме (ПМЭФ) 2021 года² в рамках сессии, посвящённой развитию здравоохранения и человеческого капитала, обсуждение эффективности отрасли было выведено за пределы традиционных показателей доступности и финансирования. Участие представителей фармацевтического и технологического бизнеса в таких сессиях было встроено в обсуждение общих ориентиров развития системы.

На ПМЭФ 2022 г.³ тема ценности медицинских услуг в условиях постпандемийной перестройки и санкционных ограничений получила дальнейшее развитие в рамках панелей, связанных с устойчивостью системы здравоохранения и импортозамещением медицинских технологий. Здесь бизнес уже выступал как носитель экспертного мнения по вопросу выстраивания долгосрочных моделей сопровождения пациентов, в том числе с использованием цифровых инструментов.

Схожие процессы наблюдались и на специализированных отраслевых мероприятиях. Так, в рамках ежегодных форумов по цифровой медицине, проводимых в Москве в 2021–2023 годах⁴, отдельные секции были посвящены использованию регистров пациентов и аналитике клинических исходов. В этих дискуссиях представители IT-компаний и фармацевтического бизнеса участвовали в обсуждении архитектуры информационных систем и показателей эффективности наряду с представителями органов публичного управления здравоохранением.

¹ Федеральное собрание Российской Федерации, Сайт Государственной Думы: Раздел «Законодательные документы – Обращения Президента РФ» / duma.gov.ru. URL: <http://duma.gov.ru/legislative/documents/president/>

² Петербургский международный экономический форум – 2021. Деловая программа. Сессии по вопросам здравоохранения и человеческого капитала. URL: <https://forumspb.com/news/news/opublikovana-delovaja-programma-pmef-2021/>

³ Петербургский международный экономический форум – 2022. Деловая программа. Панели по устойчивости системы здравоохранения и импортозамещению медицинских технологий. URL: <https://forumspb.com/news/news/spief-2022-new-opportunities-in-a-new-world/>

⁴ Форумы по цифровой медицине (г. Москва, 2021–2023 гг.). Материалы и программы отраслевых мероприятий по цифровизации здравоохранения и аналитике клинических данных. URL: <https://telemedforum.ru/>

Проектные формы взаимодействия также демонстрируют отход от классического лоббизма. В ряде регионов в 2020–2022 гг. реализовывались пилотные программы сопровождения пациентов с хроническими заболеваниями, где фармацевтические компании и поставщики цифровых решений участвовали в разработке систем мониторинга и анализа исходов лечения. Характерной особенностью таких инициатив является их представление в виде общественно значимых проектов, а не коммерческих предложений. Они сопровождаются публикацией аналитических материалов, презентацией промежуточных результатов и обсуждением на экспертных площадках. Как указывают И. П. Ковалева, М. С. Стрижак и И. А. Заярная, «механизм участия частных медицинских организаций в реализации территориальных программ ОМС не всегда проработан с учетом региональных особенностей, что приводит к затруднениям во взаимодействии частных клиник с органами исполнительной власти и страховыми организациями» [11, с. 283].

В результате взаимодействие государства и бизнеса в сфере ЦОЗ выстраивается через совокупность публичных дискуссий, экспертных форматов и проектных экспериментов, привязанных к конкретным событиям и временным отрезкам. Эти практики не устраняют асимметрию сторон и не ведут к перераспределению формальных полномочий, однако изменяют способы влияния на политико-управленческие процессы. Лоббизм уступает место Government Relations, где ключевым ресурсом становится не доступ к нормотворчеству, а участие в формировании критериев, показателей и допустимых интерпретаций ценности в здравоохранении.

Обращение к зарубежному опыту позволяет зафиксировать, что ценностно-ориентированное здравоохранение нигде не формируется как универсальная и институционально однородная модель. Напротив, в разных политико-административных системах ЦОЗ воспроизводит их базовую логику взаимодействия государства и бизнеса.

В Соединённых Штатах переход к логике ценности с самого начала был тесно связан с трансформацией механизмов финансирования. Уже после принятия Закона о доступном медицинском обслуживании 2010 года обсуждение эффективности системы здравоохранения стало всё чаще смещаться в сторону оценки клинических и экономических исходов. В 2013–2015 годах Центры услуг Medicare и Medicaid начали масштабировать программы оплаты по результату, включая *bundled payments* и *accountable care organizations*. В этих форматах частные страховые компании, фармацевтический бизнес и поставщики медицинских услуг получили возможность напрямую участвовать в проектировании контрактных моделей, где вознаграждение зависело от достигнутых исходов лечения.

Европейские системы здравоохранения демонстрируют иную конфигурацию. В странах с доминированием социально-страховой или бюджетной модели государство сохраняет более жёсткий контроль над целеполаганием и допустимыми форматами участия бизнеса. В Германии и Нидерландах в середине 2010-х годов начали активно обсуждаться *outcome-based contracts* в фармацевтическом секторе, однако их внедрение сопровождалось многоуровневыми согласительными процедурами с участием страховых фондов и государственных регуляторов. Бизнес в этих условиях включается в процесс через экспертные консультации и пилотные соглашения. Как указывают В. И. Перхов и Е. В. Песенникова, «обеспечение устойчивости функционирования системы здравоохранения в чрезвычайных ситуациях требует сочетания управленческих, организационных и технологических решений» [12, с. 6].

Совместные проекты между государственными органами и крупными частными сетями медицинских услуг строились вокруг внедрения цифровых регистров и программ управления хроническими заболеваниями. Здесь бизнес получал возможность предлагать инфраструктурные решения, а государство – использовать их для достижения социальных показателей без радикального пересмотра модели финансирования.

Сопоставление этих моделей показывает, что ценностно-ориентированное здравоохранение в зарубежной практике не устраняет политического измерения управления, а, напротив, делает его более сложным. В одних случаях ЦОЗ служит основанием для контрактного перераспределения рисков, в других – инструментом фильтрации участия бизнеса, в третьих – механизмом ускоренной интеграции частных ресурсов в публичные системы.

Показательными в этом отношении являются, во-первых, сфера цифровых регистров и данных, а во-вторых, попытки внедрения механизмов оплаты и регулирования, ориентированных на результат лечения.

Отметим расхождение между масштабом цифровизации и возможностями институционального использования данных для целей ЦОЗ. За последние годы в России были созданы и расширены федеральные и региональные медицинские информационные системы, сформированы регистры по отдельным нозологиям, внедрены электронные медицинские карты. По данным официальной статистики, к началу 2023 г. более 90 % медицинских организаций были подключены к государственным информационным системам здравоохранения, а доля электронных записей о пациентах превысила 80 %¹.

Однако анализ практики использования этих данных демонстрирует иную картину. Большинство регистров и цифровых платформ ориентированы на учёт объёмов оказанной помощи, а не на систематическое измерение долгосрочных социальных рисков.

Из этого следует институционально значимое противоречие. С одной стороны, государство активно привлекает бизнес к созданию цифровой инфраструктуры и аналитических решений, фактически делегируя ему ключевые операционные функции. С другой – результаты этой работы не получают нормативного статуса и не становятся основанием для изменения правил финансирования или распределения ответственности. В прогностическом плане это означает, что без изменения механизмов использования данных ЦОЗ будет и далее развиваться как «надстройка» над существующей системой контроля, а не как самостоятельный режим управления. Как отмечает А. Д. Краснов, «государственно-частное партнерство может выступать механизмом предотвращения конфликта интересов бизнеса и власти при условии институциональной прозрачности и баланса регулирующих инструментов» [13, с. 3199].

Потенциальное разрешение этой проблемы связано не с дальнейшим расширением цифровизации, а с институциональным признанием ограниченного набора показателей исходов в качестве значимых для принятия решений, что неизбежно затронет баланс влияния между государством и бизнесом.

Несмотря на регулярное обсуждение моделей оплаты по результату и outcome-based соглашений, их практическое применение в российском здравоохранении остаётся единичным. Даже в тех случаях, когда реализуются пилотные проекты с участием фармацевтических компаний или поставщиков медицинских технологий, объёмы таких соглашений не оказывают заметного влияния на общую структуру финансирования. Основная масса расходов по-прежнему распределяется на основе тарифов и нормативов, ориентированных на процесс, а не на итог лечения. Как указывают Е. С. Ремесник и А. А. Ладыгин, «цифровая трансформация здравоохранения формирует новые запросы к системе управления, смещая акцент с объёма оказанных услуг на оценку результатов медицинской помощи» [14, с. 176].

Показательно, что попытки внедрения элементов оплаты по результату чаще всего возникают в рамках временных проектных решений, связанных с отдельными программами или регионами. Из этого следует более глубокое институциональное ограничение. Ценностно-ориентированное здравоохранение предполагает перераспределение рисков между государством и бизнесом, тогда как действующая бюджетная модель ориентирована на их минимизацию через жёсткое нормирование. В краткосрочной перспективе это приводит к сохранению проектного характера взаимодействия. В среднесрочной перспективе возможна селективная институционализация ЦОЗ в тех сегментах, где результаты лечения поддаются относительно простой верификации и где государство готово допустить ограниченное перераспределение ответственности, например в программах сопровождения пациентов с хроническими заболеваниями. Как указывают Н. С. Григорьева и С. А. Соболев, «реализация проектов государственно-частного партнерства в здравоохранении ... демонстрирует зависимость эффективности взаимодействия от институциональной конфигурации региона» [15, с. 333].

¹ Министерство здравоохранения Российской Федерации. Отчёт о ходе цифровизации системы здравоохранения и внедрении государственной информационной системы в сфере здравоохранения Российской Федерации (ЕГИСЗ). URL: <https://egisz.rosminzdrav.ru/>

Таким образом, анализ показывает, что ключевые ограничения внедрения ЦОЗ в России не связаны с отсутствием проектов или технологий. Они проистекают из несоответствия между расширяющимся участием бизнеса в операционных и аналитических функциях и сохранением прежних механизмов принятия решений. В прогностическом плане это означает, что развитие ЦОЗ будет происходить через постепенное закрепление отдельных управляемых сегментов, в которых ценность результата становится допустимым основанием для перераспределения финансовых ресурсов.

Выводы

Рассмотрение развития ЦОЗ как структурного элемента российской практики политического управления позволяет утверждать, что речь на сегодняшний день идёт не о формировании самостоятельного института, а о возникновении определенной политико-технологической рамки, внутри которой по-новому разрабатываются управленческие решения. ЦОЗ встраивается в уже существующую систему регулирования, не разрушая её оснований, но постепенно смещая акценты в сторону результатов лечения и долгосрочных эффектов. Именно эта «надстроечная» природа объясняет, почему ценностно-ориентированная риторика активно используется в экспертных дискуссиях, оставаясь при этом слабо институционализированным явлением. С одной стороны, ценностно-ориентированный подход требует делегирования части аналитических и операционных функций, без которых измерение результатов лечения невозможно. С другой – действующие механизмы бюджетного планирования и надзора ориентированы на минимизацию рисков и воспроизводят процессную логику управления. В таком виде обсуждение практики реализации ЦОЗ не исчерпывает дискуссию о будущем системы здравоохранения, а скорее, открывает новое поле для анализа. Перспективным представляется исследование того, какие сегменты управления могут стать точками устойчивой институционализации ценностно-ориентированных механизмов и при каких условиях государство будет готово признать результаты лечения основанием для перераспределения ответственности. Также стоит отметить вопрос о том, приведёт ли дальнейшее развитие этих практик к формированию новых форм политического участия бизнеса или же они окончательно закрепятся в виде контролируемых экспериментов российской политической системы.

Список источников

1. Аксенова Е. И., Камынина Н. Н. Ценностно-ориентированное здравоохранение: московская практика // *Московская медицина*. 2022. № 5(51). С. 24-32. EDN: NMXFDB
2. Аксенова Е. И., Камынина Н. Н. Ценностно-ориентированное здравоохранение: новая парадигма развития // *Московская медицина*. 2022. № 5(51). С. 4-10. EDN: WSCDXP
3. Камынина Н. Н., Полищук Н. С. Ценностно-ориентированное здравоохранение: систематизация инструментов и методов (обзор литературы) // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2022. Т. 66. № 6. С. 444–450. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2022-66-6-444-450>. EDN: BJYBXN
4. Мусина Н. З., Омеляновский В. В., Гостищев Р. В. и др. Концепция ценностно-ориентированного здравоохранения // *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2020. Т. 13. № 4. С. 438-451. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2020.042>. EDN: FYNTXN
5. Ходакова О. В., Евстафьева Ю. В., Деев И. А., Кобякова О. С. Система здравоохранения, основанная на ценностях (систематический обзор) // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2023. Т. 67. № 1. С. 5-13. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-1-5-13>. EDN: OVHUSW
6. Маковецкая Е. Н., Гороховский С. П. Частные медицинские организации как субъекты рынка медицинских услуг // *Экономика и бизнес: теория и практика*. 2025. № 4(122). С. 224-229. <https://doi.org/10.24412/2411-0450-2025-4-224-229>. EDN: EHNDXT
7. Зудин А. Б., Снегирева Ю. Ю., Ананченкова П. И., Метельская А. В. Совершенствование деятельности частных медицинских организаций под влиянием современных тенденций развития здравоохранения // *Ремедиум*. 2023. Т. 27. № 4. С. 325-332. <https://doi.org/10.32687/1561-5936-2023-27-4-325-332>. EDN: UGENAJ

8. Лев М. Ю., Лещенко Ю. Г. Экономическая безопасность в системе здравоохранения в период пандемии COVID-19: ответная реакция государств и финансовых органов // Экономика, предпринимательство и право. 2020. Т. 10. № 6. С. 1857–1884. <https://doi.org/10.18334/epp.10.6.110511>. EDN: XPELPD
9. Орехова С. В., Сафаров М. А. Фиаско рынка и провалы государства: контуры новой модели здравоохранения в условиях пандемии // Журнал институциональных исследований. 2022. Т. 14. № 4. С. 95–109. <https://doi.org/10.17835/2076-6297.2022.14.4.095-109>. EDN: EBCNIB
10. Наджафова М. Н., Ноздрачева Е. Н., Зюкин Д. А. Covid-19 как фактор развития фармацевтического бизнеса в России // Вестник Алтайской академии экономики и права. 2022. № 4-1. С. 93–98. <https://doi.org/10.17513/vaael.2142>. EDN: ZNXGPL
11. Ковалева И. П., Стрижак М. С., Заярная И. А. Совершенствование механизма участия частных клиник в системе обязательного медицинского страхования // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30. № 2. С. 281–287. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-281-287>. EDN: CVIFZR
12. Перхов В. И., Песенникова Е. В. Об обеспечении устойчивости функционирования здравоохранения в чрезвычайных ситуациях // Менеджер здравоохранения. 2021. № 4. С. 4–12. <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2021-4-4-12>. EDN: KBVXDM
13. Краснов А. Д. Государственно-частное партнерство как механизм предотвращения конфликта интересов бизнеса и власти // Креативная экономика. 2021. Т. 15. № 8. С. 3195–3206. <https://doi.org/10.18334/ce.15.8.113155>. EDN: KHNZKY
14. Ремесник Е. С., Ладыгин А. А. Новые вызовы и запросы для национальной системы здравоохранения в цифровую эру // Теория и практика общественного развития. 2023. № 10(186). С. 173–180. <https://doi.org/10.24158/tipor.2023.10.20>. EDN: ROEIWN
15. Григорьева Н. С., Соболев С. А. Государственно-частное партнерство в здравоохранении: пример города Москвы // Уровень жизни населения регионов России. 2021. Т. 17. № 3. С. 327–338. <https://doi.org/10.19181/lsprr.2021.17.3.3>. EDN: UKRWFD

References

1. Aksenova E.I., Kamynina N.N. Value-based healthcare: Moscow practice. *Moscow Medicine*. 2022;5(51):24–32. (In Russ.). EDN: NMXFDB
2. Aksenova E.I., Kamynina N.N. Value-based healthcare: A new development paradigm. *Moscow Medicine*. 2022;5(51):4–10. (In Russ.). EDN: WSCDXP
3. Kamynina N.N., Polishchuk N.S. Value-based healthcare: Systematization of tools and methods (literature review). *Healthcare of the Russian Federation*. 2022;66(6):444–450. (In Russ.). <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2022-66-6-444-450>. EDN: BJYBXN
4. Musina N.Z., Omelyanovskiy V.V., Gostishchev R.V., et al. The concept of value-based healthcare. *Pharmacoeconomics. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2020;13(4):438–451. (In Russ.). <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2020.042>. EDN: FYNTXN
5. Khodakova O.V., Evstafyeva Yu.V., Deev I.A., Kobyakova O.S. Value-based healthcare system (systematic review). *Healthcare of the Russian Federation*. 2023;67(1):5–13. (In Russ.). <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-1-5-13>. EDN: OVHUSW
6. Makovetskaya E.N., Gorokhovskiy S.P. Private medical organizations as subjects of the medical services market. *Economics and Business: Theory and Practice*. 2025;4(122):224–229. (In Russ.). <https://doi.org/10.24412/2411-0450-2025-4-224-229>. EDN: EHHDXT
7. Zudin A.B., Snegireva Yu.Yu., Ananchenkova P.I., Metelskaya A.V. Improving the performance of private medical organizations under current healthcare development trends. *Remedium*. 2023;27(4):325–332. (In Russ.). <https://doi.org/10.32687/1561-5936-2023-27-4-325-332>. EDN: UGENAJ
8. Lev M.Yu., Leshchenko Yu.G. Economic security in the healthcare system during the COVID-19 pandemic: Responses of states and financial authorities. *Economics, Entrepreneurship and Law*. 2020;10(6):1857–1884. (In Russ.). <https://doi.org/10.18334/epp.10.6.110511>. EDN: XPELPD

9. Orekhova S.V., Safarov M.A. Market failures and government failures: Outlines of a new healthcare model during the pandemic. *Journal of Institutional Studies*. 2022;14(4):95–109. (In Russ.). <https://doi.org/10.17835/2076-6297.2022.14.4.095-109>. EDN: EBCHIB
10. Najafova M.N., Nozdracheva E.N., Zyukin D.A. COVID-19 as a factor in the development of the pharmaceutical business in Russia. *Bulletin of the Altai Academy of Economics and Law*. 2022; (4-1):93–98. (In Russ.). <https://doi.org/10.17513/vaael.2142>. EDN: ZNXGPL
11. Kovaleva I.P., Strizhak M.S., Zayarnaya I.A. Improving the mechanism of private clinics' participation in the compulsory medical insurance system. *Problems of Social Hygiene, Healthcare and History of Medicine*. 2022;30(2):281–287. (In Russ.). <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-281-287>. EDN: CVIFZR
12. Perkhov V.I., Pesennikova E.V. Ensuring the sustainability of healthcare system functioning in emergency situations. *Healthcare Manager*. 2021;(4):4–12. (In Russ.). <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2021-4-4-12>. EDN: KBVXDM
13. Krasnov A.D. Public-private partnership as a mechanism for preventing conflicts of interest between business and government. *Creative Economy*. 2021;15(8):3195–3206. (In Russ.). <https://doi.org/10.18334/ce.15.8.113155>. EDN: KHHZKY
14. Remesnik E.S., Ladygin A.A. New challenges and demands for the national healthcare system in the digital era. *Theory and Practice of Social Development*. 2023;10(186):173–180. (In Russ.). <https://doi.org/10.24158/tipor.2023.10.20>. EDN: ROEIWN
15. Grigorieva N.S., Sobolev S.A. Public-private partnership in healthcare: The case of Moscow. *Living Standards of the Population in the Regions of Russia*. 2021;17(3):327–338. (In Russ.). <https://doi.org/10.19181/lsprr.2021.17.3.3>. EDN: UKRWFD

Информация об авторе

А.С. Тетерюк – кандидат политических наук, старший преподаватель кафедры сравнительной политологии факультета гуманитарных и социальных наук РУДН.

Information about the author

A. S. Teteryuk – Cand. Sci. (Polit.), Senior Lecturer at the Department of Comparative Political Science, Faculty of Humanities and Social Sciences, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest

Статья поступила в редакцию 03.02.2026; одобрена после рецензирования 06.03.2026; принята к публикации 10.03.2026.

The article was submitted 03.02.2026; approved after reviewing 06.03.2026; accepted for publication 10.03.2026.