

Фармакоэкономика

Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология



FARMAKOEKONOMIKA

Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology

2026 Vol. 19 No. 1

№1

Том 19

2026



<https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2026.325>

ISSN 2070-4909 (print)

ISSN 2070-4933 (online)

Концепции совершенствования лекарственной помощи пациентам с социально значимыми заболеваниями в России и мире

Ю.Ш. Гущина, А.Ю. Абрамов

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» (ул. Миклухо-Маклая, д. 6, Москва 117198, Российская Федерация)

Для контактов: Юлия Шамилевна Гущина, e-mail: gushchina-yush@rudn.ru

РЕЗЮМЕ

Цель: провести сравнительный анализ концепций совершенствования лекарственной помощи пациентам с социально значимыми заболеваниями в России и зарубежных странах для определения приоритетных направлений развития отечественной системы.

Материал и методы. Осуществлен систематический поиск научной литературы, нормативно-правовых документов и статистических данных за период 2016–2025 гг. в базах данных PubMed/MEDLINE, КиберЛенинка и eLibrary. Применялся сравнительно-аналитический метод для сопоставления европейской, североамериканской и российской моделей лекарственного обеспечения. Оценка эффективности проводилась по критериям доступности, финансовой устойчивости, качества помощи и инновационности.

Результаты. Европейская модель характеризуется высокой степенью государственного финансирования (70–80%) и эффективными механизмами контроля затрат через институты оценки медицинских технологий. Североамериканская система демонстрирует тенденции к универсализации покрытия при множественных источниках финансирования. Российская модель обеспечивает 100% покрытие высокостратных нозологий, однако общая доля государственного финансирования составляет 40% при значительной региональной дифференциации доступности. Современные тенденции включают внедрение персонализированной медицины, таргетной терапии, телемедицины и соглашений о разделении рисков с фармацевтическими компаниями.

Заключение. Приоритетными направлениями совершенствования российской системы являются унификация региональных подходов, внедрение механизмов оценки клинико-экономической эффективности, развитие персонализированной медицины и цифровых технологий управления лекарственной помощью.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

социально значимые заболевания, лекарственная помощь, высокостратные нозологии, персонализированная медицина, цифровые технологии

Для цитирования

Гущина Ю.Ш., Абрамов А.Ю. Концепции совершенствования лекарственной помощи пациентам с социально значимыми заболеваниями в России и мире. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2026; 19 (1): 200–210. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2026.325>.

Concepts aimed at improving pharmaceutical care for patients with socially significant diseases in Russia and worldwide

Yu.Sh. Gushchina, A.Yu. Abramov

Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba (6 Miklukho-Maklay Str., Moscow 117198, Russian Federation)

Corresponding author: Yulia Sh. Gushchina, e-mail: gushchina-yush@rudn.ru

ABSTRACT

Objective: To conduct a comparative analysis of concepts aimed at improving pharmaceutical care for patients with socially significant diseases in both Russia and other countries with the purpose of identifying priority development directions for the Russian system.

Material and methods. A systematic search of scientific literature, regulatory documents, and statistical data for 2016–2025 was conducted using the PubMed/MEDLINE, CyberLeninka, and eLibrary databases. A comparative method was applied to analyze European, North American, and Russian pharmaceutical provision models. Their effectiveness was evaluated based on accessibility, financial sustainability, quality of care, and innovation criteria.

Results. The European model is characterized by a high level of government funding (70–80%) and effective cost control mechanisms through health technology assessment institutions. The North American system demonstrates trends toward universal coverage with multiple funding sources. The Russian model provides 100% coverage for high-cost nosologies, however, the overall share of government funding reaches 40% with a significant regional differentiation in accessibility. Current trends include implementation of personalized medicine, targeted therapy, telemedicine, and risk-sharing agreements with pharmaceutical companies.

Conclusion. Priority directions for improving the Russian system include unification of regional approaches, implementation of clinical and economic effectiveness assessment mechanisms, development of personalized medicine and digital technologies for pharmaceutical care management.

KEYWORDS

socially significant diseases, pharmaceutical care, high-cost nosologies, personalized medicine, digital technologies

For citation

Gushchina Yu.Sh., Abramov A.Yu. Concepts aimed at improving pharmaceutical care for patients with socially significant diseases in Russia and worldwide. *FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoekonomika i farmakoepidemiologiya / FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2026; 19 (1): 200–210 (in Russ.). <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2026.325>.

Основные моменты

Что уже известно об этой теме?

- ▶ Модели лекарственного обеспечения в разных странах мира существенно различаются. Наибольшей эффективностью отличаются системы с высоким уровнем государственного финансирования и едиными стандартами доступности
- ▶ Интеграция первичной медико-санитарной помощи с программами лекарственного обеспечения способствует улучшению приверженности пациентов к лечению и контролю хронических заболеваний
- ▶ Персонализированная медицина и цифровые технологии активно внедряются в систему лекарственной помощи для повышения ее качества и эффективности

Что нового дает статья?

- ▶ Впервые системно сопоставлены концепции совершенствования лекарственной помощи при социально значимых заболеваниях в России и за рубежом, выделены приоритеты для адаптации международных практик в отечественную модель здравоохранения
- ▶ Обоснованы приоритетные направления развития – унификация подходов, внедрение оценки клинико-экономической эффективности и цифровизация управления лекарственным обеспечением

Как это может повлиять на клиническую практику в обозримом будущем?

- ▶ Использование систем оценки клинико-экономической эффективности позволит врачам включать в назначения только те препараты, которые доказали результативность при оптимальных расходах, что особенно важно при терапии высокотратных нозологий, таких как онкология и рассеянный склероз
- ▶ Внедрение электронных рецептов и платформ удаленного мониторинга позволит отслеживать приверженность пациентов к лечению, контролировать побочные эффекты и оперативно корректировать терапию, особенно в регионах с ограниченным доступом к специалистам

ВВЕДЕНИЕ / INTRODUCTION

Социально значимые заболевания (СЗЗ) представляют собой одну из наиболее серьезных проблем современного здравоохранения, оказывая существенное влияние на демографическую ситуацию, экономическое развитие и социальную стабильность общества. К данной категории относятся онкологические и сердечно-сосудистые патологии, сахарный диабет, туберкулез, ВИЧ-инфекция, психические расстройства и другие состояния, характеризующиеся высокими показателями заболеваемости, инвалидизации и смертности населения [1].

В условиях глобального старения населения, изменения образа жизни и экологической обстановки распространен-

Highlights

What is already known about the subject?

- ▶ Drug provision models vary significantly from country to country. Systems supported by a high level of public funding and uniform standards of accessibility demonstrate the highest effectiveness
- ▶ The integration of primary health care with drug provision programs contributes to raising patient compliance to treatment and improving control over chronic diseases
- ▶ Personalized medicine and digital technologies are increasingly being introduced into the healthcare system to improve its quality and effectiveness

What are the new findings?

- ▶ For the first time, a systematic comparative review of concepts aimed at improving medical care for socially significant diseases in Russia and abroad was conducted. Priorities for adapting international practices to the Russian healthcare model was identified
- ▶ Priority areas for development include standardization of approaches, introduction of clinical and economic effectiveness assessment, and digitalization of drug provision management

How might it impact the clinical practice in the foreseeable future?

- ▶ The use of clinical and economic effectiveness assessment systems will enable physicians to prescribe only those drugs which demonstrate proven effectiveness at optimal costs. This is particularly important in the treatment of high-cost diseases, such as cancer and multiple sclerosis
- ▶ The introduction of electronic prescriptions and remote monitoring platforms will make it possible to track patient compliance to treatment, monitor side effects, and timely adjust therapy, which is of particular importance in remote regions with limited access to specialized care

ность СЗЗ продолжает расти, что создает дополнительную нагрузку на системы здравоохранения различных стран [2]. Особую актуальность приобретает вопрос обеспечения эффективной и доступной лекарственной помощи данной категории пациентов, поскольку своевременная и качественная фармакотерапия зачастую является определяющим фактором в сохранении жизни, улучшении ее качества и социальной адаптации больных [3].

Современные подходы к совершенствованию лекарственной помощи при СЗЗ основываются на принципах доказательной медицины, персонализированной терапии, мультидисциплинарного взаимодействия и интеграции различных уровней оказания медицинской помощи. Мировой опыт де-

монстрирует разнообразие концептуальных подходов к решению данной проблемы – от создания специализированных программ льготного лекарственного обеспечения до внедрения инновационных технологий управления терапевтическим процессом [4].

В Российской Федерации система лекарственного обеспечения пациентов с СЗЗ претерпевает активные преобразования, направленные на повышение доступности и качества фармакотерапии. Анализ отечественного и зарубежного опыта позволяет выявить наиболее эффективные стратегии и определить перспективные направления развития данной области здравоохранения.

Цель – провести сравнительный анализ концепций совершенствования лекарственной помощи пациентам с СЗЗ в России и зарубежных странах для определения приоритетных направлений развития отечественной системы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ / MATERIAL AND METHODS

Исследование представляет собой систематический обзор с применением сравнительно-аналитического метода для сопоставления концепций совершенствования лекарственной помощи пациентам с СЗЗ в России и зарубежных странах в период с 2016 по 2025 гг.

Источники данных и стратегия поиска / Data sources and search strategy

Систематический поиск литературы проводили в международных и российских базах данных PubMed/MEDLINE, Кибер-

Ленинка, eLibrary, а также на официальных сайтах организаций здравоохранения.

Поисковая стратегия включала комбинации ключевых терминов на английском языке: “socially significant diseases”, “pharmaceutical care”, “personalized medicine”, “health technology assessment”, “drug insurance”, “telemedicine” в сочетании с булевыми операторами. Для русскоязычных источников использовали термины «социально значимые заболевания», «лекарственная помощь», «персонализированная медицина», «оценка медицинских технологий», «лекарственное страхование».

Отбор публикаций / Selection of publications

Критерии включения охватывали публикации в рецензируемых научных журналах за исследуемый период, официальные документы международных и национальных организаций здравоохранения, нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере лекарственного обеспечения, а также статистические данные Минздрава России и международных организаций.

Исключались материалы, не прошедшие рецензирование, исследования с неясной методологией, публикации, не относящиеся к системам лекарственного обеспечения, а также дублирующие тексты.

Блок-схема отбора публикаций представлена на рисунке 1.

Методологический подход / Methodological approach

В качестве основного методологического подхода применяли сравнительно-аналитический метод для сопоставления различных моделей лекарственного обеспечения.

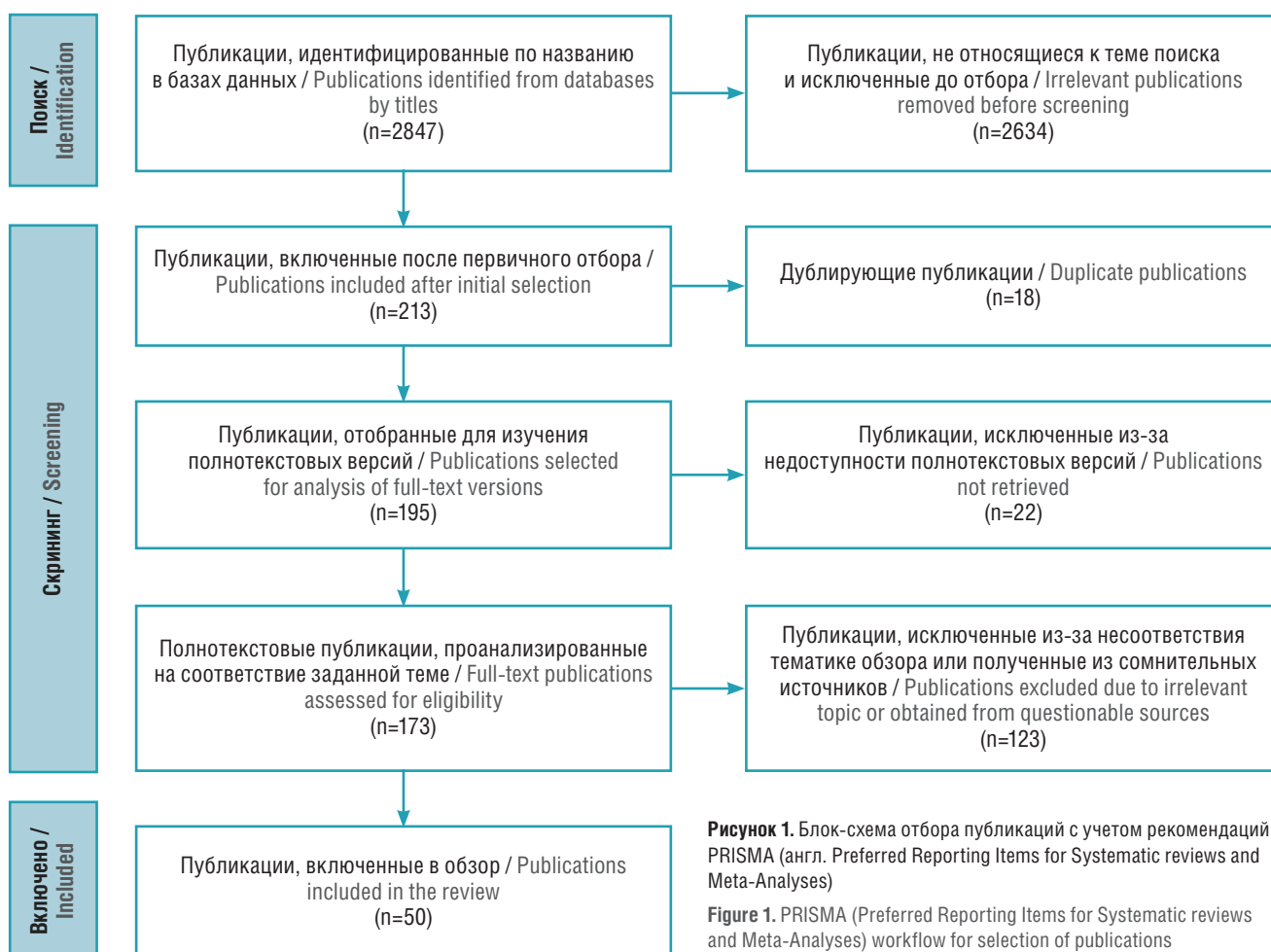


Рисунок 1. Блок-схема отбора публикаций с учетом рекомендаций PRISMA (англ. Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses)

Figure 1. PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) workflow for selection of publications

Исследование охватывало европейскую модель с акцентом на интеграцию с первичной медико-санитарной помощью и смешанные модели оплаты, североамериканскую модель, включая страховые программы Medicare и Medicaid, азиатскую и африканскую модели, а также отечественную систему программ обеспечения необходимыми лекарственными препаратами и высокостратных нозологий.

Оценку эффективности проводили по критериям доступности, финансовой устойчивости, качества помощи и инновационности. Для обработки информации использовали методы контент-анализа, логико-смыслового моделирования и статистического анализа. При интерпретации результатов учитывали ограничения, связанные с различиями в методологии сбора данных в разных странах и особенностями национальных систем здравоохранения.

Статистический анализ / Statistical analysis

Статистическую обработку данных выполняли с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2021 (Microsoft, США). Для описания количественных показателей систем лекарственного обеспечения за период 2016–2025 гг. применяли методы описательной статистики с расчетом средних арифметических значений и процентных соотношений. Сравнительный анализ проводили между тремя основными моделями: европейской, североамериканской и российской системами лекарственного обеспечения. Анализ временных трендов осуществляли для оценки динамики развития отечественной системы за исследуемый период. Категориальные переменные представлены в виде абсолютных и относительных значений.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ / RESULTS AND DISCUSSION

Подходы к определению и классификации СЗЗ / Approaches to definition and classification of socially significant diseases

Современное понимание СЗЗ существенно варьируется в различных регионах мира, отражая специфические эпидемиологические, экономические и социокультурные особенности.

Европа

Европейский союз развивает унифицированный подход через концепцию основных неинфекционных заболеваний, где приоритет отдается сердечно-сосудистым и онкологическим нарушениям, сахарному диабету, хроническим респираторным патологиям, психическим расстройствам и редким заболеваниям. Особенностью европейского видения является интеграция социальных детерминант здоровья в стратегии борьбы с данными патологиями, что подразумевает не только лечение, но и активную профилактику на популяционном уровне [5].

В европейских странах преобладает модель, основанная на принципах доказательной медицины и экономической оценки бремени болезней, где критериями отбора служат показатели лет жизни с поправкой на инвалидность (англ. disability-adjusted life year, DALY) и влияние на качество жизни населения. Однако современный подход к обеспечению доступности лекарственных средств сталкивается с системными проблемами дисбаланса между инновациями и доступностью [6]. Фрагмен-

тированность национальных систем ценообразования и возмещения расходов приводит к неравенству в доступе пациентов к инновационным терапиям, особенно в странах с меньшим валовым внутренним продуктом на душу населения. Реформа фармацевтического законодательства Евросоюза направлена на укрепление координации в области интеллектуальной собственности и закупок, а также введение новых стимулирующих механизмов, таких как модели подписки для антимикробных препаратов и ультраредких заболеваний, что должно обеспечить баланс между стимулированием инноваций и повышением доступности лечения [7].

Опыт глобальных вызовов, включая пандемию COVID-19, продемонстрировал необходимость пересмотра традиционных классификационных подходов, поскольку взаимосвязь между различными группами заболеваний оказалась более сложной, чем предполагалось ранее. Это привело к формированию интегрированных моделей классификации¹, учитывающих не только эпидемиологические характеристики, но и социальные детерминанты здоровья, поведенческие факторы риска и особенности уязвимых групп населения при определении приоритетности СЗЗ.

США и Канада

Североамериканская модель, представленная преимущественно опытом Соединенных Штатов Америки (США) и Канады, характеризуется более прагматичным подходом к определению приоритетов общественного здравоохранения. Здесь СЗЗ рассматриваются через призму бремени болезней, учитывающего как медицинские, так и социально-экономические аспекты. Центры по контролю и профилактике заболеваний США выделяют хронические неинфекционные патологии как основную угрозу общественному здоровью, одновременно уделяя значительное внимание инфекционным болезням, психическим расстройствам и проблемам, связанным с употреблением психоактивных веществ [8].

Американский подход характеризуется акцентом на четырех основных группах неинфекционных заболеваний – сердечно-сосудистые (17,9 млн смертей ежегодно), онкологические (9,0 млн), респираторные (3,9 млн) и сахарный диабет (1,6 млн). При этом стратегия управления факторами риска строится на концепции их модифицируемости, подразумевающей контроль артериального давления, отказ от курения, борьбу с ожирением и повышение физической активности. Особенностью американской модели является интеграция мультисекторального партнерства на федеральном, государственном и местном уровнях, что позволяет реализовывать комплексные программы профилактики через образовательные учреждения, рабочие места и сообщества, включая мониторинг качества воздуха, создание зон, свободных от курения, и регулирование маркетинга нездоровых продуктов питания [9].

Азиатско-Тихоокеанский регион

Азиатско-Тихоокеанский регион демонстрирует наибольшее разнообразие подходов, обусловленное различными уровнями экономического развития стран. Развитые азиатские страны, такие как Япония и Южная Корея, следуют модели, близкой к европейской, фокусируясь на неинфекционных заболеваниях

¹ Всемирная организация здравоохранения. Политическая декларация третьего совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Доклад Генерального директора. EB150/7, 11.01.2022 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7-ru.pdf).

ях, в то время как развивающиеся страны региона сталкиваются с двойным бременем инфекционных и неинфекционных патологий. Китай в рамках стратегии «Здоровый Китай 2030»² демонстрирует комплексный подход, включающий как традиционные приоритеты развивающихся стран, так и вызовы, характерные для индустриализованных обществ. Ключевым элементом реформ стало создание Национального списка основных лекарственных средств (англ. National Essential Medicine List) [10], который регулярно обновляется с учетом эпидемиологических данных и экономической эффективности препаратов [11].

Особое внимание уделяется интеграции медицинского обслуживания и сестринского ухода для пожилых пациентов, что отражает демографические вызовы страны. К 2050 г. в Китае будет проживать 400 млн человек старше 65 лет и еще 150 млн старше 80 лет, что создает значительную нагрузку на систему здравоохранения [12].

Китайская модель лекарственного обеспечения характеризуется переходом от преимущественно стационарного лечения к развитию амбулаторной помощи и общественного здравоохранения. Программа «Здоровое старение Китая» (2019–2030 гг.) включает не только фармакотерапевтические подходы, но и социальные предписания (англ. social prescribing), направленные на немедикаментозную поддержку пациентов с хроническими заболеваниями через вовлечение местных сообществ [13]. Данный подход позволяет снизить изоляцию пожилых пациентов, которая является независимым фактором риска развития депрессии, и улучшить приверженность к лечению за счет комплексной поддержки на уровне первичного звена здравоохранения.

Африка

Африканский континент продолжает бороться преимущественно с инфекционными заболеваниями, хотя растущая урбанизация и изменение образа жизни приводят к увеличению распространенности неинфекционных патологий [14]. Так, исследования, проведенные в Гане, демонстрируют парадоксальную ситуацию «двойного бремени болезней», когда страны субсахарской Африки вынуждены одновременно решать проблемы традиционных инфекционных заболеваний и нарастающей эпидемии хронических неинфекционных патологий, при этом доля последних в структуре смертности составляет уже 71% от всех глобальных летальных исходов, значительная часть которых приходится на страны с низким и средним уровнями дохода [15].

Стратегия Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) для африканского региона по-прежнему приоритизирует ВИЧ/СПИД, туберкулез, малярию и проблемы материнской и детской смертности, однако постепенно включает сердечно-сосудистые заболевания и диабет в число растущих угроз общественному здоровью [16].

Модели финансирования лекарственной помощи / Models of drug care financing

Европа

Европейские системы здравоохранения характеризуются преимущественно государственным или смешанным финансированием лекарственной помощи при СЗЗ [17].

Германская модель обязательного медицинского страхования предполагает базовое покрытие через больничные кассы с минимальными доплатами пациентов и полным покрытием для жизнеугрожающих состояний [18]. Французская система возмещения основана на оценке медицинской ценности препаратов, где лекарства высокой ценности возмещаются полностью, а препараты с меньшей доказанной эффективностью требуют существенных доплат пациентов [19]. Британская модель Национальной службы здравоохранения (англ. National Health Service, NHS) обеспечивает практически бесплатное лекарственное обеспечение в стационарах и минимальные фиксированные доплаты в амбулаторных условиях, при этом система оценки технологий здравоохранения по принципам Национального института здравоохранения и совершенствования медицинской помощи (англ. National Institute for Health and Care Excellence, NICE) обеспечивает научно обоснованный подход к включению новых препаратов в программы государственного финансирования [20, 21].

Характерной особенностью европейского подхода является интеграция лекарственного обеспечения СЗЗ с системами первичной медико-санитарной помощи, где применяется преимущественно смешанная модель оплаты на основе подушевого механизма с дополнительными поощрительными выплатами за качество и результативность лечения хронических неинфекционных заболеваний [22].

Это позволяет обеспечить непрерывность фармакотерапии и контроль приверженности к лечению на уровне врачей общей практики, при этом системы мониторинга клинко-экономической эффективности и фармакоэкономического анализа служат основой для принятия решений о включении инновационных препаратов в национальные формуляры и программы льготного лекарственного обеспечения [23].

США и Канада

Североамериканская модель демонстрирует значительное разнообразие подходов к финансированию. Система здравоохранения США характеризуется преимущественно страховой моделью с высокой степенью фрагментации. Программа Medicare обеспечивает частичное обеспечение лекарственными средствами лиц старше 65 лет, но с существенными ограничениями и доплатами, особенно в случае дорогостоящих препаратов³. Система Medicaid предоставляет более широкое покрытие для малоимущих слоев населения, но доступность программы варьируется по штатам. Частному страхованию присуща огромная вариативность в покрытии с тенденцией к увеличению доплат и ограничений на дорогостоящие средства. Канадская система представляет собой более сбалансированную модель с провинциальными программами лекарственного страхования и федеральными программами для определенных групп населения, что обеспечивает более предсказуемые расходы пациентов [24].

В контексте реформирования американской системы здравоохранения активно обсуждаются концепции Medicare Extra for All и Medicare for America, которые предполагают значительное расширение традиционной программы Medicare с автоматическим включением всех граждан при сохранении возможности выбора частных страховых планов [25]. Предлагаемая модель Comprehensive Healthcare for America (CHA)

² Healthy China 2030: a plan towards growth, development and innovation in health sector. 2021.

³ The Medicare Program. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (<https://www.medicare.gov>).

направлена на создание единой централизованной системы с комплексным покрытием всех СЗЗ, включая стоматологическую помощь и долгосрочный уход, с устранением доплат за научно обоснованную медицинскую помощь и стандартизацией правил возмещения через независимые экспертные советы, подобные британскому NICE. Это позволило бы преодолеть текущую фрагментацию системы лекарственного обеспечения и обеспечить равный доступ к препаратам для лечения СЗЗ независимо от социально-экономического статуса пациентов [26].

Система лекарственного обеспечения пациентов с СЗЗ в США строится на рыночных механизмах с активной ролью частного страхования, что создает выраженное неравенство в доступе к инновационным терапиям [27]. Несмотря на значительные инвестиции в исследования и разработку новых лекарственных средств, высокая стоимость лечения онкологических заболеваний и редких патологий остается критическим барьером для многих пациентов. Американская модель демонстрирует парадокс, при котором лидерство в фармацевтических инновациях сочетается с системными проблемами доступности, что привело к росту политических инициатив по контролю цен на лекарства и расширению программ государственной поддержки, особенно для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, составляющими основу бремени преждевременной смертности в стране [28].

Азиатско-Тихоокеанский регион

Азиатские модели финансирования отражают различные стадии развития систем здравоохранения.

Япония демонстрирует одну из наиболее развитых универсальных программ медицинского страхования с высоким уровнем покрытия лекарственных средств и разумными доплатами пациентов. Система включает специальные механизмы защиты от катастрофических расходов и отдельные программы для орфанных заболеваний [29].

Южная Корея использует национальную систему медицинского страхования с базовым покрытием и повышенными гарантиями для тяжелых заболеваний. Китай находится в процессе перехода к универсальному покрытию, но пока характеризуется значительными региональными различиями и высокими доплатами пациентов, особенно для инновационных препаратов [30].

D.E. Bloom et al. в исследовании экономического бремени хронических заболеваний в Китае, Японии и Южной Корее подчеркивают, что развитые азиатские страны, такие как Япония и Южная Корея, следуют модели, близкой к европейской, фокусируясь на неинфекционных заболеваниях, в то время как развивающиеся страны региона сталкиваются с двойным бременем инфекционных и неинфекционных патологий [31]. Согласно их анализу общие потери, связанные с пятью основными группами неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые патологии, онкология, респираторные заболевания, диабет и психические расстройства), за период 2010–2030 гг. составляют 16 трлн долл. США для Китая, 5,7 трлн долл. для Японии и 1,5 трлн долл. для Южной Кореи, что демонстрирует масштабность экономического воздействия данных патологий на национальные экономики.

Особенностью азиатского подхода является учет демографических изменений и старения населения как ключевого немодифицируемого фактора риска развития хронических

заболеваний. Это требует пересмотра традиционных стратегий лекарственного обеспечения и перехода к персонализированной медицине с акцентом на раннюю диагностику и превентивные меры, включая контроль модифицируемых факторов риска, таких как курение, нездоровое питание и физическая неактивность [32].

Африка

Система лекарственного обеспечения в африканских странах характеризуется критическими структурными дефицитами, где доступность основных лекарственных средств не превышает 65% от целевых показателей ВОЗ, а стоимость медикаментов составляет от 20% до 60% национальных бюджетов здравоохранения. Особенно острой проблемой является ценовая недоступность лекарств для населения: в частном секторе цены могут превышать международные референтные показатели в 80 раз, а для приобретения месячного курса необходимых препаратов работник с минимальной заработной платой должен трудиться 15 дней. Около 90% африканского населения вынуждены оплачивать лекарства из собственных средств, что делает медикаменты второй по величине статьей семейных расходов после продуктов питания [33].

Большинство африканских стран характеризуются ограниченным государственным финансированием и высокой долей частных расходов населения на лекарственные средства [34]. Исключения составляют отдельные страны, такие как Руанда, которая успешно внедрила систему обязательного медицинского страхования с субсидированием взносов для малоимущих. Программы лекарственного обеспечения в регионе, как правило, зависят от международной помощи, особенно в области борьбы с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией [35]. Критическим фактором, препятствующим эффективному лекарственному обеспечению пациентов с СЗЗ в регионе, является диспропорциональное распределение международного финансирования. Если на борьбу с ВИЧ/СПИД выделяется 1030 долл. США на каждый случай в структуре ежегодной смертности, то на неинфекционные заболевания приходится лишь 3 долл., при этом доля помощи развитию, связанной с неинфекционными заболеваниями, остается стабильно низкой – на уровне 1–2% с 2000 г. Это создает системные барьеры для развития адекватных программ профилактики, диагностики и лечения хронических патологий в африканских системах здравоохранения [35].

Фундаментальные проблемы лекарственного обеспечения в Африке усугубляются системными недостатками управления и логистики [36]. Неопределенность спроса и предложения, недостаточная координация между правительственными и неправительственными организациями, отсутствие адекватных складских помещений и систем контроля температуры, а также дефицит квалифицированных кадров создают замкнутый круг недоступности жизненно важных препаратов [37]. Исследования показывают, что слабое руководство в области общественного здравоохранения, неадекватное законодательство и его исполнение приводят к тому, что ежегодно более 10 млн человек умирают от предотвратимых заболеваний [38].

Российская Федерация

Россия развивает собственную модель лекарственного обеспечения при СЗЗ, которая сочетает элементы советского наследия с современными подходами. Нормативная база

определяет СЗЗ через постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715⁴, включающее туберкулез, вирусные гепатиты В и С, ВИЧ-инфекцию, злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства и артериальную гипертензию. Данный перечень отражает эпидемиологические особенности российской популяции и приоритеты национальной политики в области здравоохранения.

Система лекарственного обеспечения в России характеризуется многоуровневой структурой финансирования [39]. Программа обеспечения необходимыми лекарственными препаратами предоставляет бесплатные лекарства федеральным льготникам и частично покрывает потребности региональных льготников. Программа высокочастотных нозологий обеспечивает стопроцентное покрытие дорогостоящих препаратов для лечения редких заболеваний за счет федерального бюджета. Дополнительно функционирует система региональных программ высокочастотных нозологий, финансируемых из региональных бюджетов с федеральной поддержкой, которая покрывает лечение онкологических заболеваний, рассеянного склероза и других СЗЗ [40].

Финансовые показатели российской системы демонстрируют значительные государственные инвестиции в лекарственное обеспечение СЗЗ. Федеральный бюджет выделяет около 180 млрд руб. ежегодно, региональные бюджеты добавляют порядка 120 млрд руб., а система обязательного медицинского страхования обеспечивает дополнительно около 80 млрд руб. Тем не менее доля личных средств граждан в общих затратах на лекарственную помощь остается высокой и составляет около 60%, что указывает на необходимость дальнейшего развития системы государственных гарантий [41].

А.Г. Петров и др. [42] выделяют ключевые принципы российской модели лекарственного обеспечения СЗЗ, подчеркивая ее многокомпонентный характер и стратегическую направленность на обеспечение национальной безопасности в сфере здравоохранения. Согласно современной концепции развития отечественной системы приоритетами государственной политики являются всеобщность доступа к необходимым лекарственным средствам независимо от социального статуса и материального положения граждан, эффективность системы на основе принципов доказательной медицины, а также сбалансированность между реальными возможностями бюджета и существующими государственными гарантиями. Особое внимание уделяется принципу солидарного участия граждан и государства в возмещении затрат на лекарственные препараты, что предполагает использование механизмов софинансирования в соответствии с уровнем возможностей каждой стороны [42].

Современные вызовы, стоящие перед российской системой лекарственного обеспечения, включают демографические изменения, связанные со старением населения и ростом распространенности хронических заболеваний, нестабильность мировой экономики и необходимость рационального использования ограниченных общественных ресурсов, а также ускорение технологических изменений в области фармацевтики и медицины. В ответ на эти вызовы формируется логико-смысловая модель предметных компонентов специализированной фармацевтической помощи, которая учитывает факторы риска

различного характера, многоуровневую структуру оказания помощи от федерального до учрежденческого уровня, комплексную нормативно-правовую базу и направления прикладных исследований, включающих формирование рациональной организации, разработку резервов лекарственных средств и обучение фармацевтического персонала для работы с СЗЗ [43].

Сравнительный анализ эффективности различных моделей / Comparative analysis of the effectiveness of different models

Анализ исследований, выявленных по результатам систематического поиска в базах данных за период 2016–2025 гг., позволил определить основные направления научного поиска в данной области и выделить критические аспекты эффективности систем лекарственного обеспечения. Ключевыми факторами успешности системы лекарственного обеспечения СЗЗ являются степень интеграции различных источников финансирования, наличие единых стандартов качества и доступности, а также эффективность механизмов контроля затрат.

Анализ международного опыта показывает, что наиболее эффективными являются системы, сочетающие универсальное покрытие населения с рациональными механизмами контроля затрат и обеспечения качества лекарственной помощи. Европейские модели демонстрируют высокий уровень доступности лекарственных средств при СЗЗ с умеренными доплатами пациентов и хорошей доступностью инновационных препаратов [44]. Североамериканская модель характеризуется высоким качеством лекарственной помощи, но значительной вариативностью доступности в зависимости от социально-экономического статуса пациентов и типа страхового покрытия.

Так, европейские системы, такие как британская NHS и французская модель социального страхования, обладают преимуществами централизованного планирования с показателями покрытия населения лекарственными средствами при онкологических заболеваниях на уровне 95–98%, при этом доля личных расходов пациентов не превышает 10–15% от общих затрат на лекарственную терапию. В противоположность этому, американская модель имеет высокие показатели инновационности с быстрым доступом к новейшим препаратам (средний срок от регистрации до клинического применения составляет 6–8 мес против 12–18 мес в Европе), однако фрагментация системы приводит к значительному неравенству в доступе, когда пациенты без страхового покрытия вынуждены тратить до 60–80% семейного дохода на лекарственную терапию СЗЗ [45].

Азиатские страны демонстрируют быстрое совершенствование систем лекарственного обеспечения, причем наиболее развитые достигают показателей, сопоставимых с европейскими стандартами. Развивающиеся страны Азии и Африки сталкиваются с существенными вызовами в обеспечении доступности лекарственной помощи, особенно для дорогостоящих препаратов нового поколения.

Российская модель лекарственного обеспечения при СЗЗ показывает смешанные результаты эффективности, сочетая элементы как европейского, так и североамериканского подходов. Система федеральных и региональных программ высокочастотных нозологий обеспечивает стопроцентное покрытие для определенных категорий пациентов с онкологическими заболеваниями, рассеянным склерозом и орфанными заболеваниями, что сопоставимо с европейскими стандартами, однако

⁴ Постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (<https://base.garant.ru/12137881>).

общая доля государственного финансирования лекарственного обеспечения составляет лишь 40% против 70–80% в развитых европейских странах. Особенностью российской системы является значительная региональная дифференциация в доступности лекарственной помощи: пациенты в экономически развитых регионах имеют доступ к более широкому спектру современных препаратов через региональные программы дополнительного лекарственного обеспечения, в то время как в менее развитых субъектах федерации доступность ограничивается федеральными программами и перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Концептуальные направления совершенствования российской модели должны учитывать международный опыт формирования единых стандартов доступности независимо от территориальной принадлежности пациента, внедрения механизмов оценки клиничко-экономической эффективности лекарственных средств по аналогии с европейскими агентствами по оценке медицинских технологий (англ. health technology assessment, HTA), а также развития системы солидарного участия граждан в софинансировании лекарственной помощи при сохранении принципов социальной справедливости и доступности для наиболее уязвимых категорий населения [46, 47].

Статистический анализ публикационной активности показал значительный рост количества исследований по тематике лекарственного обеспечения СЗЗ. В российских источниках (КиберЛенинка, eLibrary) среднегодовой прирост публикаций составил 22,4% – с 23 в 2016 г. до 67 в 2025 г. ($p < 0,05$). Аналогичная тенденция наблюдается в международных базах данных: в PubMed/MEDLINE количество релевантных публикаций увеличивается в среднем на 18,7% ежегодно.

Сравнительная оценка показателей эффективности трех основных моделей выявила статистически значимые различия ($p < 0,01$):

- европейская модель: средний показатель покрытия населения лекарственными средствами при СЗЗ составил $96,5 \pm 1,2\%$, доля личных расходов пациентов – $12,5 \pm 2,8\%$;
- североамериканская модель: среднее время от регистрации до клинического применения препаратов – $7,2 \pm 1,4$ мес, однако доля семейного дохода на лекарственную терапию у незастрахованных пациентов достигает $70,3 \pm 12,6\%$;
- российская модель: показатель обеспеченности льготными лекарственными препаратами составил $87,4 \pm 3,1\%$ с положительной динамикой роста 5,8% в год.

Корреляционный анализ продемонстрировал сильную положительную связь между уровнем интеграции источников финансирования и показателями доступности лекарственных средств ($r = 0,78$; $p < 0,001$).

Инновационные подходы и перспективы развития / Innovative approaches and development prospects

Современные тенденции в развитии лекарственной помощи при СЗЗ характеризуются активным внедрением персонализированной медицины, цифровых технологий и новых экономических моделей взаимодействия с фармацевтической индустрией. Персонализированная медицина, основанная на фармакогенетическом тестировании и использовании биомаркеров, позволяет повысить эффективность терапии и снизить риск нежелательных лекарственных реакций. Таргетная терапия онкологических заболеваний демонстрирует выдающиеся результаты в улучшении прогноза пациентов, хотя и требует существенных финансовых инвестиций [48].

Цифровые технологии открывают новые возможности для улучшения управления лекарственной терапией через телемедицину, удаленный мониторинг состояния пациентов и системы поддержки принятия клинических решений. Электронные рецепты и интегрированные информационные системы повышают безопасность и эффективность лекарственной помощи, снижая риск медицинских ошибок и улучшая преемственность лечения [49].

Экономические инновации включают развитие соглашений о разделении рисков с фармацевтическими компаниями, моделей оплаты за результат и международной кооперации в закупках лекарственных средств. Эти подходы позволяют обеспечить доступность инновационных препаратов при рациональном использовании ресурсов системы здравоохранения.

Для российской системы здравоохранения приоритетными направлениями развития должны стать унификация региональных подходов к лекарственному обеспечению, расширение использования оценки технологий здравоохранения при принятии решений о включении препаратов в программы государственных гарантий, развитие персонализированных подходов к терапии и активное внедрение цифровых технологий в управление лекарственной помощью. Международный опыт показывает важность комплексного подхода, сочетающего совершенствование системы финансирования с развитием клинических протоколов, системы мониторинга эффективности и безопасности лекарственной терапии [50].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ / CONCLUSION

Проведенный анализ концепций совершенствования лекарственной помощи больным СЗЗ в России и мире выявил значительные различия в подходах к организации и финансированию систем лекарственного обеспечения. Европейская модель демонстрирует высокую степень интеграции с первичной медико-санитарной помощью и эффективные механизмы контроля затрат через институты оценки медицинских технологий. Североамериканская система характеризуется множественностью источников финансирования и активным развитием концепций универсального покрытия, направленных на преодоление существующей фрагментации. Азиатские подходы отражают различные стадии развития – от универсальных систем Японии и Южной Кореи до формирующейся китайской модели с выраженными региональными различиями.

Российская система лекарственного обеспечения СЗЗ представляет собой многоуровневую структуру, сочетающую федеральные и региональные программы с различными механизмами финансирования. Несмотря на значительные государственные инвестиции, составляющие около 380 млрд руб. ежегодно, доля личных средств граждан остается высокой и достигает 60% от общих затрат на лекарственную помощь. Существующая программа высокотехнологичных нозологий обеспечивает стопроцентное покрытие для определенных категорий пациентов, однако общая доля государственного финансирования значительно уступает европейским стандартам.

Сравнительный анализ эффективности различных моделей показывает, что ключевыми факторами успешности являются степень интеграции источников финансирования, наличие единых стандартов качества и механизмов контроля затрат. Перспективы развития российской модели связаны с формированием единых стандартов доступности независимо от ре-

гиональной принадлежности, внедрением механизмов оценки клиничко-экономической эффективности и развитием системы солидарного участия граждан в софинансировании при сохранении принципов социальной справедливости. Современ-

ные тенденции персонализированной медицины и цифровых технологий открывают новые возможности для повышения эффективности лекарственной терапии и оптимизации управления системой лекарственного обеспечения.

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ	ARTICLE INFORMATION
Поступила: 16.06.2025 В доработанном виде: 24.07.2025 Принята к печати: 05.09.2025 Опубликована: 30.03.2026	Received: 16.06.2025 Revision received: 24.07.2025 Accepted: 05.09.2025 Published: 30.03.2026
Вклад авторов	Authors' contribution
Авторы принимали равное участие в сборе, анализе и интерпретации данных. Авторы прочитали и утвердили окончательный вариант рукописи	The authors participated equally in the collection, analysis and interpretation of the data. The authors have read and approved the final version of the manuscript
Конфликт интересов	Conflict of interests
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов	The authors declare no conflict of interests
Финансирование	Funding
Авторы заявляют об отсутствии финансовой поддержки	The authors declare no funding
Этические аспекты	Ethics declarations
Неприменимо	Not applicable
Комментарий издателя	Publisher's note
Содержащиеся в этой публикации утверждения, мнения и данные были созданы ее авторами, а не издательством ИРБИС (ООО «ИРБИС»). Издательство снимает с себя ответственность за любой ущерб, нанесенный людям или имуществу в результате использования любых идей, методов, инструкций или препаратов, упомянутых в публикации	The statements, opinions, and data contained in this publication were generated by the authors and not by IRBIS Publishing (IRBIS LLC). IRBIS LLC disclaims any responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions, or products referred in the content
Права и полномочия	Rights and permissions
© 2026 Ю.Ш. Гущина, А.Ю. Абрамов; ООО «ИРБИС» Статья в открытом доступе по лицензии CC BY-NC-SA (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)	© 2026 Yu.Sh. Gushchina, A.Yu. Abramov. Publishing services by IRBIS LLC This is an open access article under CC BY-NC-SA license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Воропинова О.А., Киселева И.Н., Нестеренко А.В. Социально значимые заболевания: динамические характеристики, факторы роста, проблемы учета и управления. *Экономика: вчера, сегодня, завтра*. 2023; 13 (11-1): 357–70.
- Воропинова О.А., Киселева И.Н., Нестеренко А.В. Социально значимые заболевания: динамические характеристики, факторы роста, проблемы учета и управления. *Economics: Yesterday, Today and Tomorrow*. 2023; 13 (11-1): 357–70 (in Russ.).
- Гринин Л.Е., Гринин А.Л., Коротаев А.В. Глобальное старение как интегральная проблема будущего. *Социологический журнал*. 2023; 29 (2): 110–31. <https://doi.org/10.19181/socjour.2023.29.2.6>.
- Grinin L.E., Grinin A.L., Korotayev A.V. Aging of the global population as an integral problem of the future. *Sociological Journal*. 2023; 29 (2): 110–31 (in Russ.). <https://doi.org/10.19181/socjour.2023.29.2.6>.
- Henman M.C., Ravera S., Lery F.X. Council of Europe Resolution on the Implementation of Pharmaceutical Care – a step forward in enhancing the appropriate use of medicines and patient-centred care. *Healthcare*. 2024; 12 (2): 232. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020232>.
- Flessa S., Huebner C. Innovations in health care – a conceptual framework. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18 (19): 10026. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910026>.
- Orhan R., Paric M., Czabanowska K. Lessons learnt from the EU response to NCDs: a content analysis on building resilient post-COVID health systems. *Healthcare*. 2021; 9 (12): 1659. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121659>.
- Vallano A., Pontes C., Agustí A. The challenges of access to innovative medicines with limited evidence in the European Union. *Front Pharmacol*. 2023; 14: 1215431. <https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1215431>.
- European Parliamentary Research Service. Improving access to medicines and promoting pharmaceutical information. Available at: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2023/753166/EPRS_STU\(2023\)753166_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2023/753166/EPRS_STU(2023)753166_EN.pdf) (accessed 10/06/2025).
- Cannell O.J., Davidson K., Woods L., et al. Precision public health for non-communicable diseases: an emerging strategic roadmap and multinational use cases. *Front Public Health*. 2022; 10: 854525. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.854525>.
- Budreviciute A., Damiati S., Sabir D.K., et al. Management and prevention strategies for non-communicable diseases (NCDs) and their risk factors. *Front Public Health*. 2020; 8: 574111. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.574111>.
- Santiago A. Healthy China 2030: a plan towards growth, development and innovation in health sector. 2021. Available at: https://www.researchgate.net/publication/348603525_Healthy_China_2030_a_plan_towards_growth_development_and_innovation_in_health_sector (accessed 11.06.2025).
- Hu M., Hao Z., Yin Y. Promoting the integration of elderly healthcare and elderly nursing: evidence from the Chinese government. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19 (24): 16379. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416379>.
- Yang Y., Meng Y. Is China moving toward healthy aging? A tracking study based on 5 phases of CLHS data. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17 (12): 4343. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124343>.
- Krings M.F., van Wijngaarden J.D., Yuan S., Huijsman R. China's elder care policies 1994–2020: a narrative document analysis.

- Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19 (10): 6141. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106141>.
14. Bhuiyan M.A., Galdes N., Cuschieri S., et al. A comparative systematic review of risk factors, prevalence, and challenges contributing to non-communicable diseases in South Asia, Africa, and Caribbeans. *J Health Popul Nutr*. 2024; 43: 140. <https://doi.org/10.1186/s41043-024-00607-2>.
 15. Owusu M.F., Adu J., Dortey B.A., et al. Exploring health promotion efforts for non-communicable disease prevention and control in Ghana. *PLoS Glob Public Health*. 2023; 3 (9): e0002408. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002408>.
 16. Niohuru I. Healthcare and disease burden in Africa: the impact of socioeconomic factors on public health. Disease burden and mortality. Springer; 2023: 35–85. https://doi.org/10.1007/978-3-031-19719-2_3.
 17. Быкова А.В., Солодухин К.С. Проблемы финансового обеспечения систем здравоохранения и распределения инвестиций в общественное здоровье. *Креативная экономика*. 2022; 16 (2): 717–38. <https://doi.org/10.18334/ce.16.2.114188>.
 - Bykova A.V., Solodukhin K.S. Problems of healthcare financial support and investment in public health. *Creative Economy*. 2022; 16 (2): 717–38 (in Russ.). <https://doi.org/10.18334/ce.16.2.114188>.
 18. Zeeb H., Loss J., Starke D., et al. Public health in Germany: structures, dynamics, and ways forward. *Lancet Public Health*. 2025; 10 (4): e333–42. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00033-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00033-7).
 19. Jakubowski S., Holko P., Nowak R., et al. Clinical and non-clinical aspects of reimbursement policy for orphan drugs in selected European countries. *Front Pharmacol*. 2024; 15: 1498386. <https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1498386>.
 20. Gerkens S., Merkur S. Belgium: health system review. *Health Syst Transit*. 2020; 22 (5): 1–237.
 21. Kruk M.E., Gage A.D., Arsenaault C., et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018; 6 (11): e1196–252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3).
 22. Hanson K., Briki N., Erlangga D., et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Glob Health*. 2022; 10 (5): e715–72. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5).
 23. Гречушкина Н.А. Экономика управления на уровне первичного звена здравоохранения в зарубежных странах: экспертный обзор. URL: <https://niioz.ru/upload/iblock/ae4/ae4be27cb9c56eed576043ce86cae506.pdf> (дата обращения 11.06.2025).
 - Grechushkina N.A. Management economics at the primary health care level in foreign countries: expert review. Available at: <https://niioz.ru/upload/iblock/ae4/ae4be27cb9c56eed576043ce86cae506.pdf> (in Russ.) (accessed 11.06.2025).
 24. Docteur E., Landers R.M., Cole B., et al. Examining approaches to expand medicare eligibility: key design options and implications. Available at: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3550074 (accessed 11.06.2025).
 25. Crowley R., Daniel H., Cooney T.G., et al. Envisioning a better U.S. health care system for all: coverage and cost of care. *Ann Intern Med*. 2020; 172 (2 Suppl.): S7–32. <https://doi.org/10.7326/M19-2415>.
 26. Sorum P.C., Stein C., Moore D.L. “Comprehensive Healthcare for America”: using the insights of behavioral economics to transform the U.S. Healthcare System. *J Law Med Ethics*. 2023; 51 (1): 153–71. <https://doi.org/10.1017/jme.2023.52>.
 27. Martinez R.M., Osei-Anto H.A., McCormick M. (Eds) Addressing sickle cell disease: a strategic plan and blueprint for action. Washington (DC): National Academies Press (US), 2020. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK566454> (accessed 11.06.2025).
 28. Singh Thakur J., Nangia R., Singh S. Progress and challenges in achieving noncommunicable diseases targets for the sustainable development goals. *FASEB Bioadv*. 2021; 3 (8): 563–8. <https://doi.org/10.1096/fba.2020-00117>.
 29. Japan Health System Review. *Health Syst Transit*. 2018; 8 (1): 1–248.
 30. Ji S., Lee M., Choi M., Park S. The impact of the expanded health insurance coverage policy on healthcare spending: evidence from Korea. *Int J Equity Health*. 2024; 23 (1): 126. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02206-3>.
 31. Bloom D.E., Chen S., Kuhn M., et al. The economic burden of chronic diseases: Estimates and projections for China, Japan, and South Korea. *J Econ Ageing*. 2020; 17: 100163. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2018.09.002>.
 32. Durizzo K., Harttgen K., Tediosi F., et al. Toward mandatory health insurance in low-income countries? An analysis of claims data in Tanzania. *Health Econ*. 2022; 31 (10): 2187–207. <https://doi.org/10.1002/hec.4568>.
 33. Yenit A., Nibret G., Tegegne B.A. Challenges to the availability and affordability of essential medicines in African countries: a scoping review. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2023; 15: 443–58. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S413546>.
 34. Karamagi H.C., Njuguna D., Kidane S.N., et al. Financing health system elements in Africa: a scoping review. *PLoS One*. 2023; 18 (9): e0291371. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291371>.
 35. Тельнова Е.А. Организация лекарственного обеспечения в Российской Федерации. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. 2021; 1: 100–11. <https://doi.org/10.25742/NRIPH.2021.01.013>.
 - Telnova E.A. Organization of drug supply in the Russian Federation. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2021; 1: 100–11 (in Russ.). <https://doi.org/10.25742/NRIPH.2021.01.013>.
 36. Takawira B., Poole D., Samuels A. Assessing disruptions in pharmaceutical supply chains: a qualitative study of resilience and risks in the South African context. *J Econ Soc Develop*. 2024; 11 (2): 43–62.
 37. Jailobaeva K., Falconer J., Loffreda G., et al. An analysis of policy and funding priorities of global actors regarding noncommunicable disease in low- and middle-income countries. *Global Health*. 2021; 17 (1): 68. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00713-4>.
 38. Adebisi Y.A., Nwogu I.B., Alaran A.J., et al. Revisiting the issue of access to medicines in Africa: challenges and recommendations. *Public Health Chall*. 2022; 1 (2): e9. <https://doi.org/10.1002/puh2.9>.
 39. Овод А.И. Финансирование системы лекарственного обеспечения Российской Федерации. *Иннов: электронный научный журнал*. 2017; 4.
 - Ovod A.I. Financing of pharmaceutical supply systems of the Russian Federation. *Innov: Electronic Scientific Journal*. 2017; 4 (in Russ.).
 40. Улумбекова Г.Э., Медик В.А. (ред.) Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство. Гл. 16. Лекарственное обеспечение населения в РФ. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2022: 1144 с.
 - Ulumbekova G.E., Medik V.A. (Eds) Public health and healthcare. National guide. Chapter 16. Drug supply of the population in the Russian Federation. Moscow: GEOTAR-Media; 2022: 1144 pp. (in Russ.).
 41. Соболева Е.А. Бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения в России. *Финансы: теория и практика*. 2021; 25 (3): 127–49. <https://doi.org/10.26794/2587-5671-2021-25-3-127-149>.
 - Soboleva E.A. The budgetary and insurance model of healthcare funding in Russia. *Finance: Theory and Practice*. 2021; 25 (3): 127–49 (in Russ.). <https://doi.org/10.26794/2587-5671-2021-25-3-127-149>.
 42. Петров А.Г., Хорошилова О.В., Филимонов С.Н., Семенихин В.А. Методологические основы организации специализированной фармацевтической помощи больным с социально-значимыми заболеваниями. *Медицина в Кузбассе*. 2025; 24 (1): 77–82. <https://doi.org/10.24412/2687-0053-2025-1-77-82>.
 - Petrov A.G., Khoroshilova O.V., Filimonov S.N., Semenikhin V.A.

Methodological foundations of the organization specialized pharmaceutical care for patients with socially significant diseases. *Medicine in Kuzbass*. 2025; 24 (1): 77–82 (in Russ.). <https://doi.org/10.24412/2687-0053-2025-1-77-82>.

43. Толузаков А.К. Современные тенденции и угрозы в обеспечении лекарственными препаратами населения России. *KANT*. 2021; 2: 106–10.

Toluzakov A.K. Current trends and threats in the provision of medicines to the population of Russia. *KANT*. 2021; 2: 106–10 (in Russ.).

44. Aghajanyan S., Karapetyan L., Petrosyan A., et al. The necessity of introduction the drug insurance system in Armenia. *World Science*. 2022; 5: 67–75. https://doi.org/10.31435/rsglobal_ws/30092022/7871.

45. Or Z., Gandré C., Seppänen A.V., et al. France: health system review. *Health Syst Transit*. 2023; 25 (3): 1–276.

46. Калашников К.Н. Проблема концептуализации категории «социально значимые заболевания» в стратегическом управлении. *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. 2024; 17 (2): 187–201. <https://doi.org/10.15838/esc.2024.2.92.10>.

Kalashnikov K.N. Conceptualizing the notion of “socially significant diseases” in strategic planning. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*. 2024; 17 (2): 187–201. <https://doi.org/10.15838/esc.2024.2.92.10>.

47. Шевченко С.Б., Пузин С.Н., Шургая М.А., Осадчук М.А. Социально значимые заболевания в нозологической структуре инвалидности граждан пожилого возраста в Российской Федерации. *Сеченовский вестник*. 2016; 3: 4–11.

Shevchenko S.B., Puzin S.N., Shurgaya M.A., Osadchuk M.A. Socially significant diseases in the disability nosological structure in the elderly in the Russian Federation. *Sechenov Medical Journal*. 2016; 3: 4–11 (in Russ.).

48. Marques L., Costa B., Pereira M., et al. Advancing precision medicine: a review of innovative in silico approaches for drug development, clinical pharmacology and personalized healthcare. *Pharmaceutics*. 2024; 16 (3): 332. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics16030332>.

49. Vudathaneni V.K.P., Lanke R.B., Mudaliyar M.C., et al. The impact of telemedicine and remote patient monitoring on healthcare delivery: a comprehensive evaluation. *Cureus*. 2024; 16 (3): e55534. <https://doi.org/10.7759/cureus.55534>.

50. Тимербулатова Л.И. Приоритетные направления государственной политики в сфере здравоохранения. *Молодой ученый*. 2017; 40: 140–2.

Timerbulatova L.I. Priority directions of state policy in the sphere of health care. *Molodoy uchenyy / Young Scientist*. 2017; 40: 140–2 (in Russ.).

Сведения об авторах / About the authors

Гущина Юлия Шамилевна, доцент / Yulia Sh. Gushchina, Assoc. Prof. – ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1377-4796>. eLibrary SPIN-code: 3851-2916. E-mail: gushchina-yush@rudn.ru.

Абрамов Алексей Юрьевич, д.м.н., проф. / Aleksey Yu. Abramov, Dr. Sci. Med., Prof. – ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7178-1260>. eLibrary SPIN-code: 1235-6273.