

**Котловский М. Ю., Гурцкой Л. Д., Русских С. В.**

**ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ МИНОБРНАУКИ РОССИИ: ВЕДОМСТВЕННАЯ СПЕЦИФИКА И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ**

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

*Ведомственные медицинские организации (клиники при вузах, федеральные научно-клинические центры) важны для помощи населению, но их пространственное и профильное распределение изучено слабо. Требуетсѧ анализ для интеграции в региональные системы здравоохранения.*

*На основе данных федеральных форм статистического наблюдения и реестра лицензий проведен частотный и робастный статистический анализ распределения головных учреждений Минобрнауки России, оказывающих медицинскую помощь, по федеральным округам, организационно-правовым формам и профильным категориям.*

*Анализ выявил значительную территориальную и профильную диспропорцию ведомственной сети. Типичный федеральный округ имел медиану ≈5,5 организаций при медиане лицензированных объектов ≈27 (≈3 на организацию), что соответствует сценарию «точечных» крупных игроков. Преобладали бюджетные учреждения (≈84,8%) с медианой ≈4 против ≈1 у автономных. Медианы по уровням помощи: I≈2, II≈1, III≈1 с широким IQR для III уровня, подтверждающим концентрацию высокотехнологичной помощи. Доминировали терапевтический, хирургический и лабораторно-диагностический профили.*

*Сеть медицинских организаций Минобрнауки России состоит из «точечных» центров с концентрацией высокотехнологичной медицинской помощи в отдельных федеральных округах. Требуются их интеграция с регионами, мониторинг загрузки и развитие первичного звена.*

**Ключевые слова:** ведомственные медицинские организации; Минобрнауки России; территориальное распределение медицинских ресурсов; интеграция; ресурсное обеспечение здравоохранения; межрегиональная неоднородность.

**Для цитирования:** Котловский М. Ю., Гурцкой Л. Д., Русских С. В. Оказание медицинской помощи организациями Минобрнауки России: ведомственная специфика и значение для системы здравоохранения России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(6):1353—1359. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-6-1353-1359>

**Для корреспонденции:** Русских Сергей Валерьевич, канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: russkikh1@mail.ru

**Kotlovskiy M. Yu., Gurtskoy L. D., Russkikh S. V.**

**THE DELIVERY OF MEDICAL CARE BY ORGANIZATIONS OF THE MINOBRNAUKA OF RUSSIA: THE DEPARTMENTAL SPECIFICS AND SIGNIFICANCE FOR HEALTH CARE SYSTEM OF RUSSIA**

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

*The departmental medical organizations (university clinics, Federal research clinical centers) are important for medical care of population, but their spatial and profile distribution is poorly examined. To integrate them into regional health care systems comprehensive analysis is required. Materials and methods. The frequency and robust statistical analysis of distribution of head offices of the Minobrnauka of Russia providing medical care according Federal Okrugs, organizational legal forms and profile categories was carried out on the basis of data from the Federal forms of statistical observation and the register of licenses.*

*The analysis revealed significant territorial and profile disparity in the departmental network. The typical Federal Okrug had median of ≈5.5 organizations at median of licensed objects of ≈27 (≈3 per organization) that corresponds to scenario of “spot” principal players. The budgetary institutions (≈84.8%) with median of ≈4 prevailed as against ≈1 for autonomous ones. The medians by levels of care were: I≈2, II≈1, III≈1 with wide IQR for level III that confirmed concentration of high-tech medical care. The therapeutic, surgical and laboratory diagnostic profiles dominated.*

*The network of medical organizations of the Minobrnauka of Russia consists of “spot” centers with concentration of high-tech medical care in particular Federal Okrugs. Their integration with Regions, load monitoring and development of primary medical care is needed.*

**Ключевые слова:** departmental medical organizations; Minobrnauka of Russia; territorial distribution of medical resources; integration; resource support; health care; inter-regional heterogeneity.

**For citation:** Kotlovskiy M. Yu., Gurtskoy L. D., Russkikh S. V. The delivery of medical care by organizations of the Minobrnauka of Russia: the departmental specifics and significance for health care system of Russia. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini.* 2025;33(6):1353—1359 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-6-1353-1359>

**For correspondence:** Russkikh S. V., candidate of medical sciences, the Leading Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: russkikh1@mai.ru

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 22.04.2025

Accepted 01.09.2025

## Введение

Структура и география медицинских учреждений напрямую влияют на доступность, эффективность и устойчивость здравоохранения [1—4]. Развитие высокотехнологичной инфраструктуры и перераспределение ролей между звенями медицинской помощи определяют способность системы отвечать на демографические и эпидемиологические вызовы [5—7].

В России территориальная неоднородность ресурсов остается ключевой проблемой. Существуют значительные межрегиональные различия в доступности врачей, плотности коек, объемах помощи и показателях здоровья населения. Исследования фиксируют дисбаланс между центрами и отдаленными регионами [8—10], обострившийся во время пандемии [11].

Ведомственные медицинские организации (клинические базы вузов, научно-клинические центры) играют особую роль. Будучи ресурсно-насыщенными и ориентированными на высокотехнологичную помощь, они служат клинико-образовательными площадками и источниками специализированной помощи для широкой сети. Их роль как «региональных узлов» требует взаимодействия с муниципальными и региональными структурами, а оценки не только по числу коек, но и по объемам услуг и результатам лечения [1].

В этих условиях цель работы — системная оценка структуры и распределения организаций Минобрнауки России с акцентом на количественные характеристики («точечность» размещения, медианные значения по федеральным округам и межквартильную вариабельность) и сопоставление профилей медицинских организаций.

Полученные результаты представляют интерес для практического планирования. Они могут служить основой для выработки мер интеграции ведомственных центров в региональные маршруты оказания специализированной помощи, оценки необходимости укрепления первичного звена и разработки целевых подходов к перераспределению ресурсного обеспечения в федеральном масштабе.

## Материалы и методы

В исследовании использованы официальные данные действующих лицензий медицинской деятельности организаций Минобрнауки России. Источником служили реестровые записи Росздравнадзора. Выборка ограничена организациями федерального подчинения с действующей лицензией, участвующими в территориальной программе субъектов РФ.

Объектами анализа выступали головные подразделения и лицензионные объекты учреждений. Каждая организация классифицировалась по организационно-правовой форме, целевому назначению (образовательное, научное, медицинское), функционально-профильной принадлежности (медцентры, больницы, поликлиники санаторно-курортные уч-

реждения, амбулатории, медико-санитарные части, специализированные больницы) и профилю оказания медицинской помощи (терапевтический, хирургический, педиатрический и др.). Классификация уровней медицинской помощи проводилась в соответствии с положениями Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в действующей редакции) и сопутствующими ему нормативными правовыми актами.

Аналитическая процедура включала частотный анализ распределения организаций и лицензионных объектов по федеральным округам, организационно-правовым формам и функционально-профильным категориям. Для количественной характеристики применялись робастные статистики: медиана и квартильные границы [25-й; 75-й процентили] с учетом межквартильного размаха (IQR). Эти меры использовались целенаправленно из-за выраженной асимметрии распределений и наличия «точечных» крупных центров.

Обработку данных выполняли в среде Jupyter Notebook с использованием библиотек Pandas и SciPy. В описательной статистике применяли абсолютные и относительные частоты (в %), медианы и квартильные значения в формате «медиана [25-й; 75-й процентили]».

Для анализа текстов лицензий и приведения изложения к академическим стандартам дополнительно использовали языковые модели (LLM), включая GPT и DeepSeek. Они применялись исключительно для нормализации терминологии, унификации стиля и проверки смысловой связности, не заменяя экспертизной интерпретации данных.

Исследование имело ограничения. Во-первых, анализ данных лицензирования характеризовал инфраструктуру, но не учитывал объем услуг, финансы, доступность и клинические исходы. Во-вторых, срез на определенную дату (данные ФФСН/Росздравнадзора на конец указанного периода) ограничивал временную генерализацию выводов. Наконец, ведомственная специфика выборки не позволяла прямо экстраполировать выводы на муниципальный или региональный уровень.

## Результаты исследования

Проанализировано 59 организаций, включавших 304 объекта, на которых осуществлялась непосредственно медицинская деятельность. Их головные подразделения были расположены во всех восьми федеральных округах, но распределение было неравномерным. Наибольшее число организаций было зарегистрировано в Центральном федеральном округе (ЦФО) 21, Сибирском федеральном округе (СФО) 13 и Северо-Западном федеральном округе (СЗФО) 8. Наименьшее число организаций (по 2) было отмечено в Уральском федеральном округе (УрФО), Северо-Кавказском федеральном округе (СКФО) и Южном федеральном округе (ЮФО) (табл. 1).

Таблица 1

**Организации Минобрнауки России, осуществляющие медицинскую деятельность**

Федеральный округ	Организации		Объекты	
	абс.	%	абс.	%
Центральный	21	35,59	103	33,88
Сибирский	13	22,03	49	16,12
Северо-Западный	8	13,56	30	9,87
Приволжский	6	10,17	74	24,34
Дальневосточный (ДФО)	5	8,47	24	7,89
Уральский	2	3,39	6	1,97
Северо-Кавказский	2	3,39	4	1,32
Южный	2	3,39	14	4,61

В отношении количества объектов непосредственного лицензирования первое место также занимал ЦФО (103 объекта), далее следовали Приволжский федеральный округ (ПФО; 74 объекта) и СФО (49 объектов). Для федеральных округов (здесь и далее: все 8 округов, в которых были отмечены данные организации) медианные значения составили 5,5 [2; 9,25] у организаций и 27 [12; 55,25] у объектов лицензирования. При этом медианное значение числа объектов на одну организацию составило 3 [2; 6,5].

Установлено, что большинство (50; 84,75%) организаций относились к бюджетным учреждениям, а 9 (15,25 %) — к автономным. Казенных и иных типов учреждений среди рассматриваемых организаций не выявлено.

В 5 из 8 федеральных округов Российской Федерации были зарегистрированы как бюджетные, так и автономные учреждения. К их числу относились ЦФО, ПФО, ДФО, УрФО и ЮФО (табл. 2). В СФО, СЗФО и СКФО автономных учреждений не было зарегистрировано. При этом наибольшее число бюджетных учреждений было сосредоточено именно в ЦФО (17), СФО (13) и СЗФО (8), наименьшее отмечено в УрФО и ЮФО (по 1 организации).

Наибольшее число автономных учреждений также было зарегистрировано в ЦФО (4). На втором месте по числу данных учреждений находится ДФО (2), а третье место делят между собой ПФО, УрФО и ЮФО (по 1).

Установлено, что для федеральных округов медианные значения составили 4 [1,75; 9,25] у бюджетных и 1 [0; 2] у автономных учреждений. Это отражает значительное различие в структуре распределения организаций разных типов по федеральным округам Российской Федерации.

Анализ показал, что для большинства учреждений (30; 50,85%) приоритетом была научная работа. У 21 (35,59%) организаций основным направлением являлось образование и лишь у 8 (13,56%) — медицинская деятельность.

Исследование выявило, что только в 3 федеральных округах (ЦФО, СЗФО и ДФО) были представлены организации со всеми тремя видами деятельности (табл. 3). В СФО действовали только научные и медицинские организации, в УФО и ПФО — обра-

Таблица 2

**Организационно-правовая форма учреждений Минобрнауки России, осуществляющих медицинскую деятельность**

Федеральный округ	Бюджетные		Автономные	
	абс.	%	абс.	%
Центральный	17	28,81	4	6,78
Сибирский	13	22,03	0	0
Северо-Западный	8	13,56	0	0
Приволжский	5	8,47	1	1,69
Дальневосточный	3	5,08	2	3,39
Северо-Кавказский	2	3,39	0	0
Уральский	1	1,69	1	1,69
Южный	1	1,69	1	1,69

зовательные и научные, а в ЮФО и СКФО — исключительно образовательные.

Организации с научным профилем деятельности выявлены в 6 федеральных округах Российской Федерации: СФО, ЦФО, СЗФО, ДФО, ПФО УрФО. Лидирующие позиции по числу таких организаций занимают СФО (12), ЦФО (9) и СЗФО (5). Наименьшее число подобных учреждений располагается в ПФО и УрФО (по 1 организации).

Образовательные учреждения высшего образования, оказывающие в том числе медицинскую помощь населению, были расположены во всех федеральных округах, за исключением СФО. Наибольшее их количество приходится на ЦФО (7) и ПФО (5), тогда как третье место занимали СЗФО, ДФО, СКФО и ЮФО (по 2 организации). Наименьшее число таких образовательных организаций — в УрФО (1).

Организации, имеющие исключительно медицинский профиль, осуществляли свою деятельность в четырех федеральных округах (ЦФО, СФО, СЗФО и ДФО). При этом ЦФО значительно превосходил остальные по количеству таких учреждений (5).

Для федеральных округов медианные значения составили 1,5 [0,75; 6] у научных, 2 [1,75; 2,75] у образовательных и 0,5 [0; 1] у медицинских организаций.

В ходе исследования отмечены организации, соответствовавшие всем трем уровням оказания медицинской помощи. При этом большинство учреждений имело третий уровень — 23 (38,98%). На втором месте были учреждения, оказывающие медицинскую помощь первого уровня, — 21 (35,59%).

Таблица 3

**Целевое назначение учреждений Минобрнауки России, осуществляющих медицинскую деятельность**

Федеральный округ	Научные		Образовательные		Медицинские	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сибирский	12	20,34	0	0	1	1,69
Центральный	9	15,25	7	11,86	5	8,47
Северо-Западный	5	8,47	2	3,39	1	1,69
Дальневосточный	2	3,39	2	3,39	1	1,69
Приволжский	1	1,69	5	8,47	0	0
Уральский	1	1,69	1	1,69	0	0
Северо-Кавказский	0	0	2	3,39	0	0
Южный	0	0	2	3,39	0	0

Таблица 4

## Уровни медицинской помощи, оказываемой учреждениями Минобрнауки России, осуществляющими медицинскую деятельность.

Федеральный округ	Первый		Второй		Третий	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Центральный	8	13,56	3	5,08	10	16,95
Северо-Западный	4	6,78	0	0	4	6,78
Приволжский	3	5,08	2	3,39	1	1,69
Северо-Кавказский	2	3,39	0	0	0	0
Уральский	2	3,39	0	0	0	0
Дальневосточный	1	1,69	3	5,08	1	1,69
Южный	1	1,69	0	0	1	1,69
Сибирский	0	0	7	11,86	6	10,17

Значительно меньшим оказалось число организаций, оказывающих медицинскую помощь второго уровня,— 15 (25,42%).

Территориальный анализ выявил существенные различия между федеральными округами по уровням оказываемой медицинской помощи (табл. 4). Организации ЦФО, ПФО и ДФО предоставляли помощь всех трех уровней. В СЗФО и ЮФО деятельность ограничивалась первым и третьим уровнями, в СФО — вторым и третьим. В СКФО и УрФО оказывалась помощь исключительно первого уровня, что отражает ориентацию на базовое обслуживание.

Медицинская помощь первого уровня оказывалась во всех федеральных округах, кроме СФО. Лидером был ЦФО (8 организаций), далее СЗФО (4) и ПФО (3), меньше всего в ДФО и ЮФО (по 1).

Учреждения второго уровня были только в 4 федеральных округах: первое место у СФО (7), на втором — ЦФО и ДФО (по 3), на третьем — ПФО (2).

Помощь третьего уровня предоставлялась в 6 федеральных округах. Наибольшее число таких учреждений было в ЦФО (10), далее следуют СФО (6) и СЗФО (4). По одной организации было в ДФО, ПФО и ЮФО.

При этом медианные значения для федеральных округов составили: 2 [1; 3,25] у организаций первого уровня, 1 [0; 3] у организаций второго уровня и 1 [0,75; 4,5] у организаций третьего уровня.

Результаты анализа показали, что функциональный профиль наибольшего числа организаций приходился на специализированные центры — 24 (40,68%). На втором месте были больницы (13;

22,03%), на третьем — поликлиники (12; 20,34%). Санаторно-курортных организаций было 4 (6,78%), а амбулаторий, медико-санитарных частей и специализированных больниц встречалось по 2 организации каждого типа (по 3,39%).

Наибольшее разнообразие организаций отмечено в ЦФО и СЗФО (4 профиля). В ЦФО были представлены медицинские центры, больницы, поликлиники и санаторно-курортные организации, в СЗФО — медицинские центры, больницы, санаторно-курортные организации и амбулатории.

В ПФО и СФО отмечено по три вида организаций: в ПФО действовали поликлиники, санаторно-курортные организации и амбулатории, в СФО — медицинские центры, больницы и специализированные больницы.

В ДФО, УрФО и ЮФО функционировали организации двух профилей: в ДФО — медицинские центры и больницы, в ЮФО — медицинские центры и поликлиники, в УрФО — поликлиники и медико-санитарные части. В СКФО была представлена только одна профильная группа — поликлиники.

Медицинские центры встречались в 5 федеральных округах (табл. 5): ЦФО (14), СФО (6), ДФО (2), СЗФО и ЮФО (по 1). Больницы были расположены в 4 округах: СФО (5), СЗФО (4), ДФО (2), ЦФО (1).

Поликлиники работали в 5 федеральных округах, санаторно-курортные учреждения — в 3 федеральных округах, амбулатории — только в СЗФО, медико-санитарные части — в ПФО и УрФО, специализированные больницы — только в СФО.

Медианные значения по федеральным округам: медцентры — 1 [0;3], больницы — 0,5 [0;3,25], поликлиники — 1 [0;2,5], санатории — 0 [0;1], амбулатории и спецбольницы — 0 [0;0], медико-санитарные части — 0 [0;0,25].

Профили помощи: терапевтический — 59 (100%), хирургический — 51 (88,44%), педиатрический — 39 (66,1%), лабораторная диагностика — 54 (91,53%), реабилитация — 51 (86,44%), профилактика — 48 (81,36%), стоматология — 37 (62,71%).

Допуск ко всем профилям имели организации 7 федеральных округов (табл. 6).

Организации УрФО не имели допуска к оказанию педиатрической помощи.

Таблица 5

## Функционально-профильные группы учреждений Минобрнауки России, осуществляющих медицинскую деятельность, в федеральных округах Российской Федерации

Таблица 6

Профили оказания медицинской помощи

Федеральный округ	Терапевтический		Хирургический		Педиатрический		Лабораторно-диагностический		Реабилитационный		Профилактический		Стоматологический	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Центральный	21	35,59	17	28,81	13	22,03	18	30,51	18	30,51	16	27,12	16	27,12
Сибирский	13	22,03	12	20,34	9	15,25	13	22,03	12	20,34	8	13,56	3	5,08
Северо-Западный	8	13,56	6	10,17	6	10,17	6	10,17	7	11,86	7	11,86	5	8,47
Приволжский	6	10,17	6	10,17	5	8,47	6	10,17	5	8,47	6	10,17	5	8,47
Дальневосточный	5	8,47	5	8,47	3	5,08	5	8,47	5	8,47	5	8,47	4	6,78
Северо-Кавказский	2	3,39	2	3,39	2	3,39	2	3,39	1	1,69	2	3,39	1	1,69
Уральский	2	3,39	2	3,39	0	0	2	3,39	1	1,69	2	3,39	2	3,39
Южный	2	3,39	1	1,69	1	1,69	2	3,39	2	3,39	2	3,39	1	1,69

Терапевтический профиль представлен во всех федеральных округах. Лидеры — ЦФО, СФО, СЗФО, минимальное количество — в СКФО, УрФО и ЮФО.

Хирургическую помощь также оказывали во всех федеральных округах. Наибольшим было число организаций в ЦФО, СФО, СЗФО и ПФО. В ЮФО — 1 организация.

Педиатрическая помощь отсутствовала в УрФО. Лидеры — ЦФО, СФО, СЗФО, ПФО. В ЮФО — 1 организация.

Лабораторная диагностика представлена во всех федеральных округах.

Реабилитационный профиль представлен в ЦФО, СФО, СЗФО, минимальным было число в СКФО и УрФО.

Профилактическая деятельность имелась во всех федеральных округах.

Стоматологический профиль представлен в ЦФО, СЗФО и ПФО, минимально в СКФО и ЮФО.

В рамках проведенного исследования было рассчитано медианное число организаций в федеральном округе, имеющих право оказывать медицинскую помощь по перечисленным ключевым профилям. Для терапевтического профиля медиана составила 5,5 [2; 9,25], для хирургического — 5,5 [2; 7,5], для педиатрии — 4 [1,75; 6,75]. По профилю лабораторная диагностика медианное значение составило 5,5 [2; 7,75], по реабилитации — 7 [1,75; 8,25], по профилактике — 5,5 [2; 7,25], а по стоматологии — 3,5 [1,75; 5].

## Обсуждение

Ведомственные медицинские учреждения Минобрнауки России представлены во всех 8 федеральных округах, но их распределение крайне неравномерно. Максимальная концентрация головных подразделений и объектов лицензирования отмечена в ЦФО, а минимальная в УрФО, СКФО и ЮФО. Это подтверждает выводы о территориальной концентрации ведомственных ресурсов в основных центрах научно-образовательной и клинической активности.

Данные о доминировании в ведомственном здравоохранении Минобрнауки России третьего, высокотехнологичного уровня помощи (38,98% организаций) подтвердили преобладание в сети профиль-

ных клиник и специализированных центров. Этот результат ожидаем, поскольку подчиненные министерству учреждения в силу своей научно-образовательной миссии склонны к концентрации высокотехнологичных мощностей и научно-практических площадок. Аналогичная тенденция наблюдается и в других ведомственных системах, например в крупных сетях федеральных агентств.

Ведомственная принадлежность определила профиль и географию размещения медицинских организаций. Подавляющее большинство (84,75%) имели статус бюджетных учреждений, что коррелировало с ориентацией на науку и обеспечение клинической базы для образовательных программ. Это обусловило их концентрацию в крупнейших научно-образовательных центрах. Автономные учреждения, составлявшие меньшинство, были точечно сосредоточены в округах, где требовались хозяйственные самостоятельность и привлечение внебюджетных средств.

Результаты анализа показали, что функционально-профильная структура ведомственной сети (лидерство терапевтического, хирургического и лабораторно-диагностического профилей при ограниченном распространении амбулаторий и санаторно-курортных учреждений) была ориентирована на комплексное обеспечение научно-образовательной деятельности. Это отличало ее от региональных сетей, ориентированных на массовое первичное обслуживание.

Медианные показатели свидетельствовали, что типичный федеральный округ располагал небольшим числом ведомственных медицинских организаций ( $\approx 5,5$  на округ) при медиане лицензированных объектов  $\approx 27$  и медиане объектов на организацию  $\approx 3$ . Эти оценки указывали на сценарий «точечных» крупных центров с доминированием нескольких учреждений, управляющих множеством объектов.

Анализ медиан по организационно-правовой форме и уровням оказания выявил системную асимметрию. Медиана бюджетных учреждений на округ ( $\approx 4$ ) значительно превосходила медиану автономных ( $\approx 1$ ), а по уровням медианы были малы — первичное звено (I уровень)  $\approx 2$ , второй  $\approx 1$ , третий  $\approx 1$ , при широких IQR для третьего уровня. В совокупности это означало, что ведомственная сеть была ориентирована на несколько специализированных

(высокотехнологичных) центров при относительной сдержанности широкого первичного и среднего звена, что имело непосредственные последствия для планирования интеграции ведомственных мощностей с региональной системой здравоохранения.

Сопоставление выводов с литературными источниками выявило согласованность по двум тенденциям. Во-первых, подтверждаются устойчивая централизация высокотехнологичной помощи и укрупнение профильных учреждений при сокращении фрагментарной инфраструктуры, что соответствует российским и европейским аналитическим обзорам.

Во-вторых, вопросы территориального планирования первичного звена остаются дискуссионными. Наши данные о региональных дисбалансах согласуются с исследованиями в области оптимизации размещения медицинских организаций.

Следует учитывать ведомственную природу сети: отсутствие амбулаторий или санаториев отражает распределение функций. Муниципальные учреждения обеспечивают массовое первичное звено, а ведомственные фокусируются на специализированной помощи и научной деятельности, что требует осторожной интерпретации данных о доступности медицинской помощи.

Полученные результаты позволили сформулировать четыре ключевых направления для управленческих решений:

- *Интеграция ведомственных учреждений в региональные системы здравоохранения.* Учитывая концентрацию в ведомственных организациях ресурсов третьего уровня и высокотехнологичной помощи, их целесообразно позиционировать как региональные «узловые» центры. Для этого необходима разработка четких механизмов договорного взаимодействия, совместного планирования мощностей и интеграции в системы маршрутизации пациентов, что согласуется с подходами, обсуждаемыми в литературе по территориальному планированию.
- *Укрепление первичного звена в ведомственных структурах.* Анализ показал, что первичная помощь в ведомственной сети присутствует, но ее развитие неравномерно и в некоторых округах, например СКФО, УрФО, ограничено. Рекомендуется усилить первичное звено в тех учреждениях, где это критично для обеспечения доступности помощи работникам и студентам, либо создать устойчивые модели кооперации с региональными и муниципальными медицинскими организациями.
- *Оценка эффективности и нагрузки объектов лицензирования.* Выявленная диспропорция между количеством головных организаций и объектов лицензирования (как в ПФО) указывает на различную масштабность учреждений. Это требует смещения акцента с количественного учета на анализ пропускной способности, реальной загрузки и объемов оказанных услуг. Для этого анализ необходимо дополнить данными о штатной численности, финансирова-

нии и фактических объемах медицинской деятельности.

- *Учет ведомственной специфики в инвестиционной и кадровой политике.* Преобладание бюджетного статуса и выполнение научно-образовательных функций означают, что ведомственные учреждения являются мультифункциональным ресурсом. Инвестиционные и кадровые стратегии должны это учитывать, синхронизируя меры по стимулированию внебюджетной деятельности автономных учреждений с поддержанием гарантированного финансирования бюджетных организаций, что требует адресного и дифференцированного подхода.

## Заключение

Исследование выявило территориальную и профильную диспропорцию ведомственной сети Минобрнауки России с доминированием бюджетных учреждений и концентрацией ВМП в отдельных округах. Результаты значимы для интеграции ведомственных ресурсов в региональные системы, выравнивания доступа к первичной помощи и сбора данных о загрузке и качестве услуг.

Для дальнейшей работы представляется интересным:

- дополнить анализ данными об объемах и результатах оказания медицинской помощи;
- исследовать механизмы взаимодействия ведомственных и региональных структур;
- провести экономико-организационный анализ возможностей расширения автономной деятельности и ее влияния на доступность услуг.

Альтернативные модели территориального планирования и практики координации ведомственных сетей, описанные в отечественной литературе, могут быть использованы как методическая отправная точка при формировании рекомендаций.

Данное исследование не требует представления заключения комиссии по биомедицинской этике или иных документов.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Зудин А. Б. Предпосылки реформирования российской системы здравоохранения. *Российский стоматологический журнал.* 2017;21(3):157–9. doi: 10.18821/1728-2802 2017; 21 (3): 157-159
2. Хабриев Р. У., Коломийченко М. Е. Сравнительный анализ систем здравоохранения на основе построения рейтинга. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2024;32(3):303–10. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-3-303-310
3. Тарасенко Е. А., Русских С. В., Васильева Т. П., Макарова Е. В., Горбачева Н. А., Ротов В. М. Социальные детерминанты здоровья как методологическая основа для разработки стратегий по улучшению общественного здоровья: зарубежный опыт и уроки для России. *Социальные аспекты здоровья населения.* 2024;70(2):3. doi: 10.21045/2071-5021-2024-70-2-3. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1583/27-lang.ru/>
4. Русских С. В. Методический подход к оценке медицинской детерминанты общественного здоровья. *Социальные аспекты здоровья населения.* 2025;71(3):11. doi: 10.21045/2071-5021-2025-71-3-11. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1795/30/lang.ru/>
5. Шевский В. И., Шейман И. М., Шишкин С. В. Новые модели первичной медико-санитарной помощи: зарубежный опыт и

## Здоровье и общество

- российские перспективы. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2022;68(2):2. doi: 10.21045/2071-5021-2022-68-2-2. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1356/30/lang.ru/>
6. Митякова О. И. Трансформация системы здравоохранения: до и после пандемии. *Развитие и безопасность* 2020;3(7):30—45. doi: 10.46960/2713-2633\_2020\_3\_30
7. Васильева Т. П., Ларинов А. В., Русских С. В., Зудин А. Б., Васюнина А. Е., Васильев М. Д. и др. Состояние общественного здоровья в субъектах Российской Федерации в период масштабного эпидемиологического вызова на примере пандемии COVID-19. *Здоровье населения и среда обитания — ЗНиСО*. 2023;31(3):7—16. doi: 10.35627/2219-5238/2023-31-3-7-16
8. Калининская А. А., Баянова Н. А. Научное обоснование оценки территориальной доступности первичной врачебной медико-санитарной помощи сельскому населению. *Казанский медицинский журнал*. 2020;101(6):890—6. doi: 10.17816/KM2020-890
9. Борисова Д. Е. Управление здравоохранением регионов в условиях распространения новой коронавирусной инфекции. *Проблемы социально-экономического развития Сибири*. 2020;4(42). doi: 10.18324/2224-1833-2020-4-19-24
10. Кораблев В. Н. Оценка результативности и эффективности системы здравоохранения и медицинских организаций. Хабаровск: Дальневосточный государственный медицинский университет; 2015. 236 с.
11. Шипова В. М. Организация и технология нормирования труда в здравоохранении. Под ред. Р. У. Хабриева. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. С. 67—70

Поступила 22.04.2025  
Принята в печать 01.09.2025

## REFERENCES

1. Zudin A. B. Preconditions of reforming the russian health care system. *Rossiyskiy stomatologicheskiy zhurnal*. 2017;21(3):157—9. doi: 10.18821/1728-2802 2017; 21 (3): 157-159 (in Russian).
2. Khabriev R. U., Kolomyichenko M. E. The comparative analysis of health care systems based on rating definition. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2024;32(3):303—10 doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-3-303-310 (in Russian).
3. Tarasenko E. A., Russkikh S. V., Vasilieva T. P., Makarova E. V., Gorbacheva N. A., Rotov V. M. Social determinants of health as a methodological basis to develop strategies on public health improvement: foreign experience and lessons for Russia. *Social'nye aspekty zdorov'a naseleniya*. 2024;70(2):3. doi: 10.21045/2071-5021-2024-70-2-3. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1583/27/lang.ru/> (in Russian).
4. Russkikh S. V. Methodological approach to assessing the medical determinant of public health. *Social'nye aspekty zdorov'a naseleniya*. 2025;71(3):11. doi: 10.21045/2071-5021-2025-71-3-11. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1795/30/lang.ru/> (in Russian).
5. Shevsky V. I., Sheiman I. M., Shishkin S. V. New models of primary health care: international experience and Russian perspectives. *Social'nye aspekty zdorov'a naseleniya*. 2022;68(2):2. doi: 10.21045/2071-5021-2022-68-2-2. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1356/30/lang.ru/> (in Russian).
6. Mityakova O. I. Healthcare system transformation: before and after pandemic. *Razvitiye i bezopasnost'*. 2020;3(7):30—45. doi: 10.46960/2713-2633\_2020\_3\_30 (in Russian).
7. Vasilieva T. P., Larionov A. V., Russkikh S. V., Zudin A. B., Vasyunina A. E., Vasiliev M. D., et al. The State of Public Health in Constituent Entities of the Russian Federation in Times of a Large-Scale Epidemiological Challenge: The Example of the COVID-19 Pandemic *Zdorov'ye naseleniya i sreda obitaniya — ZNiSO*. 2023;31(3):7—16. doi: 10.35627/2219-5238/2023-31-3-7-16 (in Russian).
8. Kalininskaya A. A., Bayanova N. A. Scientific substantiation of the assessment of the territorial availability of primary medical health care to the rural population. *Kazan Medical Journal*. 2020;101(6):890—6. doi: 10.17816/KM2020-890 (in Russian).
9. Borisova D. E. Regional healthcare management in the face of COVID-19 pandemic. *Problemy sotsial'no-ekonomicheskogo razvitiya Sibiri*. 2020;4(42):19—24. doi: 10.18324/2224-1833-2020-4-19-24 (in Russian).
10. Korablev V. N. Evaluation of the effectiveness and efficiency of the health care system and medical organizations. Khabarovsk: Dal'nenvostochnyy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet; 2015. 236 p. (in Russian).
11. Shipova V. M. Organization and technology of labor rationing in health care. R. U. Khabriev (ed.). Moscow: GEOTAR-Media; 2018. P. 67—70 (in Russian).