УДК 338.46 DOI 10.21777/2587-554X-2026-3-121-131

ЦЕЛОСТНОСТЬ МАРШРУТА ПАЦИЕНТА В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОМ СЕГМЕНТЕ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: МОДЕЛЬ КОМПЕНСАТОРНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ

Дерен Иванна Ивановна[1,2],
д-р экон. наук, профессор,
e-mail: deren-ivanna@yandex.ru

Кусанова Анна Юрьевна[1],
e-mail: kusanova.ann@yandex.ru
[1]*Владимирский филиал Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, г. Владимир, Россия*
[2]*Владимирский юридический институт Федеральной службы исполнения наказаний, г. Владимир, Россия*

Статья посвящена проблеме обеспечения целостности маршрута пациента в сердечно-сосудистом сегменте рынка медицинских услуг в условиях смешанной модели здравоохранения. Выявлено, что потребность в непрерывном сопровождении пациента на этапах профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения вступает в противоречие с дискретной организационно-финансовой моделью оказания медицинской помощи. На основе системного и структурно-функционального подходов показано, что критерием эффективности регулирования выступает способность административно-страховых, рыночных, цифровых и сервисных механизмов обеспечивать преемственность этапов помощи и снижать структурные разрывы маршрута пациента. Определены основные точки разрывов маршрута и раскрыта двойственная роль компенсаторных механизмов: при встроенности в единый контур сопровождения они компенсируют ограничения базовой системы, при автономном функционировании усиливают фрагментацию медицинской помощи. Научная новизна исследования заключается в разработке модели компенсаторного регулирования, позволяющей оценивать данные механизмы по их влиянию на целостность маршрута пациента. Практическая значимость результатов связана с возможностью использования предложенной модели при оценке эффективности организационно-экономических механизмов и разработке сервисных решений в сердечно-сосудистой помощи.

Ключевые слова: сердечно-сосудистый сегмент, рынок медицинских услуг, маршрут пациента, целостность маршрута пациента, компенсаторное регулирование, организационно-экономические механизмы, структурные разрывы, фрагментация медицинской помощи

PATIENT PATHWAY INTEGRITY IN THE CARDIOVASCULAR SEGMENT OF THE MEDICAL SERVICES MARKET: A MODEL OF COMPENSATORY REGULATION

Deren I.I.[1,2],
doctor of economic sciences, professor,
e-mail: deren-ivanna@yandex.ru

Kusanova A.Yu.[1],
e-mail: kusanova.ann@yandex.ru
[1]*Vladimir Branch of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Vladimir, Russia*
[2]*Vladimir Law Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia, Vladimir, Russia*

The article examines the problem of maintaining patient pathway integrity in the cardiovascular segment of the medical services market under a mixed healthcare model. The study reveals that the need for continuous patient support at the stages of prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation, and follow-up care conflicts with the discrete organizational and financial model of healthcare delivery. Using systemic and structural-functional approaches, the study shows that the criterion of regulatory effectiveness is the ability of administrative, insurance-based, market, digital, and service mechanisms to ensure continuity of care stages and to reduce structural gaps in the patient pathway. The main pathway breakpoints have been identified, and the dual role of compensatory mechanisms has been revealed: when integrated into a unified support framework, they compensate for the limitations of the basic system; when functioning autonomously, they exacerbate the fragmentation of medical care. The scientific novelty of the study lies in the development of a compensatory regulation model that makes it possible to assess these mechanisms based on their impact on the integrity of the patient's pathway. The practical significance of the results is related to the possibility of using the proposed model to evaluate the effectiveness of organizational and economic mechanisms and to develop service solutions in cardiovascular care.

Keywords: cardiovascular segment, medical services market, patient pathway, patient pathway integrity, compensatory regulation, organizational and economic mechanisms, structural breakpoints, fragmentation of medical care

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, сердечно-сосудистые заболевания являются главной причиной смертности в мире: в среднем 19,8 млн случаев ежегодно, что составляет около 32 % всех случаев смерти в мире[1]. Это подтверждает глобальную медицинскую, социальную и экономическую значимость данной группы заболеваний[2]. В Российской Федерации сердечно-сосудистый сегмент также занимает особое место на рынке медицинских услуг, поскольку болезни системы кровообращения сохраняют доминирующее значение в структуре смертности и формируют значительный социально-экономический ущерб. По данным Росстата, в 2023 году от болезней системы кровообращения умерли 814 381 человек, а коэффициент смертности составил 556,7 случая на 100 тыс. населения. В 2022 году соответствующие показатели составляли 831 557 человек и 566,8 случая на 100 тыс. населения[3]. Несмотря на умеренно положительную динамику, значения подтверждают общественную значимость сердечно-сосудистого сегмента и необходимость совершенствования механизмов его регулирования. Государственная значимость данного направления подтверждается реализацией федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», в рамках которого предусмотрены профилактические, лечебные, реабилитационные и организационные меры, а также утверждены и реализуются региональные программы во всех 89 субъектах Российской Федерации с учетом их демографических, социально-экономических и географических особенностей[4].

Экономическая значимость сердечно-сосудистого сегмента определяется не только затратами на оказание медицинской помощи, но и необходимостью предотвращения долгосрочных социальных и экономических потерь, связанных с преждевременной смертностью, инвалидизацией и снижением трудоспособности населения. Современные исследования экономики профилактики сердечно-сосудистых заболеваний показывают, что оценка таких потерь является важным основанием для инвестиций в профилактику, лечение и организационное совершенствование сердечно-сосудистой помощи [1, с. 20]. Следовательно, сердечно-сосудистый сегмент следует рассматривать как объект не только медицинского, но и экономического регулирования.

---

[1] Cardiovascular diseases (CVDs). World Health Organization. – URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-%28cvds%29 (дата обращения: 25.04.2026). – Текст: электронный.

[2] World Heart Federation. World Heart Report 2023: Confronting the world's number one killer. – Geneva: World Heart Federation, 2023. – P. 3–4. – URL: https://world-heart-federation.org/wp-content/uploads/World-Heart-Report-2023.pdf (дата обращения: 29.04.2026). – Текст: электронный.

[3] Федеральная служба государственной статистики. Естественное движение населения Российской Федерации: статистические материалы. – URL: https://rosstat.gov.ru/ (дата обращения: 25.04.2026). – Текст: электронный.

[4] Министерство здравоохранения Российской Федерации. Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями». – URL: https://minzdrav.gov.ru/ministry/natsproektzdravoohranenie/bssz (дата обращения: 25.04.2026). – Текст: электронный.

В данном сегменте ключевое значение имеет не только доступность отдельных медицинских услуг, но и способность системы обеспечивать целостность маршрута пациента, включающего профилактику, выявление факторов риска, диагностику, лечение, реабилитацию, диспансерное наблюдение и вторичную профилактику. Исследования по данной проблеме в основном концентрируются на отдельных аспектах: клинической маршрутизации, организации помощи при хронической сердечной недостаточности, тарифных и институциональных ограничениях обязательного медицинского страхования (ОМС), развитии добровольного медицинского страхования (ДМС), частного сектора, платных медицинских услуг или цифрового сопровождения. Менее системно рассматривается вопрос о том, каким образом рыночные и комплементарные механизмы влияют на целостность маршрута пациента и при каких условиях они компенсируют структурные разрывы или, наоборот, усиливают фрагментацию медицинской помощи. Требуется аналитическая рамка, позволяющая оценивать данные механизмы не только по факту их наличия или масштабу развития, но и по их функции в отношении структурных разрывов маршрута пациента.

Цель исследования состоит в разработке модели компенсаторного регулирования целостности маршрута пациента в сердечно-сосудистом сегменте рынка медицинских услуг. Для достижения поставленной цели в статье раскрывается специфика маршрута пациента как объекта административно-страхового и рыночного регулирования, выявляются основные структурные разрывы между этапами оказания помощи, определяется двойственная роль компенсаторных механизмов и обосновываются условия, при которых они способствуют сохранению целостности маршрута пациента.

Методологическую основу исследования составляют системный и структурно-функциональный подходы, позволяющие рассматривать сердечно-сосудистый сегмент не как совокупность отдельных медицинских услуг, а как систему взаимодействия административно-страхового, рыночного и комплементарного контуров, влияющих на целостность маршрута пациента.

Сердечно-сосудистый маршрут пациента как объект административно-страхового и рыночного регулирования

Высокая смертность, экономический ущерб и длительный характер наблюдения отличают сердечно-сосудистый сегмент от подходов к анализу рынка медицинских услуг, в которых единицей анализа выступает отдельная услуга или эпизод обращения. В сердечно-сосудистом сегменте объектом регулирования фактически является не конкретная медицинская услуга данного медицинского направления, а непрерывный маршрут пациента, включающий раннее выявление факторов риска, первичную диагностику, специализированное и высокотехнологичное лечение, реабилитацию, диспансерное наблюдение и вторичную профилактику. Существенное влияние на структуру данного маршрута оказывает клиническая вариативность течения заболевания. Острые сердечно-сосудистые события требуют немедленной маршрутизации и быстрого перехода между этапами оказания помощи. Хронические формы сердечно-сосудистой патологии, напротив, предполагают длительное сопровождение пациента и межэтапную преемственность наблюдения, что подчеркивается в клинических рекомендациях по хронической сердечной недостаточности [2, с. 290]. В международных исследованиях интегрированной сердечно-сосудистой помощи также акцентируется необходимость согласованного сопровождения пациента на разных этапах маршрута [3, с. 2–3]. Важность и ключевая роль непрерывного сопровождения отражена и в федеральном проекте «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», в котором меры профилактики, лечения, реабилитации, диспансерного наблюдения и повышения информированности населения объединяются в единую систему управленческого воздействия. В целях федерального проекта также обозначен комплексный подход к медицинской помощи: к 2030 году предполагается в 2,5 раза увеличить число лиц с болезнями системы кровообращения, проживших предыдущий год без острых сердечно-сосудистых событий[5].

Таким образом, ключевым отличием рыночной модели сердечно-сосудистого сегмента (рисунок 1) от общей модели рынка медицинских услуг является маршрут пациента, который выступает централь-

[5] Министерство здравоохранения Российской Федерации. Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями». – URL: https://minzdrav.gov.ru/ministry/natsproektzdravoohranenie/bssz (дата обращения: 25.04.2026). – Текст: электронный.

ным звеном и основной единицей анализа эффективности регулирования, так как именно в его пределах проявляются проблемы доступности, своевременности, преемственности и результативности медицинской помощи. Соответственно, инструменты регулирования сердечно-сосудистого сегмента должны оцениваться, прежде всего, через их способность обеспечивать целостность маршрута пациента.



Рисунок 1 – Инструменты регулирования рынка медицинских услуг сердечно-сосудистого сегмента[6]

На каждом этапе маршрута пациента – от профилактического выявления факторов риска до диспансерного наблюдения после перенесенного сердечно-сосудистого случая – действие нормативных, финансовых, организационных и информационно-коммуникативных инструментов либо обеспечивает непрерывность и своевременность оказания помощи, либо порождает риск сбоя. Несогласованность инструментов регулирования повышает вероятность системных разрывов между этапами помощи, что несет риски позднего выявления заболевания, несвоевременного лечения, утраты преемственности и ухудшения клинических исходов.

Структурные разрывы маршрута пациента при оказании сердечно-сосудистой помощи

Главный конфликт регулирования сердечно-сосудистого сегмента заключается в противоречии между клинически непрерывной природой сердечно-сосудистых заболеваний и дискретной административно-финансовой организацией медицинской помощи. Заболевание развивается как клинический континуум, тогда как система здравоохранения во многом организует помощь как совокупность отдельных случаев, этапов и каналов оплаты. Наиболее уязвимыми в сердечно-сосудистой помощи становятся переходы между этапами оказания помощи: от выявления к углублённой диагностике, от стационарного лечения к амбулаторному сопровождению, от лечения к реабилитации и от выписки к диспансерному наблюдению. Такая постановка проблемы соответствует современным публикациям по организации помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью [4, с. 19–28] и алгоритмам межэтапного сопровождения данной категории пациентов [5, с. 6–15]. В клинических рекомендациях по хронической сердечной недостаточности также подчеркивается необходимость длительного ведения пациента на разных стадиях сердечно-сосудистого континуума [2, с. 285, 296, 342]. Обзоры международных стратегий долгосрочного ведения пациентов с сердечной недостаточностью подтверждают,

[6] Составлено авторами.

что такая логика требует непрерывной, а не эпизодической модели управления медицинской помощью [6, с. 2–3]. В российских публикациях 2023–2024 годов разрывы маршрута пациента описываются уже не как частные организационные проблемы, а как системные ограничения модели оказания помощи: при наличии клинических рекомендаций и нормативной базы барьерами остаются недостаточные тарифы, отсутствие единой медицинской информационной системы в ряде регионов, кадровый дефицит и слабая связность этапов наблюдения [5, с. 8].

Базовый административно-страховой контур в сердечно-сосудистом сегменте выполняет двойственную функцию. С одной стороны, как и в общей модели рынка медицинских услуг, именно он задает минимально гарантированный объем помощи, закрепляет правила маршрутизации, определяет условия финансирования ключевых этапов лечения и формирует единые клинические требования. С другой стороны, та же система воспроизводит ограничения, связанные с тарифной жесткостью, раздельным регулированием этапов помощи и преимущественной логикой «законченного случая». В результатах реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» показано, что ряд показателей эффективности специализированной помощи растет, прежде всего, за счет организационного и технологического укрепления профильной службы, однако оценка результатов в большей степени сосредоточена на отдельных этапах помощи, а не на целостности и непрерывности маршрута пациента, что косвенно подтверждает сохранение проблемы межэтапной преемственности [7].

Рыночные и комплементарные механизмы сохранения целостности маршрута пациента

В этой связи особое значение приобретают рыночные и комплементарные механизмы, которые в сердечно-сосудистом сегменте выступают не просто внешними элементами рынка медицинских услуг, а формами частичной компенсации дефицитов базового административно-страхового контура. В рамках настоящего исследования под рыночными механизмами понимаются формы оказания, финансирования и организации медицинской помощи, основанные на участии негосударственных поставщиков, системе добровольного медицинского страхования, платных медицинских услугах и конкурентном перераспределении спроса. Под комплементарными механизмами понимаются дополнительные по отношению к базовому административно-страховому контуру формы сопровождения пациента, включая цифровой мониторинг, телемедицинские консультации, сервисные программы постгоспитального и длительного наблюдения, регистры, навигационные и информационно-коммуникативные инструменты. Их объединяет не столько коммерческая природа, сколько функция частичной компенсации разрывов маршрута пациента.

Для медицинских организаций такая компенсация означает поиск способов сохранения финансовой устойчивости, загрузки мощностей и организационной гибкости в условиях тарифных ограничений и высокой ресурсоемкости длительного наблюдения. Для страховых и сервисных структур – формирование дополнительных каналов финансирования, сопровождения и перераспределения спроса в более управляемые форматы. Для пациентов – стремление сократить ожидание, ускорить доступ к диагностике и лечению, получить более предсказуемое сопровождение и сохранить контроль над заболеванием за пределами отдельного эпизода обращения. В сердечно-сосудистом сегменте эта логика проявляется особенно отчетливо, поскольку конфликт стимулов затрагивает не только экономические параметры рынка, но и устойчивость длительного клинического наблюдения. Если в рамках жестко регламентированного финансирования лучше обеспечиваются отдельные законченные случаи помощи, чем продолжительное сопровождение, то именно в зонах межэтапного перехода возрастает спрос на внешние по отношению к базовому контуру формы компенсации. По этой причине участие частных медицинских организаций в системе ОМС, развитие ДМС, рост платного сегмента, а также использование цифровых и телемедицинских решений следует рассматривать как формы адаптации к ограничениям, которые административно-страховой контур воспроизводит на уровнях дообследования, постгоспитального сопровождения, диспансерного наблюдения и контроля приверженности терапии.

При этом рыночные и комплементарные механизмы обладают двойственным эффектом. С одной стороны, при включении в единый клинико-информационный маршрут пациента они способны частич-

но компенсировать ограничения базового административно-страхового контура: ускорять доступ к диагностике, расширять возможности дообследования, поддерживать амбулаторное сопровождение после выписки, усиливать контроль приверженности терапии, снижать риск выпадения пациента из длительного наблюдения и вероятность повторных декомпенсаций. Так, для пациентов с хронической сердечной недостаточностью особое значение приобретают цифровые и дистанционные форматы сопровождения. В современных публикациях подчеркивается, что телемедицинские технологии способны повышать эффективность постоянного удаленного наблюдения, фактически выполняя функцию компенсаторного механизма в условиях территориальной и организационной разобщенности этапов помощи [8, с. 912]. С другой стороны, при параллельном функционировании относительно базового контура такие механизмы не устраняют, а лишь перераспределяют разрывы маршрута, формируя множественность слабо связанных каналов помощи. В этом случае более быстрый доступ к отдельной диагностической или лечебной услуге не означает целостности последующего ведения пациента. Многоканальность финансирования и сопровождения может трансформироваться в дополнительный фактор организационной фрагментации, если результаты оказанной услуги не включаются в единую медицинскую информационную систему, не передаются ответственному врачу и не обеспечивают переход пациента к следующему этапу наблюдения.

Следовательно, в рамках данного исследования ускорение доступа к отдельной услуге не рассматривается как самостоятельный признак эффективности регулирования сердечно-сосудистого сегмента. Компенсаторный механизм может считаться эффективным только в том случае, если сокращение времени доступа сопровождается сохранением пациента в едином маршруте наблюдения, передачей информации между этапами помощи и обеспечением последующего клинического сопровождения.

В этой связи важно разграничивать понятия согласованности и встроенности компенсаторных механизмов. Согласованность отражает соответствие стимулов, правил финансирования, ответственности и адаптационных реакций участников рынка, тогда как встроенность характеризует степень включения дополнительного механизма в единый клинико-информационный маршрут пациента. Механизм может быть экономически согласован с интересами отдельных участников рынка, но оставаться невстроенным в маршрут, если его результаты не передаются в базовый контур наблюдения и не обеспечивают преемственность последующих этапов помощи. Встроенность компенсаторного механизма определяется информационной связностью, организационной преемственностью, финансовой согласованностью, клинической сопоставимостью и возможностью оценки результата не только по количеству оказанных услуг, но и по влиянию на снижение разрывов маршрута пациента [3, с. 3–4].

Выделяемые в таблице 1 точки разрыва маршрута пациента следует интерпретировать как аналитически обобщенные наиболее уязвимые переходы между этапами оказания помощи, выявляемые на основе клинических рекомендаций, публикаций по хронической сердечной недостаточности и острым сердечно-сосудистым состояниям, а также материалов федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»[7].

Таблица 1 – Структурные разрывы маршрута пациента и механизмы их частичной компенсации в сердечно-сосудистом сегменте рынка медицинских услуг[8]

Этап маршрута пациента	Потенциальная точка разрыва	Рыночные и комплементарные механизмы частичной компенсации	Условие встроенности в маршрут	Риск фрагментации при невстроенности
Выявление факторов риска и первичный вход в систему	Рост информированности и выявляемости не сопровождается достаточной пропускной способностью последующих этапов диагностики и наблюдения	Частные медицинские организации, платные консультации и диагностика, корпоративные программы ДМС	Передача результатов первичного выявления в базовый контур наблюдения, направление пациента на подтверждение диагноза и дальнейшее сопровождение	Смещение пациента в параллельные каналы первичного обращения без последующего включения в диспансерное наблюдение

[7] Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 15 ноября 2012 г. № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями». – URL: https://minzdrav.gov.ru/documents/9130-prikaz (дата обращения: 01.05.2026). – Текст: электронный.

[8] Составлено авторами.

Переход от первичного выявления к углубленной диагностике	Задержка подтверждения диагноза, ограниченная доступность дообследования, различия в территориальной доступности	Платные диагностические услуги, ДМС, участие негосударственных поставщиков в ОМС	Интеграция результатов диагностики в медицинскую документацию и маршрутизация пациента к профильному специалисту	Ускорение доступа к отдельному исследованию без гарантии дальнейшего сопровождения
Стационарное лечение острого эпизода	Этапная организация помощи концентрируется на лечении случая, а не на последующем удержании пациента в длительном маршруте	Частные поставщики в ОМС, сервисные программы постгоспитального сопровождения	Формирование плана последующего амбулаторного наблюдения до выписки, передача информации в поликлиническое звено	Завершение «законченного случая» без полноценного перехода в амбулаторный контур
Переход «стационар – амбулаторное звено»	Ослабление преемственности после выписки, дефицит координации, кадровые и информационные ограничения	Цифровое сопровождение, телемониторинг, медсестринское сопровождение, корпоративные страховые программы	Назначение ответственного за наблюдение, контроль первого контакта после выписки, информационная связность стационара и амбулаторного звена	Формирование автономных сервисов наблюдения, не встроенных в единый клинико-информационный маршрут
Реабилитация	Неполное включение пациента в восстановительный этап, неравномерная доступность услуг	Платные реабилитационные услуги, ДМС, негосударственные провайдеры	Включение реабилитации в общий план ведения пациента и передача ее результатов лечащему врачу	Реабилитация становится выборочной и зависит от платежеспособности или страхового покрытия
Диспансерное наблюдение	Выпадение пациента из длительного контроля, слабая связность этапов, отсутствие единой МИС в ряде регионов	Регистры, телемониторинг, цифровые сервисы напоминаний, дистанционные консультации	Наличие единого регистра или информационного контура, позволяющего отслеживать пациента после завершения активного лечения	Наблюдение осуществляется вне единого маршрута, что снижает управляемость клинического случая
Контроль приверженности терапии и вторичная профилактика	Недостаточный контроль приема терапии, поведенческие барьеры, повторные декомпенсации	Дистанционный мониторинг, цифровые сервисы сопровождения, страховые и сервисные программы длительного наблюдения	Связь цифровых и сервисных инструментов с лечащим врачом и клиническими целями наблюдения	Поддержка терапии становится внешним сервисом, а не частью базового лечебного маршрута

Представленная матрица показывает, что в сердечно-сосудистом сегменте ключевое значение имеют не сами по себе отдельные инструменты регулирования, а наиболее уязвимые переходы между этапами маршрута пациента. Именно в этих точках проявляется противоречие между клинически непрерывной природой сердечно-сосудистых заболеваний и дискретной административно-финансовой организацией помощи. Рыночные и комплементарные механизмы возникают как ответ на ограничения базового контура и способны частично компенсировать его дефициты, однако при отсутствии организационной и информационной встроенности в единый маршрут пациента они не устраняют, а перераспределяют разрывы, формируя параллельные каналы помощи.

Модель компенсаторного регулирования целостности маршрута пациента в сердечно-сосудистом сегменте рынка медицинских услуг

Значение рыночных и комплементарных механизмов для сердечно-сосудистого сегмента определяется не масштабом их присутствия на рынке как таковым, а способностью поддерживать непрерывность маршрута пациента на наиболее чувствительных переходах между этапами помощи. Рост доли частных медицинских организаций в ОМС отражает не только расширение негосударственного сектора, но и институциональную реакцию системы на потребность в дополнительной мощности и гибкости. Рост ДМС и платных медицинских услуг свидетельствует не только о коммерциализации отрасли, но и о формировании дополнительных каналов финансирования и сопровождения там, где базовый контур испытывает ресурсные ограничения. Однако сами по себе эти процессы не равнозначны

повышению целостности маршрута, без организационной и цифровой интеграции они могут сопровождаться перераспределением спроса между каналами помощи, а не устранением системных провалов. Взаимосвязь компенсаторных механизмов и их влияния на маршрут пациента отражена в авторской модели компенсаторного регулирования целостности маршрута пациента в сердечно-сосудистом сегменте рынка медицинских услуг, представленной на рисунке 2.

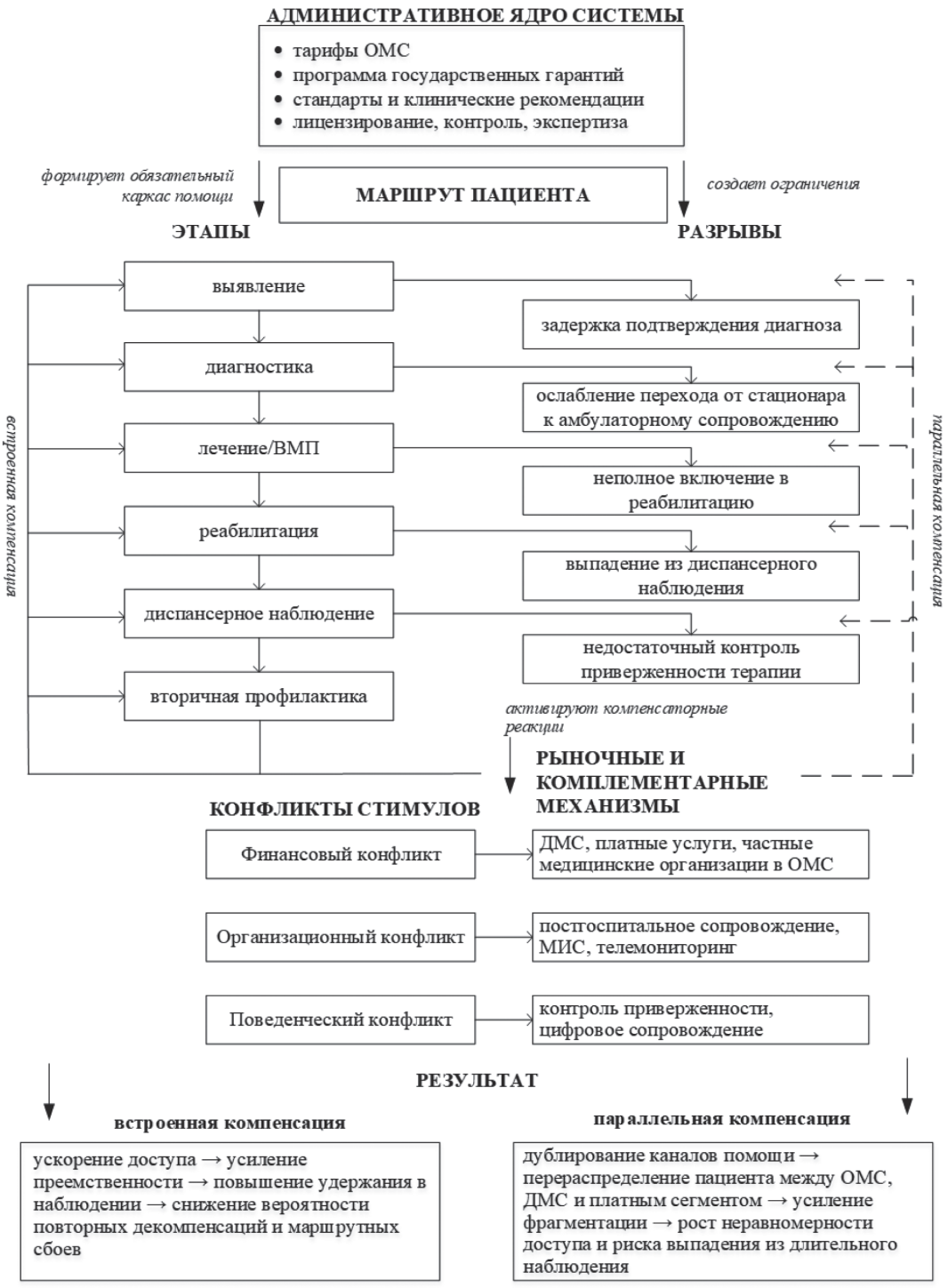


Рисунок 2 – Модель компенсаторного регулирования целостности маршрута пациента в сердечно-сосудистом сегменте рынка медицинских услуг[9]

[9] Составлено авторами.

Предложенная модель отражает механизм влияния административно-страховых, рыночных, цифровых и сервисных инструментов на целостность маршрута пациента. Ее аналитическое значение состоит в переносе акцента с отдельных услуг и каналов финансирования на переходы между этапами помощи, поскольку именно в этих переходах наиболее отчетливо проявляется противоречие между клинически непрерывной природой сердечно-сосудистых заболеваний и дискретной административно-финансовой организацией медицинской помощи.

В рамках модели рыночные и комплементарные механизмы рассматриваются как компенсаторные реакции смешанной модели здравоохранения на ограничения базового административно-страхового контура по принципу общей модели регулирования рынка медицинских услуг. Однако их наличие само по себе не означает повышения эффективности сегмента. Один и тот же инструмент – ДМС, платные услуги, участие частных медицинских организаций в ОМС, телемониторинг или цифровое сопровождение – может либо снижать разрыв маршрута, либо усиливать его фрагментацию в зависимости от степени встроенности в единый клинико-информационный контур. Встроенность в данном случае означает не только формальное участие инструмента в оказании помощи, но и наличие информационной связности, организационной преемственности и последующего клинического сопровождения пациента. Если дополнительный механизм обеспечивает передачу данных, возврат пациента в базовый маршрут и поддержку дальнейшего наблюдения, он выполняет компенсаторную функцию. Если же он функционирует автономно и решает только отдельную задачу доступа или сервиса, его эффект ограничивается перераспределением пациента между каналами помощи и приводит к дублированию, потере управляемости случая и выпадению из длительного наблюдения.

Модель позволяет оценивать эффективность инструментов регулирования сердечно-сосудистого сегмента по их функции в отношении структурных разрывов маршрута пациента. Ключевым критерием эффективности становится способность механизма не просто расширять предложение или ускорять получение отдельной услуги, а обеспечивать целостность маршрута, преемственность этапов и устойчивость длительного наблюдения.

Заключение

Проведенное исследование уточняет логику регулирования сердечно-сосудистого сегмента рынка медицинских услуг: его эффективность определяется не только количеством доступных услуг, объемом финансирования или расширением числа поставщиков, а тем, насколько система удерживает пациента в последовательной траектории помощи. Таким образом, маршрут пациента становится самостоятельным объектом экономического и организационного анализа, поскольку именно в нем проявляются последствия несогласованности между этапами профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и последующего наблюдения.

Основные ограничения действующей модели проявляются в переходах между этапами оказания помощи. Наиболее уязвимыми являются переход от первичного выявления к углубленной диагностике, от стационарного лечения к амбулаторному сопровождению, от лечения к реабилитации, от выписки к диспансерному наблюдению и контролю приверженности терапии. В этих точках возникают структурные разрывы, которые снижают управляемость случая, затрудняют передачу информации и повышают риск выпадения пациента из системы наблюдения.

Разработанная модель компенсаторного регулирования позволяет оценивать административно-страховые, рыночные, цифровые и сервисные механизмы через их функцию в отношении этих разрывов. Такой подход показывает, что один и тот же инструмент может иметь различный эффект. Включенный в общий контур ведения пациента, он восполняет ограничения базовой системы, повышает управляемость маршрута и поддерживает длительное наблюдение. Развиваясь автономно, он формирует дополнительные каналы обращения, но не решает проблему межэтапной координации и может усиливать фрагментацию медицинской помощи.

Использование системного и структурно-функционального подходов позволило рассмотреть сердечно-сосудистый сегмент не как совокупность отдельных медицинских услуг, а как систему вза-

имосвязанных этапов, участников и механизмов регулирования. За счет этого целостность маршрута пациента приобретает значение экономико-управленческой категории: она отражает не только качество медицинского сопровождения, но и способность системы рационально координировать ресурсы, ответственность и потоки пациентов. Предложенная аналитическая рамка может быть использована при оценке организационно-экономических механизмов, проектировании страховых и платных программ, развитии цифрового мониторинга, сервисов постгоспитального сопровождения и инструментов длительного наблюдения. Ее практическая ценность состоит в возможности отличать решения, которые действительно укрепляют маршрут пациента, от решений, которые лишь расширяют набор разрозненных услуг. Дальнейшая апробация модели на региональных данных позволит определить, какие организационные конфигурации наиболее эффективно снижают структурные разрывы в сердечно-сосудистой помощи, а также оценить возможность применения предложенного подхода в других социально значимых сегментах рынка медицинских услуг.

Список литературы

1. *Концевая А.В., Муканеева Д.К., Игнатьева В.И., Анциферова А.А., Драпкина О.М.* Экономика профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации // Российский кардиологический журнал. – 2023. – Т. 28, № 9. – С. 19–26. – DOI 10.15829/1560-4071-2023-5521.
2. *Галявич А.С., Терещенко С.Н., Ускач Т.М. и др.* Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2024 // Российский кардиологический журнал. – 2024. – Т. 29, № 11. – С. 251–349. – DOI 10.15829/1560-4071-2024-6162.
3. *Sperling L., Irazola V., Partarrieu J., Raspail L., Banach M., Banerjee A., Bukhman G., George M., Kato E.T., Lopez-Jimenez F., Macari S., Miranda J., Mocumbi A., Perel P., Prabhakaran D., Barragan A.P., Sherifali D., Santos R.* WHF Roadmap for integrated care in people living with – or at risk of – cardiovascular disease and multiple long-term conditions // Global Heart. – 2026. – Vol. 21, No. 1. – Article 28. – DOI 10.5334/gh.1541.
4. *Бойцов С.А., Бланкова З.Н., Свирида О.Н. и др.* Первые результаты мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью в разных регионах Российской Федерации. Часть I. Организация помощи при хронической сердечной недостаточности и распространенность заболевания с низкой и сохраненной фракцией выброса левого желудочка // Кардиологический вестник. – 2023. – Т. 18, № 2. – С. 19–28. – DOI 10.17116/Cardiobulletin20231802119.
5. *Агеев Ф.Т., Бланкова З.Н., Свирида О.Н. и др.* Алгоритм организации помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью. Пять шагов к успеху // Кардиологический вестник. – 2024. – Т. 19, № 3. – С. 6–15. – DOI 10.17116/Cardiobulletin2024190316.
6. *Camarón J., Galván Ruiz M., López-Lluva M.T. et al.* Optimising transitions of care and long-term management in heart failure: a scoping review of strategies and models // ESC Heart Failure. – 2026. – Article xvag035. – DOI 10.1093/eschf/xvag035.
7. *Зубко А.В.* Специализированная медицинская помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями: отдельные аспекты // Социальные аспекты здоровья населения. – 2024. – Т. 70, № 1. – DOI 10.21045/2071-5021-2024-70-1-3.
8. *Вахненко Ю.В., Тарасюк Е.С., Тарасюк С.Д.* Дистанционный мониторинг пациентов с хронической сердечной недостаточностью: возможности, результаты и перспективы: обзор литературы // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2025. – № 3. – С. 909–928. – DOI 10.24412/2312-2935-2025-3-909-928.

References

1. *Koncevaya A.V., Mukaneeva D.K., Ignat'eva V.I., Anciferova A.A., Drapkina O.M.* Ekonomika profilaktiki serdechno-sosudistyh zabolevanij v Rossijskoj Federacii // Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. – 2023. – T. 28, № 9. – S. 19–26. – DOI 10.15829/1560-4071-2023-5521.
2. *Galyavich A.S., Tereshchenko S.N., Uskach T.M. i dr.* Hronicheskaya serdechnaya nedostatochnost'. Klinicheskie rekomendacii 2024 // Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. – 2024. – T. 29, № 11. – S. 251–349. – DOI 10.15829/1560-4071-2024-6162.

3. *Sperling L., Irazola V., Partarrieu J., Raspail L., Banach M., Banerjee A., Bukhman G., George M., Kato E.T., Lopez-Jimenez F., Macari S., Miranda J., Mocumbi A., Perel P., Prabhakaran D., Barragan A.P., Sherifali D., Santos R.* WHF Roadmap for integrated care in people living with – or at risk of – cardiovascular disease and multiple long-term conditions // Global Heart. – 2026. – Vol. 21, No. 1. – Article 28. – DOI 10.5334/gh.1541.
4. *Bojcov S.A., Blankova Z.N., Svirida O.N. i dr.* Pervye rezul'taty meropriyatij po sovershenstvovaniyu okazaniya medicinskoj pomoshchi pacientam s hronicheskoj serdechnoj nedostatochnost'yu v raznyh regionah Rossijskoj Federacii. Chast' I. Organizaciya pomoshchi pri hronicheskoj serdechnoj nedostatochnosti i rasprostranennost' zabolevaniya s nizkoj i sohranennoj frakciej vybrosa levogo zheludochka // Kardiologicheskij vestnik. – 2023. – T. 18, № 2. – S. 19–28. – DOI 10.17116/Cardiobulletin20231802119.
5. *Ageev F.T., Blankova Z.N., Svirida O.N. i dr.* Algoritm organizacii pomoshchi pacientam s hronicheskoj serdechnoj nedostatochnost'yu. Pyat' shagov k uspekhu // Kardiologicheskij vestnik. – 2024. – T. 19, № 3. – S. 6–15. – DOI 10.17116/Cardiobulletin2024190316.
6. *Camarón J., Galván Ruiz M., López-Lluva M.T. et al.* Optimising transitions of care and long-term management in heart failure: a scoping review of strategies and models // ESC Heart Failure. – 2026. – Article xvag035. – DOI 10.1093/eschf/xvag035.
7. *Zubko A.V.* Specializirovannaya medicinskaya pomoshch' pacientam s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami: otdel'nye aspekty // Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya. – 2024. – T. 70, № 1. – DOI 10.21045/2071-5021-2024-70-1-3.
8. *Vahnenko Yu.V., Tarasyuk E.S., Tarasyuk S.D.* Distancionnyj monitoring pacientov s hronicheskoj serdechnoj nedostatochnost'yu: vozmozhnosti, rezul'taty i perspektivy: obzor literatury // Sovremennye problemy zdravoohraneniya i medicinskoj statistiki. – 2025. – № 3. – S. 909–928. – DOI 10.24412/2312-2935-2025-3-909-928.

Статья поступила в редакцию: 09.06.2026
Статья принята к публикации: 27.07.2026

Received: 09.06.2026
Accepted: 27.07.2026