

Доступность медицинского обслуживания и фарм-препаратов в Российской Федерации: роль социально-экономических факторов и цифровых инновационных решений

УДК 316.334.2

DOI 10.26425/2658-347X-2025-8-4-38-53

Получено: 10.11.2025

Доработано после рецензирования: 26.12.2025

Принято: 30.12.2025

Чижов Дмитрий Анатольевич

Аспирант

ORCID: 0009-0006-8457-5195

E-mail: carina-7@mail.ru

Государственный университет управления, г. Москва, Россия,

Черкасов Дмитрий Игоревич

Аспирант

ORCID: 0009-0001-8938-720X

E-mail: t.i.d.13.08.2000@gmail.com

Российский экономический университет им. Г.В. Плеханова, г. Москва, Россия

Научный руководитель:

Мкртумова Ирина Владимировна

Д-р социол. наук, проф. каф. социологии, психологии управления и истории¹, проф. каф. политического анализа и социально-психологических процессов²

ORCID: 0000-0003-3106-2485, e-mail: imkrtumova@yandex.ru

¹Государственный университет управления, г. Москва, Росси

²Российский экономический университет им. Г.В. Плеханова, г. Москва, Россия

Аннотация

Проведен анализ структурных детерминант доступности медицинской помощи в Российской Федерации. Исследование фокусируется на взаимовлиянии социально-экономических факторов (социальной стратификации, территориального неравенства), экономических механизмов (государственного финансирования, коммерциализации) и цифровизации на формирование дуалистической модели здравоохранения. Эмпирическую базу исследования составили данные 20 полуструктурированных глубинных интервью с руководителями российских компаний-производителей фармацевтических препаратов и ведущими специалистами в сфере здравоохранения. Результаты исследования выявляют устойчивость ключевых системных вызовов: региональную асимметрию в обеспеченности ресурсами, дефицит кадров и растущую нагрузку на систему обязательного медицинского

страхования. Анализ дискурса экспертов демонстрирует его амбивалентный характер: при декларируемой поддержке политики импортозамещения и экономического суверенитета респонденты акцентируют проблему технологического разрыва и институциональные барьеры. Аргументирован тезис о необходимости смены парадигмы с экстенсивной «борьбы с болезнями» на проактивное «управление здоровьем» с интеграцией регулярного мониторинга общественных аттитюдов в процесс формирования государственной политики. Эффективность импортозамещения ставится в зависимость не только от объемов финансирования, уровня технологий и цифровизации, но и от трансформации символического капитала отечественной медицинской продукции в глазах профессионального сообщества и населения.

Ключевые слова

Доступность медицинского обслуживания в России, социальное неравенство, территориальная дискриминация, импортозамещение в медицине, фармакологический суверенитет, экономический патриотизм, доступность лекарственных средств

Для цитирования

Чижов Д.А., Черкасов Д.И. Доступность медицинского обслуживания и фарм-препаратов в Российской Федерации: роль социально-экономических факторов и цифровых инновационных решений // Цифровая социология. 2025. Т. 8. № 4. С. 38–53.

© Чижов Д.А., Черкасов Д.И., 2025.

Статья доступна по лицензии Creative Commons "Attribution" («Атрибуция») 4.0. всемирная (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



Access to healthcare in Russia: the role of socioeconomic factors and digital technologies

Received 10.11.2025

Revised 26.12.2025

Accepted 30.12.2025

Dmitry A. Chizhov

Postgraduate Student

ORCID: 0009-0006-8457-5195

E-mail: carina-7@mail.ru

State University of Management, Moscow, Russia

Dmitry I. Cherkasov

Postgraduate Student

ORCID: 0009-0001-8938-720X

E-mail: t.i.d.13.08.2000@gmail.com

Plekhanov Russian University of Economics, Moscow, Russia

Supervisor:

Irina V. Mkrtumova

Dr. Sci. (Sociol.), Prof. at the Sociology, Psychology of Management and History¹, Prof. at the Political Analysis and Socio-Psychological Processes Department²

ORCID: 0000-0003-3106-2485, e-mail: imkrtumova@yandex.ru

¹State University of Management, Moscow, Russia²Plekhanov Russian University of Economics, Moscow, Russia

Abstract

The analysis of the structural determinants of medical care availability in Russia has been carried out. The research focuses on the mutual impact of socio-economic factors (social stratification and territorial inequality), economic mechanisms (government financing and commercialization), and digitalization on forming a dualistic healthcare model. The empirical basis of the study has been made up of data from 20 semi-structured in-depth interviews with the heads of Russian pharmaceutical companies and leading healthcare professionals. The study results have revealed the persistence of key systemic challenges: regional asymmetry in the resources provision, staff shortages, and the growing burden on the compulsory health insurance system. The analysis of the experts' discourse demonstrates its

ambivalent nature: with the declared support for the policy of import substitution and economic sovereignty, respondents emphasize the issue of the technological gap and institutional barriers. The thesis has been argued on the need for a paradigm shift from extensive "disease control" to proactive "health management" with the integration of regular monitoring of public attitudes into the process of public policy formation. The effectiveness of import substitution depends not only on the amount of financing, the level of technology, and digitalization, but also on transformation of the symbolic capital of domestic medical products in the eyes of the professional community and the population.

Keywords

Accessibility of healthcare in Russia, social inequality, territorial discrimination, import substitution in medicine, pharmacological sovereignty, economic patriotism, accessibility of medicines

Acknowledgments

The authors express their gratitude to their supervisor, Irina V. Mkrtumova, Dr. Sci. (Sociol.), Prof. at the Sociology, Psychology of Management and History at the State University of Management, Prof. at the Political Analysis and Socio-Psychological Processes Department at the Plekhanov Russian University of Economics.

For citation

Chizhov D.A., Cherkasov D.I. (2025) Access to healthcare in Russia: the role of socioeconomic factors and digital technologies. *Digital sociology*. Vol. 8, no 4, pp. 38–53. DOI: 10.26425/2658-347X-2025-8-4-38-53

© Chizhov D.A., Cherkasov D.I., 2025.

This is an open access article under the CC BY 4.0 license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Введение / Introduction

Доступность медицинского обслуживания является ключевым индикатором социального благополучия и эффективности государственной политики. В современной Российской Федерации (далее – РФ, Россия) система здравоохранения функционирует в условиях постоянного реформирования, находясь под влиянием противоречивых тенденций: с одной стороны, декларируется всеобщая доступность помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), а с другой – нарастает коммерциализация сектора, углубляется социально-экономическое расслоение населения. Санкционное давление и необходимость обеспечения национальной безопасности обострили вопрос технологического и фармакологического суверенитета страны. Политика импортозамещения в сфере здравоохранения перешла из разряда экономических стратегий в разряд социальных и политических императивов. Однако ее реализация сталкивается с комплексом вызовов, связанных с технологиями, логистикой и, что важно, доверием к отечественной продукции со стороны не только специалистов, но и гражданского населения.

Цель настоящего исследования – выявить и проанализировать, как социально-экономические факторы опосредуют взаимодействие между гражданином и системой здравоохранения, создавая барьеры или, наоборот, возможности для получения своевременной медицинской помощи. Необходимо рассмотреть, как эти факторы влияют на конечную стоимость и формирование общественного мнения по поводу уровня здравоохранения в России. Помимо этого, стоит проанализировать точки зрения ключевых агентов процесса импортозамещения в российской медицине – отечественных производителей медицинской продукции. Их оценка возможностей, рисков и отношения к политике экономического патриотизма позволяет выявить реальные контуры формирующейся модели лекарственного обеспечения и ее влияния на доступность медицинской помощи.

Актуальность темы исследования обусловливается важностью общественного восприятия текущего развития системы здравоохранения, в том числе доступности оказания населению медицинской помощи, что представляет собой одно из ключевых звеньев, обеспечивающих экономическое развитие страны, и находит свое отражение как одно из приоритетных направлений государственной политики.

Сравнительный анализ международных подходов к оценке доступности медицинской помощи демонстрирует их значительную контекстуальную зависимость. Методологии, адекватные для конкретных социально-экономических и институциональных реалий одной страны, зачастую оказываются неприменимыми в условиях иной системы здравоохранения в силу различий в социальных контрактах, моделях финансирования и культурных паттернах. Тем не менее компаративный подход представляется эвристически ценным для рефлексии и совершенствования отечественных оценочных методик, позволяя выявить универсальные структурные барьеры и специфические механизмы их воспроизводства.

Проведенный концептуальный анализ подтверждает многомерный характер категории «доступность», которая выходит за рамки сугубо территориальной или финансовой составляющих. Она включает комплекс факторов, от организационных и информационных до социально-психологических, формируя тем самым сложную систему социального исключения. Изучение видов медицинской помощи в рамках системы ОМС в России позволило идентифицировать устойчивые проблемы, ограничивающие реализацию принципа равной доступности для всех граждан.

Эмпирические данные демонстрируют разрыв между декларируемой универсалистской моделью Всемирной организации здравоохранения и практикой, характеризующейся хроническим недофинансированием, создающим скрытые платёжные барьеры для уязвимых групп, непрозрачностью механизмов тарифообразования и межтерриториальных расчетов, воспроизводящей ведомственные и региональные диспропорции, а также дефицитом символического капитала системы, проявляющимся в низкой информированности населения о правах как форме символического насилия. Таким образом, система ОМС, формально основанная на солидарности, сталкивается со структурными дисфункциями, требующими корректировки государственной политики для достижения подлинной социальной справедливости в сфере здоровья как фундаментального права.

Фармакологический суверенитет и проблема «фармирующихся» стран / Pharmaceutical sovereignty and the problem of pharmerging countries

Мировой рынок фармацевтики характеризуется высокой степенью концентрации участников и тяготеет к монополистической

конкуренции [Устюжанина и др., 2020]. Вклад 10 крупнейших фармацевтических компаний планеты в общемировые продажи лекарственных препаратов и вакцин составляет около 46 %, а совокупные продажи группы «Топ-50» достигают 80 % [Налимов, Руденко, 2015]. Около половины всего рынка находится под контролем компаний Соединенных Штатов Америки (далее – США), крупными игроками также являются транснациональные гиганты со штаб-квартирами в Швейцарии, Великобритании, Франции и Японии [Gonzalez Pena et al., 2021]. Конкурентные позиции фарм-гигантов определяются производством инновационных препаратов узких терапевтических направлений, обеспечивающих основную часть прибыли, следовательно, компании-лидеры вынуждены поддерживать высокие затраты на научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы (далее – НИОКР) – вплоть до 25 % от совокупной выручки [Иванова, Мамедьяров, 2022]. Вследствие этого фармотрасль обладает достаточно длинным финансовым циклом продукции – в среднем около 10–15 лет [Мамедьяров, 2022].

За исключением сегмента производства дженериков, глобальный рынок фармацевтики имеет высокие барьеры входа, которые сводятся к накоплению технологических заделов. В связи с этим реальная рыночная власть сосредоточена у нескольких десятков корпораций, именуемых «Большой фармой» (англ. Big pharma) [Dosi et al., 2023]. Этот факт вызывает глубокую обеспокоенность у мировой общественности: получается, что такая чувствительная область, как здоровье граждан, находится, по сути, в ведении зарубежных компаний, строго охраняющих технологии на производство тех или иных лекарств и управляющих потоками их продаж.

В 2019 г. 6 крупнейшими международными организациями, в том числе Всемирной организацией здравоохранения и подразделениями Организации Объединенных Наций, было опубликовано призыв к наращиванию производства медикаментов внутри стран или территориальных объединений. С распространением пандемии COVID-19, когда этичность секретности технологий производства вакцин превратилась в предмет острых дискуссий, стало очевидно, что суверенность фармацевтической отрасли – витальное слагаемое национальной безопасности [[Binagwaho et al., 2021; Okereke and Essar, 2021; Cowart et al., 2023; Пылаева и др., 2022]. Мировой опыт показывает, что производители из развивающихся стран вполне способны успешно конкурировать с транснациональными корпорациями

и находить свою нишу на внутреннем и внешних рынках [Мамедьяров, 2017]. К группе стран, преуспевших в развертывании собственных производственных мощностей, обычно относят членов БРИКС, МИКТА [Tannoury, Attieh, 2017].

Появился специфический термин, объединяющий государства с интенсивно развивающейся фармацевтической отраслью – «фармирующиеся» страны (англ. pharmerging countries) [Civaner, 2012]. Рост производства фармацевтики как минимум на начальных этапах не обходится без тесного сотрудничества с «Большой фармой», обладающей производственной филиальной сетью по всему миру. При этом импортозамещение, возрастающая локализация, повышение добавленной стоимости стали неотъемлемыми атрибутами промышленной политики «фармирующихся» стран, а окончание патентов на производство ряда широко известных лекарств, распространение дженериков и биоаналогов, сравнительно низкие издержки стали дополнительными драйверами смены парадигмы глобального рынка фармацевтики в XXI в. [Kumar et al., 2015].

Индия, являясь крупным игроком на глобальном рынке фармакологии (в объеме мирового экспорта поставляет примерно 20 % дженериков и 50 % вакцин), в большей степени ориентирована на производство лекарственных препаратов с относительно невысокой добавленной стоимостью и находится в сильной зависимости от поставок активных действующих веществ из США, Китая и других стран [Cherian et al., 2021]. В 2014 г. была запущена масштабная госпрограмма «Делай в Индии». Обильные инвестиционные потоки были направлены в модернизацию производственных площадей, НИОКР, повышение квалификации работников фармацевтических предприятий [Губина, 2019]. Благодаря форсированной поддержке импортозамещения доля импортных действующих веществ постепенно начала сокращаться уже к концу 2010-х гг. [Gajbhiye et al., 2022].

Стратегия ускоренной локализации производства фармпродукции была успешно реализована в Южно-Африканской Республике. На первом этапе, в начале 2000-х гг., приоритетом стало замещение импортных поставок преимущественно индийских дженериков при активном взаимодействии с «Большой фармой» [Chaudhuri, 2016; Horner, 2021]. В 2010-х гг. была усилена поддержка отечественного производства активных действующих веществ, причем в компаниях с высокой долей государственного участия. С целью повышения эффективности проводимой политики власти прибегали к агрессивным протекционистским

мерам (помимо субсидий, налоговых льгот и т.п.), от ограничения государственных закупок зарубежных лекарств до полного запрета на импорт дженериков, имеющих аналоги южноафриканского производства. Похожий путь прошли и другие государства субсахарской Африки: Кения, Нигерия, Гана (в этой стране удалось организовать собственное производство фармзаводов) [Pourraz, 2022].

С социологической точки зрения фармацевтическая зависимость государства в мирный период представляет собой не просто экономическую уязвимость, а фундаментальный фактор, структурирующий социальные риски и углубляющий общественное неравенство. Эта зависимость транслируется в системную неконкурентоспособность в сфере народосбережения, порождая долгосрочный тренд на повышение ключевых негативных показателей: смертности, инвалидизации, временной утраты трудоспособности и общего снижения качества жизни по сравнению с обществами, обладающими фармацевтическим суверенитетом. Таким образом, формируется социальное расслоение глобального масштаба, где граждане фармазависимой страны оказываются в заведомо проигрышной позиции с точки зрения доступа к благам современной медицины.

Данное неравенство усугубляется стратегиями глобальных игроков. При этом поставляемые на внешние рынки стратегические продукты, включая фармацевтику, могут уступать по ключевым характеристикам продукции для внутреннего потребления. Этот феномен можно интерпретировать как форму символического насилия и создания «рынков второго сорта». В результате даже ограниченная доступность зарубежных лекарственных препаратов, определяющих значимые клинические эффекты, не обеспечивает потребности всех нуждающихся в фармазависимой стране, закрепляя модель структурного ограничения жизненных шансов для широких слоев населения.

В условиях военного времени или острого геополитического кризиса фармацевтическая несuverенность катастрофически быстро трансформируется в прямую угрозу национальной безопасности. Однако риски носят не только общий, но и дифференцированный характер. Угроза жизни и здоровью возникает не только для населения в целом, но и для правящих элит, которые допустили или попустительствовали формированию этой зависимости. Это создает парадоксальную ситуацию, когда последствия принятых (или непринятых) решений бумерангом затрагивают самих decision-makers. Яркой

иллюстрацией этого тезиса служат введенные с 2014 г. санкции, которые автоматически означают недоступность высокотехнологичной зарубежной медицины для отдельных представителей элиты, обнажая хрупкость их исключительного статуса и подвергая сомнению негласные условия социального контракта.

В этом контексте крупные национальные фармацевтические компании становятся не только экономическим активом, но и ключевым социально-политическим институтом – инструментом защиты биополитического суверенитета государства. Однако высокая технологичность отрасли, ресурсоемкость и продолжительность цикла разработки практически исключают возможность восстановления самодостаточности в краткосрочной перспективе. Это указывает на то, что фармацевтический суверенитет является не единовременным актом, а результатом долгосрочной мобилизационной стратегии, требующей концентрации политической и ресурсов.

Появление на внутреннем рынке национальных компаний-лидеров, способных составить конкуренцию глобальным игрокам, апеллирует не только к экономической целесообразности, но и к способности государства организовать масштабную коллективную деятельность, близкую к мобилизационной, в длительной перспективе. Это вопрос не просто импортозамещения, а формирования новой социально-технологической реальности, где защита здоровья нации становится краеугольным камнем национальной безопасности и основой для перезаключения общественного договора.

Фармацевтический суверенитет: роль регуляторных функций в оценках профессионалов / Pharmaceutical sovereignty: the role of regulatory functions in professionals assessments

Российская фармацевтическая отрасль проделала огромный путь за последние 20 лет: запущены новые современные фармпроизводства, отечественные фармпроизводители соответствуют мировым стандартам GMP (англ. Good Manufacturing Practice – надлежащая производственная практика, стандарты GMP относятся к регламентации процессов производства (прежде всего фармацевтических препаратов, медицинских изделий, продуктов питания), обеспечивая их качество и безопасность)¹. Если по итогам 2004 г. доля российских

¹ European Medicines Agency. Good manufacturing practice. Режим доступа: <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/research-development/compliance-research-development/good-manufacturing-practice> (дата обращения: 07.11.2025).

лекарственных средств составляла в деньгах всего 23 % (около 43 млрд руб.), то к 2023 г. она достигла 68,6 % (1,768 млрд руб.)².

Таких результатов удалось достичь благодаря принятию в 2010 г. 61-ФЗ, который гармонизировал требования к производителям с международными стандартами, запуску программ стратегического развития фармацевтической отрасли «Фарма – 2020», а затем «Фарма – 2030», умеренному протекционизму (национальный режим в рамках 44-ФЗ и 223-ФЗ, а также льготные займы Фонда развития промышленности), постоянному увеличению доли госзакупок отечественных лекарств и достаточно высоким уровнем затрат на закупку фармпрепаратов, хорошей в сравнении с другими странами системе регулирования аптечного рынка^{3,4,5,6}.

Однако все эти достижения не смогли обеспечить пропорционального роста экспорта лекарственных средств, причем даже в страны Евразийского экономического союза. Объем экспорта в 2023 г. и в 2024 г. не превышал 4 % от объема фармрынка⁷. Ключевыми проблемами являются регуляторные ограничения как в российском правовом поле, так и в зарубежных юрисдикциях, а также отсутствие инструментов и понимания потребностей экспортеров в фармацевтической сфере.

Санкционный уход значительной части западных фармацевтических компаний с российского рынка инициировал глубокий структурный кризис в отрасли, выступив в роли катализатора трансформации сложившейся модели лекарственного обеспечения. Ответом государства на этот вызов стала стратегия «Фарма-2030», утвержденная Правительством РФ. Данная стратегия знаменует собой не просто технический курс на импортозамещение, а целенаправленную попытку пересбора социального контракта в сфере здоровья, где гарантом доступности

жизненно важных лекарств и медицинских изделий провозглашается национальный производитель.

В этом контексте показателен пример строительства нового научно-производственного комплекса «Аргументум Фарма» в Дубне. Инвестирование 1,8 млрд руб. в создание мощностей по выпуску критически важных препаратов – анальгетиков, средств для терапии онкологических, кардиологических и ревматических заболеваний – можно рассматривать не только как экономический проект, но и как акт институционализации новой модели обеспечения. Планируемый выпуск свыше 55 млн ед. лекарств в год после запуска в 2026 г. представляет собой попытку системного ответа на структурный дефицит, возникающий в ключевых терапевтических нишах⁸.

Статистическое сокращение ассортимента импортных лекарств на 20 % за год является не просто цифровым индикатором, а отражением социальной уязвимости, порожденной зависимостью от глобальных цепочек поставок. В этих условиях инициативы российских фармпроизводителей по локализации производства выполняют функцию социального стабилизатора. Они направлены на предотвращение формирования «аптечных пустынь» – ситуаций, когда жизненно важные препараты становятся физически недоступными для широких слоев населения. Таким образом, фармацевтическое импортозамещение трансформируется из экономической стратегии в инструмент снижения социальных рисков и поддержания общественного здоровья как фундаментальной компоненты национальной безопасности.

Курс на импортонезависимость / Course towards import independence

Несмотря на формальный иммунитет сферы лекарственного обеспечения от прямых санкционных ограничений, российская фармацевтическая отрасль на протяжении последних полутора лет функционирует в условиях перманентной структурной адаптации. Косвенные последствия санкционного режима, проявившиеся в нарушениях устоявшихся логистических цепочек и сложностях проведения международных расчетов, инициировали глубокую трансформацию рынка, заставив национальных производителей экстренно перестраивать производственные и снабженческие процессы.

⁸ «Аргументум Фарма» направит на производство препаратов из перечня ЖНВЛП 1,8 млрд рублей. Режим доступа: <https://vademec.ru/news/2025/08/01/argumentum-farma-napravit-na-proizvodstvo-preparatov-iz-perechnya-zhnvlp-1-8-mlrd-rublej/> (дата обращения: 07.11.2025).

² Лекарственный суверенитет и экспортный потенциал: противоречия и способы их разрешения. Режим доступа <https://globalaffairs.ru/articles/lekarstva-suverenitet-lisovskij/> (дата обращения: 07.11.2025).

³ Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». Режим доступа https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99350/ (дата обращения: 07.11.2025).

⁴ От «Фармы-2020» к «Фарме-2030»: проблемы, задачи, перспективы. Режим доступа: https://sojuzpharma.ru/news/7763-ot_farmy2020_k_farme2030_problemy_zadachi_perspektivy (дата обращения: 07.11.2025).

⁵ Федеральный закон от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_144624/ (дата обращения: 07.11.2025).

⁶ Федеральный закон от 18 июля 2011 г. № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_116964/ (дата обращения: 07.11.2025).

⁷ Лекарственный суверенитет и экспортный потенциал: противоречия и способы их разрешения. Режим доступа: <https://globalaffairs.ru/articles/lekarstva-suverenitet-lisovskij/> (дата обращения: 07.11.2025).

В настоящее время наблюдается постепенная стабилизация, движимая активным процессом фармацевтического импортозамещения. Этот процесс выходит за рамки простой технической замены выпавших иностранных компонентов, приобретая характер структурной пересборки всей системы лекарственного обеспечения. Отечественные компании не просто адаптируются к новым условиям, а активно конструируют новую рыночную реальность, выводя на рынок препараты и медицинские изделия, призванные заместить утраченные импортные позиции.

Социальная значимость этой трансформации становится особенно рельефной при анализе конкретных кейсов. Так, компания «Герофарм» готовит к выпуску первый отечественный аналог препарата «Оземпик», что является прямым ответом на возникновение социальной уязвимости среди значительной группы населения – пациентов с сахарным диабетом II типа и ожирением, лишившихся критически важной терапии. Биотехнологическая компания BIOCAD, зарегистрировав первый российский оригинальный препарат для терапии рассеянного склероза, не только заполняет рыночную нишу, но и берет на себя часть социальной ответственности за обеспечение здоровья более 150 тыс. страдающих от этого тяжелого заболевания россиян, чье лечение не может быть прервано⁹.

Разработка компании «Эндофарм» – противосудорожный препарат «Клобазам», замещающий французское средство «Фризиум», – после подтверждения соответствия качества со стороны Росздравнадзора была введена в гражданский оборот, символизируя не только коммерческий успех, но и восстановление социальной гарантии доступа к жизненно важному лечению для соответствующих групп пациентов¹⁰. Наблюдаемые процессы свидетельствуют о переходе от фазы кризиса к фазе институционализации новой модели фармацевтического обеспечения, в рамках которой национальный производитель начинает играть ключевую роль не только как экономический агент, но и как институт, обеспечивающий коллективное благо в сфере общественного здоровья.

Одно из направлений, которое активно развивает компания «ПСК Фарма», по словам генерального

⁹ «Герофарм» готовит к выпуску первый российский аналог Оземпика. Режим доступа: <https://vademec.ru/news/2023/06/28/gerofarm-gotovit-k-vypusku-pervyy-rossiyskiy-analog-ozempika/> (дата обращения: 07.11.2025).

¹⁰ Лекарственный суверенитет: почему важно ускорить регуляторные процессы в фармотрасли. Режим доступа: <https://iz.ru/1605840/anastasiia-ershova/lekarstvennyi-suverenitet-pochemu-vazhno-uskorit-regulatornyie-protcessy-v-farmotrasli?ysclid=mlaxiukgts816471984> (дата обращения: 07.11.2025).

директора Е. Шапиро, связано с лекарственными препаратами для терапии ревматоидного артрита¹¹. В России ревматоидный артрит выявлен более чем у 300 тыс. чел. При этом 70 % от общего числа больных через 15 лет после диагностирования заболевания теряют работоспособность, а треть из них становятся инвалидами: «Мы активно развиваем свой противоартритный портфель. Сейчас мы поставляем в лечебные учреждения первый отечественный тофацитиниб – лекарство, используемое для лечения ревматоидного артрита, псориазического артрита и язвенного колита, и вошедший в топ-10 международных непатентованных наименований по импортозамещению этанерцепт, также необходимый для лечения ревматоидного артрита. В рамках контракта с Московской областью ведем поставки первого российского биосимиляра – препарат используется для лечения ревматоидного артрита. Он входит в топ-5 препаратов по объемам продаж в этом регионе, а в Краснодарском крае за 9 месяцев 2023 г. препарат стал самым востребованным из нашего продуктового портфеля», – отметила Е. Шапиро.

В портфеле компании 15 впервые воспроизведенных лекарственных препаратов в России. Из них четыре по итогам 2022 г. аналитическое агентство DSM Group включило в топ-10 международных непатентованных названий по импортозамещению¹².

В 2025 г. на фоне структурной трансформации фармацевтического рынка России наблюдается сложное переплетение экономических и социальных тенденций, формирующих новые модели доступности медицинской помощи. Совокупный объем рынка демонстрирует номинальный рост на 18 % в денежном выражении, достигнув 2,7 трлн руб., однако этот рост сопровождается сокращением физических объемов продаж на 1 %, что указывает на инфляционную природу динамики и рост финансовой нагрузки на конечных потребителей¹³. Значительная доля рынка (54 %) остается под контролем иностранных производителей, тогда как локальные компании, занимая 36 % в денежном выражении и 62 % – в объемном, демонстрируют разнонаправленную динамику, отражающую их позиционирование в разных ценовых сегментах.

¹¹ Лекарственный суверенитет: почему важно ускорить регуляторные процессы в фармотрасли. Режим доступа: <https://iz.ru/1605840/anastasiia-ershova/lekarstvennyi-suverenitet-pochemu-vazhno-uskorit-regulatornyie-protcessy-v-farmotrasli?ysclid=mlaxkrdv5q658776714> (дата обращения: 07.11.2025).

¹² Ершова А. Лекарственный суверенитет: почему важно ускорить регуляторные процессы в фармотрасли. Режим доступа: <https://iz.ru/1605840/anastasiia-ershova/lekarstvennyi-suverenitet-pochemu-vazhno-uskorit-regulatornyie-protcessy-v-farmotrasli> (дата обращения: 07.11.2025).

¹³ Там же.

Социально-экономическая стратификация потребительского поведения отчетливо прослеживается в розничном сегменте, где 72 % упаковок приходится на препараты стоимостью до 500 руб. При этом более дорогостоящие сегменты демонстрируют опережающий рост в натуральном выражении (17–28 %), что свидетельствует об углублении неравенства в доступе к инновационной терапии. Государственный сегмент, составляющий 46 % рынка, становится ключевым инструментом социальной защиты, демонстрируя рост на 26–30 % по различным программам льготного обеспечения. Особенно значимым представляется развитие специализированных программ, таких как фонд «Круг добра», где объемы финансирования отдельных препаратов достигают 17,5 млрд руб., обеспечивая доступ к жизненно важной терапии для пациентов с орфанными заболеваниями¹⁴.

Особого внимания заслуживает трансформация моделей потребления в розничном сегменте. Анализ динамики продаж безрецептурных препаратов показывает рост на 12–18 % в денежном выражении при одновременном сокращении физических объемов на 1–4 %, что свидетельствует о переходе к самолечению более дорогостоящими препаратами. Это может указывать на формирование новой модели потребительского поведения, когда население компенсирует ограничения доступности профессиональной медицинской помощи путем инвестиций в безрецептурные продукты премиального сегмента¹⁵.

Значимые изменения происходят в системе дистрибуции. Концентрация рынка достигает критических значений – на топ-10 дистрибьюторов приходится 71,9 % всего объема продаж, при этом лидеры рынка демонстрируют разнонаправленную динамику. Такие игроки, как «Пульс» и «Катрен», показывают умеренный рост (7–9 %), тогда как «Р-Фарм» и «Ирвин» демонстрируют взрывную динамику (26–75 %), что отражает процессы перераспределения рыночных долей в условиях санкционного давления и импортозамещения¹⁶.

В контексте цифровизации здравоохранения наблюдается парадоксальная ситуация: несмотря на формальное доминирование традиционных каналов продвижения (93 %), их эффективность постепенно снижается [Галицкая, Мещерякова, 2022]. NPS (англ. Net Promoter Score – индекс лояльности, который используется для оценки удовлетворенности пациентов) очных визитов

медицинских представителей показывает отрицательную динамику, тогда как цифровые каналы демонстрируют рост вовлеченности специалистов. Это создает предпосылки для смены коммуникационной парадигмы в отрасли, где гибридные модели взаимодействия становятся новым стандартом.

Региональная диспропорция в обеспеченности медицинскими кадрами приобретает системный характер. Если в Центральном и Северо-Западном федеральных округах нагрузка на терапевтов составляет 1,4–1,6 тыс. пациентов на врача, то в Южном и Северо-Кавказском федеральных округах этот показатель достигает 2,290–2,337 тыс. пациентов. Эта асимметрия напрямую влияет на доступность медицинской помощи и формирует различные модели лекарственного потребления в регионах, что требует дифференцированного подхода к разработке региональных программ лекарственного обеспечения [Золотов, Паникарова, 2025].

Развитие электронной коммерции приобретает институциональные черты – доля онлайн-продаж в розничном сегменте достигает 16–26 % для ведущих игроков, при этом формируются специализированные цифровые экосистемы. Лидеры рынка, такие как «Аптека.ру», демонстрируют долю в 26,3 % в e-com сегменте при относительно скромной (4,3 %) доле в общем розничном рынке, что указывает на опережающую цифровизацию каналов дистрибуции¹⁷.

На фоне этих процессов усиливается значение государственного регулирования рынка. Механизмы принудительного лицензирования и ценового контроля создают новые вызовы для производителей, особенно в сегменте жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. При этом сохраняющаяся зависимость от импорта фармацевтических субстанций (70–80 %) делает российский рынок уязвимым к глобальным колебаниям, актуализируя вопросы фармацевтической безопасности в долгосрочной перспективе.

Социально-экономические последствия фармацевтической зависимости / Socio-economic consequences of pharmaceutical addiction

Российский фармацевтический рынок характеризуется высокой степенью концентрации и монополизации, где доминирующую роль играют транснациональные корпорации («Большая фарма»). Устойчивая зависимость России

¹⁴ Фармацевтический рынок России – аналитические материалы Группы «Деловой профиль». Режим доступа: <https://delprof.ru/press-center/open-analytics/farmatsevticheskiy-rynok-rossii/> (дата обращения: 07.11.2025).

¹⁵ Там же.

¹⁶ Там же.

¹⁷ Там же.

от импорта лекарственных средств и фармацевтических субстанций (по оценкам авторов, до 80 % используемых субстанций являются импортными) создает системные риски, которые распределяются в социальном пространстве крайне неравномерно.

Высокая доля импортной продукции, накладные расходы сложных международных логистических цепочек и маркетинговые стратегии транснациональных корпораций формируют завышенную конечную стоимость лекарств. Это создает непреодолимые финансовые барьеры для значительной части населения, особенно для малообеспеченных граждан и лиц с хроническими заболеваниями, требующими дорогостоящей терапии. Данная экономическая зависимость отрасли напрямую транслируется в углубление социально-экономического неравенства в сфере здоровья, вынуждая людей отказываться от необходимого лечения или переходить на менее эффективные аналоги, что в долгосрочной перспективе ведет к снижению качества жизни, росту инвалидизации и преждевременной смертности.

Структурная зависимость порождает острое территориальное неравенство. Дефицит определенных лекарственных препаратов, возникающий вследствие разрывов в логистических цепях, санкционных ограничений или политических решений стран-производителей в первую очередь и в наиболее острой форме затрагивает удаленные и депрессивные регионы. Жители моногородов, сельской местности и депрессивных территорий сталкиваются с проблемой «двойной исключенности» – они страдают не только от недостатка медицинской инфраструктуры и кадрового дефицита, но и от хронических сбоев в системе лекарственного обеспечения. Это закрепляет устойчивую модель пространственной несправедливости, когда шансы на получение адекватной медицинской помощи оказываются напрямую связаны с местом проживания индивида.

Наиболее драматические социальные последствия фармацевтической зависимости проявляются в ситуации с жизненно важными препаратами. Критическая зависимость от поставок лекарств для лечения онкологических, орфанных заболеваний, вируса иммунодефицита человека и других тяжелых недугов ставит жизнь и здоровье тысяч пациентов в прямую зависимость от внешнеполитической конъюнктуры и решений иностранных правительств. В этих условиях конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь трансформируется из социальной гарантии в условную привилегию, доступную лишь при стечении благоприятных международных обстоятельств.

Это не только подрывает основы социального контракта между государством и гражданином, но и порождает глубокое чувство тревоги и незащищенности у целых категорий населения, усиливая их структурную уязвимость.

Институциональной основой, порождающей и закрепляющей эти социальные диспропорции, является сама структура отечественного фармацевтического рынка. Его сегментация, где официальному зарубежному сектору принадлежит 54 %, а частному «теневому» сектору с непрозрачными бенефициарами – 43 % (при практически символической доле государственного сектора в 2–3 %), создает непреодолимые институциональные барьеры для выравнивания доступности. Частный «теневой» сектор, несмотря на формальную принадлежность к российской юрисдикции, в силу своей корпоративной архитектуры ориентирован в первую очередь на коммерческую эффективность, а не на достижение общественного блага. Его стратегические интересы могут не совпадать с задачами обеспечения национальной биобезопасности и всеобщей доступности лекарств, а зачастую и прямо противоречить им. Усугубляет ситуацию и раздробленность регуляторных функций между различными ведомствами, что не позволяет сформировать единую, скоординированную политику, направленную на преодоление социальных диспропорций в сфере здоровья.

Сложившаяся модель управления отраслью, которую можно определить как инерционно-реактивную, демонстрирует свою принципиальную неспособность решить системные проблемы доступности. Предлагаемые в ее рамках меры, такие как упрощенная регистрация дефектурных препаратов или точечные программы импортозамещения, носят сугубо тактический, ситуативный характер. Они могут временно смягчить остроту кризиса, но не устраняют коренных, структурных причин уязвимости, заложенных в самой модели фармацевтической колониальности. Выход из этой системной ловушки видится в кардинальной смене парадигмы и переходе к мобилизационной модели развития. Ее краеугольным камнем должно стать создание мощного, технологически продвинутого государственного сектора, олицетворенного в виде специализированной госкорпорации (условно: «Росфарма»). Такая структура смогла бы выполнять роль не только координатора и стратегического планировщика, но и прямого производителя, способного консолидировать ресурсы, определять приоритеты и выступать безусловным гарантом обеспечения населения жизненно важными лекарственными

средствами независимо от их социального статуса, уровня дохода и места проживания.

На основе вышеперечисленного можно сделать вывод о том, что обеспечение реальной, а не декларативной доступности медицинского обслуживания в России оказывается неразрывно связано с проблемой преодоления фармацевтической зависимости. Проблема давно перестала быть узковедомственным или сугубо экономическим вопросом, превратившись в ключевую социально-политическую задачу, от решения которой зависит не только здоровье нации, но и социальная стабильность и национальная безопасность в широком смысле. Преодоление структурного неравенства в доступе к медицинской помощи через обретение фармацевтического суверенитета является необходимым условием для укрепления права граждан на здоровье как фундаментальной ценности и перезаключения общественного договора на новых, более справедливых основаниях.

**Роль цифровых инструментов
в обеспечении доступности медицинского
обслуживания в России: новые
возможности и старые барьеры /
The role of digital tools in ensuring access
to healthcare in Russia: new opportunities and
old barriers**

Цифровая трансформация здравоохранения России, активно реализуемая в рамках национального проекта «Здравоохранение» и государственной программы «Развитие здравоохранения», претендует на роль «великого уравнивателя», призванного нивелировать географические и социально-экономические диспропорции в доступе к медицинской помощи. Однако, как показывает социологический анализ, внедрение цифровых инструментов создает сложный и противоречивый ландшафт, где наряду с новыми возможностями конструируются и новые формы исключения – цифровое неравенство (англ. digital divide).

1. Цифровые инструменты как фактор повышения доступности. Эти инструменты направлены на снижение традиционных барьеров доступа. Прежде всего отметим ресурс «Электронная запись на прием» (Единая медицинская информационно-аналитическая система (далее – ЕМИАС) в Москве и аналоги в регионах). Результатами является снижение транзакционных издержек, так как в идеале он отменяет необходимость физического стояния в очередях в регистратуру, что особенно важно для работающего населения и людей с ограниченной мобильностью. Он также позволяет пациентам видеть «окна» в расписании

врачей, повышая «прозрачность» при записи к «дефицитным» специалистам.

Телемедицинские консультации позволяют преодолевать территориальные барьеры. Жители удаленных и сельских районов получают возможность получать консультации специалистов из федеральных центров без дорогостоящих и длительных переездов. Идет экономия ресурсов, снижаются затраты на транспорт и проживание для пациентов и их сопровождающих. Отметим ресурс «Порталы госуслуг и медицинские сервисы» (например, «Госуслуги. Здоровье»). Их отличает централизация доступа: они предоставляют единую точку входа для записи к врачу, получения результатов анализов, управления электронными рецептами. Особо важен ресурс «Электронная медицинская карта» (ЭМК). Он создан для обеспечения преемственности лечения при смене лечащего врача или медицинской организации, снижая риски врачебных ошибок. Мобильные приложения позволяют вести мониторинг хронических заболеваний (например, измерять давление, уровень сахара), напоминают о приеме лекарств, способствуя переходу от патерналистской к партисипативной модели медицины.

2. Цифровое неравенство как новый социально-экономический барьер. Несмотря на декларируемую универсальность, доступ к цифровым благам здравоохранения напрямую коррелирует с социально-экономическим статусом индивида. Здесь проявляется классическая теория цифрового разрыва в трех измерениях [van Dijk, 2012]:

- доступ к инфраструктуре (первый уровень цифрового разрыва);
- цифровые компетенции (второй уровень цифрового разрыва);
- мотивация и доверие (третий, отношенческий уровень).

На первом уровне цифрового разрыва определяющую роль играют материальные ресурсы и территориальное расположение. Наличие современного смартфона, компьютера и стабильного высокоскоростного интернета напрямую зависит от дохода. Для пенсионеров, малообеспеченных семей и жителей депрессивных регионов это может быть непреодолимым барьером. Качество интернет-связи в сельской местности зачастую не позволяет проводить качественные телемедицинские консультации с видеосвязью.

На втором уровне цифрового разрыва важна роль образования и имеющихся навыков, таких как умение пользоваться порталом «Госуслуги» (включая процедуру подтверждения учетной записи), ориентироваться в интерфейсе ЕМИАС,

отличать надежные медицинские источники от недостоверных и т.д. Все это требует определенного уровня цифровой и медийной грамотности. Сильно влияние возрастного фактора. Пожилое поколение, являющееся основным потребителем медицинских услуг, зачастую обладает самыми низкими цифровыми компетенциями. Им сложно освоить новые интерфейсы, что ведет к цифровой эксклюзии и росту чувства тревоги и беспомощности.

Социокультурные установки имеют определяющую роль на третьем уровне цифрового разрыва. Значительная часть населения, особенно старших возрастов, сохраняет установку на необходимость личного, доверительного контакта с врачом. Цифровое взаимодействие воспринимается как обезличенное и недостаточное. Важен и фактор уровня доверия к цифровым ресурсам и защите данных. Недоверие к государственным информационным системам, страх утечки персональных медицинских данных являются психологическими барьерами для использования цифровых сервисов независимо от наличия навыков и доступа.

Анализ роли цифровых инструментов в обеспечении доступности медицинского обслуживания в России позволяет сделать вывод об амбивалентности цифровизации и даже воспроизводстве цифрового неравенства. Для высокоресурсных групп населения (городские жители с высшим образованием, стабильным доходом и высокими цифровыми компетенциями) цифровизация становится мощным катализатором доступности, предоставляя им удобство, скорость и более широкий выбор медицинских услуг. Для низкоресурсных групп населения (малообеспеченные, малообразованные, пожилые, жители села, отдаленных регионов) цифровизация создает новые, невидимые барьеры. Они рискуют оказаться в «цифровой ловушке», когда традиционные каналы доступа к медицине (личный визит в регистратуру) постепенно минимизируются, а новые – цифровые – остаются для них недоступными в силу социально-экономических причин. Это часто приводит к парадоксальному эффекту: инструменты, призванные повысить общую доступность, могут усугублять существующее социальное неравенство в доступе к охране здоровья, создавая новый тип стратификации – между «цифровыми» и «аналоговыми» пациентами.

Итоги социологического исследования / Sociological research results

Проведено качественное исследование, основанное на методе полуструктурированных

глубинных интервью с экспертами. Выборка экспертов (N = 20) была сформирована по целевому принципу и включала:

- представителей производственных организаций в сфере здравоохранения (с медицинским образованием) (6 чел.);
- руководителей медицинских учреждений (врачей-заведующих отделениями крупных многопрофильных больниц и периферийных центральных районных больниц) (пять чел.);
- врачей-практиков различных специальностей (терапевтов, хирургов, узких специалистов) (пять чел.);
- лаборантов из медучреждений, занимающихся проблемами здравоохранения (четыре чел.).

Интервью проводились анонимно, что позволило респондентам выражать более откровенные и критичные суждения. Средняя продолжительность интервью составила 60 мин. Все интервью были записаны, расшифрованы и проанализированы. Этические нормы проведения исследования тщательно соблюдены.

Результаты исследования / Study results

Анализ транскриптов интервью позволил выделить несколько сквозных тем, которые эксперты единодушно обозначили как ключевые.

1. Экономические факторы – дилемма финансирования и экономический патриотизм. Все эксперты указали на недостаточность финансирования как на системную проблему. Однако ее восприятие различалось в зависимости от позиции респондента. При этом все эксперты поддерживают политику импортозамещения как «исторический шанс» для отрасли.

Сотрудники организаций-производителей медицинских технологий апеллировали к макроэкономическим показателям, отмечая, что «объем финансирования здравоохранения в % от валового внутреннего продукта за последние годы вырос», но признавали, что «расходы на медицину носят остаточный принцип». При этом отмечают: «Санкции и уход западных игроков резко освободили рыночные ниши, что дало беспрецедентные возможности для роста. Государственные заказы и меры поддержки являются катализатором». Однако эта поддержка не безоговорочная. От одного из экспертов прозвучала критика: «Экономический патриотизм не должен превращаться в протекционизм низкого качества. Нам нужен не “закрытый рынок”, а “защищенный рынок” для взращивания конкурентоспособных отечественных решений. На данном этапе мы вынуждены конкурировать с дешевой

русифицированной техникой из Китая, эмблему производителя на которой переклеили на российскую – это абсолютно нечестная конкуренция».

Руководители подразделений фармацевтических производителей пессимистичны в оценках: «Мы до сих пор зависим от импорта субстанций (активных фармацевтических ингредиентов), сложных компонентов для медоборудования и даже упаковки. Перенести полный цикл производства в одну страну – задача десятилетий. Пока мы говорим в основном о локализации сборки, а не о полном цикле». Менеджеры по качеству заявили: «Ключевой вызов – это соответствие международным стандартам. Наш продукт должен быть не просто “не хуже”, он должен быть лучше и дешевле, чтобы завоевать доверие. Пока мы часто играем в догонялки».

Заведующие отделениями и практикующие врачи акцентировали повседневные последствия этого дефицита: «Деньги по ОМС покрывают лишь базовые затраты. Закупка современного оборудования, дорогостоящих препаратов – это постоянная борьба за дополнительные источники, включая платные услуги».

Эксперты единогласно констатировали формирование «двухскоростной системы»: базовой, но часто ограниченной помощи по обязательному медицинскому страхованию (ОМС) и быстро развивающегося коммерческого сегмента, доступного лишь обеспеченным слоям населения.

2. Социальные факторы – барьеры доступа и культурные предубеждения. Территориальное неравенство – наиболее часто упоминаемый фактор. Эксперты из центральных регионов и крупных городов констатировали: «В Москве или Санкт-Петербурге пациент может получить практически все, что есть в мире. В отдаленном районе Архангельской области или в Якутии доступ к даже базовой специализированной помощи сильно ограничен». Это создает феномен «медицинской миграции», перегружающей федеральные центры.

Некоторые эксперты выделили «стереотип о низком качестве» как главное внутреннее препятствие. Представитель одной из фармацевтических компаний заявил: «Наш главный конкурент – это не “Пфайзер” или “Эбботт”, а укоренившееся в сознании врачей и пациентов мнение, что “импортное значит лучше”. Мы выигрываем по цене и доступности, но проигрываем по доверию. Экономический патриотизм должен стать частью культуры потребления». Предлагаются решения: «Необходима системная работа с медицинским сообществом: образовательные программы, клинические исследования,

публикации в авторитетных журналах. Врач должен быть уверен в препарате или аппарате так же, как и в зарубежном аналоге. Без этого любая государственная поддержка будет неэффективна».

Острая проблема кадрового дефицита, особенно в первичном звене и в сельской местности ввиду низкого уровня оплаты труда, колоссальной нагрузки и бумажной работы приводят к профессиональному выгоранию и оттоку специалистов. «Молодой врач не хочет ехать в село. Он остается в городе, а значит, нагрузка на городские поликлиники растет, а качество приема падает», – констатировал главный врач областной больницы.

Уровень дохода, образования и социальный капитал напрямую влияют на способность пациента «навигации» в системе. Один из респондентов отметил: «Образованный пациент с высоким доходом знает к какому врачу записаться, как добиться направления на МРТ, может купить недоступный по ОМС препарат. Малообразованный и плохо осведомленный пациент часто пассивен и зависит от воли участкового терапевта». Так называемый «цифровой разрыв», или активное внедрение цифровых сервисов (запись через портал «Госуслуги», электронные медицинские карты), помимо несомненного позитива, создал барьер для пожилых и социально уязвимых групп, не имеющих цифровых навыков или доступа к интернету.

Образование и грамотность населения также являются важными социальными факторами, влияющими на доступность медицинских услуг. Люди с более высоким уровнем образования, как правило, лучше осведомлены о своем здоровье, более ответственно относятся к своему здоровью и чаще обращаются за медицинской помощью.

Культурные особенности и традиции также оказывают влияние на доступность медицинских услуг. Поскольку Россия – многонациональное государство, в некоторых культурах существуют табу или предрассудки, связанные с обращением за медицинской помощью, что ограничивает доступ некоторых социальных групп к медицинским услугам. Географические и климатические условия также влияют на доступность медицинского обслуживания: в отдаленных населенных пунктах и регионах с суровыми погодными условиями население сталкивается с трудностями в получении своевременной медицинской помощи.

Заключение / Conclusion

Проведенное экспертное исследование демонстрирует, что доступность медицинской помощи в России является производной от сложного

переплетения социально-экономических факторов и что отечественные медицинские производители находятся в амбивалентной позиции. С одной стороны, фармацевтические и медико-технические организации являются бенефициарами и активными проводниками политики импортозамещения и экономического патриотизма. С другой стороны, они наиболее четко осознают технологические и культурные ограничения на пути к полному технологическому суверенитету в этих областях. Экономические факторы – распределение бюджета, экономический патриотизм, господдержка, санкции – выступают как фундаментальная причина, порождающая необходимость коммерциализации и ведущая к расслоению услуг. Социальные факторы, в частности дифференцированное восприятие населением этих изменений, обусловленное географическим положением, культурными особенностями и социально-экономическим статусом, накладываются на существующие стратификационные механизмы. Это расслоение усугубляет неравенство, создавая множественные барьеры для значительной части населения в доступе к качественной медицине. Успех декларируемой цели – повышение доступности помощи за счет снижения цен – зависит от достижения подлинной, а не декларативной локализации полного цикла производства, подкрепленной инвестициями в НИОКР, а также длительной борьбы за изменение восприятия отечественной медицинской продукции, формирование «новой нормальности», где отечественный продукт ассоциируется с надежностью, а не с вынужденной заменой.

Цифровая трансформация здравоохранения России, активно реализуемая в рамках национального проекта «Здравоохранение» и государственной программы «Развитие здравоохранения», претендует на роль «великого уравнивателя», призванного нивелировать географические и социально-экономические диспропорции в доступе к медицинской помощи. Однако, как показывает социологический анализ, внедрение цифровых инструментов создает сложный и противоречивый ландшафт, где наряду с новыми возможностями конструируются и новые формы исключения – цифровое неравенство.

Выход из данной ситуации эксперты видят не в точечных корректировках, а в системном изменении парадигмы управления здравоохранением. Предполагается увеличение финансирования первичного звена и профилактической медицины – своего рода инвестиция

в человеческий капитал и способ снижения социальной уязвимости. Одновременно необходима мотивация медицинских кадров к работе в регионах через программы целевой подготовки и существенное улучшение условий труда для преодоления пространственного неравенства. Развитие телемедицинских технологий выступает социальным инструментом для преодоления территориального разрыва, однако его внедрение должно учитывать риски цифрового исключения. Наконец, проведение просветительской работы с населением для повышения медицинской грамотности усиливает агентство индивида и способствует росту общей социальной эффективности системы. Таким образом, конечное влияние политики импортозамещения на общество будет определяться способностью интегрировать технологические достижения в комплекс мер, направленных на сокращение социального неравенства и выстраивание более справедливой модели доступа к жизненно важным ресурсам.

Помимо увеличения финансовых вложений в медицинскую отрасль, особое внимание стоит уделить комплексной социальной политике, направленной на снижение структурного неравенства, в том числе цифрового, и построение системы, ориентированной на здоровье гражданина, а не на лечение уже возникшей болезни. При этом ориентир на импортозамещение – это не только экономический, но и глубоко социальный процесс, требующий трансляции ценностей экономического патриотизма на уровень конкретного врача и пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Волгина Н.А. «Звеньевая» реструктуризация глобальных фармацевтических цепочек под влиянием пандемии COVID-19. Вестник МГИМО Университета. 2022;1(15):126–142. <https://doi.org/10.24833/2071-8160-2022-1-82-126-142>
- Галицкая В.А., Мецержакова Н.Н. «Цифровые парадоксы» в системе здравоохранения. Вопросы государственного и муниципального управления. 2022;4:176–196. <https://doi.org/10.17323/1999-5431-2022-0-4-176-196>
- Губина М.А. Импортозамещение и/или экспортная ориентация: опыт фармацевтической промышленности Индии. Вестник Санкт-Петербургского университета. Экономика. 2019;2(35):197–222. <https://doi.org/10.21638/spbu05.2019.202>
- Гусев А.Б., Ширяев А.А. Болевые точки стратегического развития России. Journal of Economic Regulation. 2021;3(12):6–25. <https://doi.org/10.17835/2078-5429.2021.12.3.006-025>
- Доржиева В.В. Стратегия новой индустриализации фармацевтической промышленности: национальные приоритеты и новые вызовы. Научные труды Вольного экономического общества России. 2023;2(240):198–215.
- Золотов А.А., Паникарова С.В. Кадровый дефицит в региональном здравоохранении: мифы, причины, решения. Профессиональное образование и рынок труда. 2025;1:75–94. <https://doi.org/10.52944/PORT.2025.60.1.005>
- Иванова Н.И., Мамедьяров З.А. Специфика развития российской фармацевтической отрасли. Журнал Новой экономической ассоциации. 2022;1(53):248–255. <https://doi.org/10.31737/2221-2264-2022-53-1-15>
- Мамедьяров З.А. Тенденции и перспективы российской фармацевтической отрасли и применимость мирового опыта. МИР. 2017;4(8):772–780. <https://doi.org/10.18184/2079-4665.2017.8.4.772-780>
- Мамедьяров З.А. Развитие науки и технологий: посткризисные оценки. Мировая экономика и международные отношения. 2022;5(66):14–22. <https://doi.org/10.20542/0131-2227-2022-66-5-14-22>
- Налимов П.А., Руденко Д.Ю. Мировой фармацевтический рынок: полярность глобального здоровья. ЭКО. 2015;3(489):116–128.
- Пылаева И.С., Подшивалова М.В., Подшивалов Д.В. Влияние пандемии COVID-19 на устойчивое развитие фармацевтических компаний России. Вопросы экономики. 2022;10:86–112. <https://doi.org/10.32609/0042-8736-2022-10-86-112>
- Устюжанина Е.В., Дементьев В.Е., Евсюков С.Г. Проблемы распределения власти и экономической ренты в сетях создания стоимости. Экономика и математические методы. 2020;1(56):5–17. <https://doi.org/10.31857/S042473880008468-3>
- Binagwaho A., Mathewos K., Davis S. Time for the ethical management of COVID-19 vaccines. The Lancet Global Health. 2021;8(9):e1169–e1171. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00180-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00180-7)
- Chaudhuri S. Can foreign firms promote local production of pharmaceuticals in Africa? In: Making Medicines in Africa: The Political Economy of Industrializing for Local Health. 2026. Pp. 103–121. https://doi.org/10.1007/978-1-137-54647-0_7
- Cherian J., Rahi M., Singh S., Reddy S., Gupta Y. et al. India's road to independence in manufacturing active pharmaceutical ingredients: Focus on essential medicines. Economies. 2021;2(9):71. <https://doi.org/10.3390/economies9020071>
- Civaner M. Sale strategies of pharmaceutical companies in a “pharmerging” country: The problems will not improve if the gaps remain. Health Policy. 2012;3(106):225–232. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.05.006>
- Cowart T., Rashi T., Bock G. Should pharma companies waive their COVID-19 vaccine patents? A legal and ethical appraisal. Laws. 2023;3(12):47. <https://doi.org/10.3390/laws12030047>
- Dneprovskaya I., Arakelova I., Legenkova N., Danilenko E., Tikhonova A. The prospects for the development of the domestic pharmaceutical industry in the context of import substitution. In: Anticrisis Approach to the Provision of the Environmental Sustainability of Economy. 2023. Pp. 43–51. https://doi.org/10.1007/978-981-99-2198-0_5
- Dosi G., Marengo L., Staccioli J., Virgillito M. Big pharma and monopoly capitalism: a long-term view. Structural Change and Economic Dynamics. 2023;65:15–35. <https://doi.org/10.1016/j.strueco.2023.01.004>
- Gajbhiye D., Choudhry S., Goel S. Changing Dynamics of Indian Pharmaceutical Sector: Opportunities and Challenges. Journal of Development Economics and Finance. 2022;1(3):77–98. <https://doi.org/10.46791/jdef.2022.v03i01.04>
- Gonzalez Pena, O., Lopez Zavala M., Cabral Ruelas H. Pharmaceuticals market, consumption trends and disease incidence are not driving the pharmaceutical research on water and wastewater. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;5(18):2532. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052532>
- Horner R. Global value chains, import orientation, and the state: South Africa's pharmaceutical industry. Journal of International Business Policy. 2021;5. <https://doi.org/10.1057/s42214-021-00103-y>
- Klarin A., Ray P. Political connections and strategic choices of emerging market firms: Case study of Russia's pharmaceutical industry. International Journal of Emerging Markets. 2019;3(14):410–435. <https://doi.org/10.1108/IJOEM-05-2016-0138>
- Kumar P., Tripathy S., Dureja H. Pharma emerging market's scanning by look and feel of its opportunities and challenges. Applied Clinical Research, Clinical Trials and Regulatory Affairs. 2015;2(3):115–122. <https://doi.org/10.2174/2213476X03666151125220257>
- Nezhnikova E., Maksimchuk M. Pharmaceutical industry in Russia: Problems and prospects of development. RUDN Journal of Economics. 2019;1(27):102–112. <https://doi.org/10.22363/2313-2329-2019-27-1-102-112>

- Okereke M., Essar M.* Time to boost COVID-19 vaccine manufacturing: The need for intellectual property waiver by big pharma. *Ethics, Medicine, and Public Health.* 2021;19:100710. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2021.100710>
- Pourraz J.* Making medicines in post-colonial Ghana: State policies, technology transfer and pharmaceuticals market. *Social Science & Medicine.* 2022;311:115360. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115360>
- Tannoury M., Attieh Z.* The influence of emerging markets on the pharmaceutical industry. *Current Therapeutic Research.* 2017;86:19–22. <https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2017.04.005>
- Van Dijk J.A.G.M.* The evolution of the digital divide: The digital divide turns to inequality of skills and usage. In: Bus J., Crompton M., Hildebrandt M., Metakides G. (eds.) *Digital enlightenment yearbook.* Amsterdam: IOS Press; 2012. Pp. 57–75.
- Volgina N.* Business models of big pharma in Russia: A pharmaceutical value chain perspective. *RUDN Journal of Economics.* 2022;1(30):57–69. <https://doi.org/10.22363/2313-2329-2022-30-1-57-6>

REFERENCES

- Binagwaho A., Mathewos K., Davis S.* Time for the ethical management of COVID-19 vaccines. *The Lancet Global Health.* 2021;8(9):e1169–e1171. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00180-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00180-7)
- Chaudhuri S.* Can foreign firms promote local production of pharmaceuticals in Africa? In: *Making Medicines in Africa: The Political Economy of Industrializing for Local Health.* 2026. Pp. 103–121. https://doi.org/10.1007/978-1-137-54647-0_7
- Cherian J., Rahi M., Singh S., Reddy S., Gupta Y. et al.* India's road to independence in manufacturing active pharmaceutical ingredients: Focus on essential medicines. *Economies.* 2021;2(9):71. <https://doi.org/10.3390/economies9020071>
- Civaner M.* Sale strategies of pharmaceutical companies in a “pharmerging” country: The problems will not improve if the gaps remain. *Health Policy.* 2012;3(106):225–232. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.05.006>
- Cowart T., Rashi T., Bock G.* Should pharma companies waive their COVID-19 vaccine patents? A legal and ethical appraisal. *Laws.* 2023;3(12):47. <https://doi.org/10.3390/laws12030047>
- Dneprovskaya I., Arakelova I., Legenkova N., Danilenko E., Tikhonova A.* The prospects for the development of the domestic pharmaceutical industry in the context of import substitution. In: *Anticrisis Approach to the Provision of the Environmental Sustainability of Economy.* 2023. Pp. 43–51. https://doi.org/10.1007/978-981-99-2198-0_5
- Dorzhieva V.V.* Strategy of the new industrialization of the pharmaceutical industry: national priorities and new challenges. *Scientific works of the Free Economic Society of Russia.* 2023;2(240):198–215. (In Russian).
- Dosi G., Marengo L., Staccioli J., Virgillito M.* Big pharma and monopoly capitalism: a long-term view. *Structural Change and Economic Dynamics.* 2023;65:15–35. <https://doi.org/10.1016/j.strueco.2023.01.004>
- Gajbhiye D., Choudhry S., Goel S.* Changing Dynamics of Indian Pharmaceutical Sector: Opportunities and Challenges. *Journal of Development Economics and Finance.* 2022;1(3):77–98. <https://doi.org/10.46791/jdef.2022.v03i01.04>
- Galitskaya V.A., Meshcheryakova N.N.* “Digital paradoxes” in the healthcare system. *Issues of state and municipal management.* 2022;4:176–196. (In Russian). <https://doi.org/10.17323/1999-5431-2022-0-4-176-196>
- Gonzalez Pena, O., Lopez Zavala M., Cabral Ruelas H.* Pharmaceuticals market, consumption trends and disease incidence are not driving the pharmaceutical research on water and wastewater. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2021;5(18):2532. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052532>
- Gubina M.A.* Import substitution and/or export orientation: the experience of the pharmaceutical industry in India. *Bulletin of St. Petersburg University. Economy.* 2019;2(35):197–222. (In Russian). <https://doi.org/10.21638/spbu05.2019.202>
- Gusev A.B., Shiryaev A.A.* Pain points of Russia's strategic development. *Journal of Economic Regulation.* 2021;3(12):6–25. (In Russian). <https://doi.org/10.17835/2078-5429.2021.12.3.006-025>
- Horner R.* Global value chains, import orientation, and the state: South Africa's pharmaceutical industry. *Journal of International Business Policy.* 2021;5. <https://doi.org/10.1057/s42214-021-00103-y>
- Ivanova N.I., Mamedyarov Z.A.* Specifics of the development of the Russian pharmaceutical industry. *Journal of the New Economic Association.* 2022;1(53):248–255. (In Russian). <https://doi.org/10.31737/2221-2264-2022-53-1-15>
- Klarin A., Ray P.* Political connections and strategic choices of emerging market firms: Case study of Russia's pharmaceutical industry. *International Journal of Emerging Markets.* 2019;3(14):410–435. <https://doi.org/10.1108/IJOEM-05-2016-0138>
- Kumar P., Tripathy S., Dureja H.* Pharma emerging market's scanning by look and feel of its opportunities and challenges. *Applied Clinical Research, Clinical Trials and Regulatory Affairs.* 2015;2(3):115–122. <https://doi.org/10.2174/2213476X03666151125220257>
- Mamedyarov Z.A.* Trends and prospects of the Russian pharmaceutical industry and the applicability of world experience. *MIR.* 2017;4(8):772–780. (In Russian). <https://doi.org/10.18184/2079-4665.2017.8.4.772-780>
- Mamedyarov Z.A.* Development of science and technology: post-crisis assessments. *World economy and international relations.* 2022;5(66):14–22. (In Russian). <https://doi.org/10.20542/0131-2227-2022-66-5-14-22>
- Nalimov P.A., Rudenko D.Y.* The global pharmaceutical market: the polarity of global health. *ECO.* 2015;3(489):116–128. (In Russian).

- Nezhnikova E., Maksimchuk M.* Pharmaceutical industry in Russia: Problems and prospects of development. *RUDN Journal of Economics*. 2019;1(27):102–112. <https://doi.org/10.22363/2313-2329-2019-27-1-102-112>
- Okereke M., Essar M.* Time to boost COVID-19 vaccine manufacturing: The need for intellectual property waiver by big pharma. *Ethics, Medicine, and Public Health*. 2021;19:100710. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2021.100710>
- Pourraz J.* Making medicines in post-colonial Ghana: State policies, technology transfer and pharmaceuticals market. *Social Science & Medicine*. 2022;311:115360. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115360>
- Pylaeva I.S., Podshivalova M.V., Podshivalov D.V.* The impact of the COVID-19 pandemic on the sustainable development of Russian pharmaceutical companies. *Economic issues*. 2022;10:86–112. (In Russian). <https://doi.org/10.32609/0042-8736-2022-10-86-112>
- Tannoury M., Attieh Z.* The influence of emerging markets on the pharmaceutical industry. *Current Therapeutic Research*. 2017;86:19–22. <https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2017.04.005>
- Ustyuzhanina E.V., Dementyev V.E., Evsyukov S.G.* Problems of distribution of power and economic rent in value creation networks. *Economics and mathematical methods*. 2020;1(56):5–17. (In Russian). <https://doi.org/10.31857/S042473880008468-3>
- Van Dijk J.A.G.M.* The evolution of the digital divide: The digital divide turns to inequality of skills and usage. In: Bus J., Crompton M., Hildebrandt M., Metakides G. (eds.) *Digital enlightenment yearbook*. Amsterdam: IOS Press; 2012. Pp. 57–75.
- Volgina N.* Business models of big pharma in Russia: A pharmaceutical value chain perspective. *RUDN Journal of Economics*. 2022;1(30):57–69. <https://doi.org/10.22363/2313-2329-2022-30-1-57-6>
- Volgina N.A.* “Link” restructuring of global pharmaceutical chains under the influence of the COVID-19 pandemic. *Bulletin of MGIMO University*. 2022;1(15):126–142. (In Russian). <https://doi.org/10.24833/2071-8160-2022-1-82-126-142>
- Zolotov A.A., Panikarova S.V.* Personnel shortage in regional healthcare: myths, causes, solutions. *Vocational education and the labor market*. 2025;1:75–94. (In Russian). <https://doi.org/10.52944/PORT.2025.60.1.005>