УДК 332.1:330.3
DOI: 10.24412/2782-4845-2026-17-4-21

ИНФРАСТРУКТУРНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ФАКТОРОВ РЕГИОНАЛЬНОЙ РЕЗИЛИЕНТНОСТИ

О.Ю. Смыслова, ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве РФ», Москва, Россия
М.А. Жирнов, ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве РФ», Москва, Россия

Аннотация. *Актуальность исследования обусловлена необходимостью переосмысления роли здравоохранения в обеспечении устойчивости региональных систем перед лицом глобальных вызовов. В статье обосновываетсDOIя, что инфраструктурный потенциал здравоохранения трансформируется в стратегический фактор региональной резилиентности. Цель – теоретическое обоснование роли инфраструктурного потенциала здравоохранения в системе факторов региональной резилиентности и анализ методологических подходов к интегральной оценке готовности систем здравоохранения. Методология исследования включает системный и институциональный подходы, анализ официальной статистики Росстата, сравнительный межрегиональный анализ, кросс-секционную регрессионную оценку связи между ресурсной обеспеченностью и избыточной смертностью, а также кейс-анализ регионов с различными социально-экономическими профилями. Эмпирическая база разделена на три массива: данные 2000–2023 гг. использованы для анализа долгосрочной инфраструктурной динамики, данные 2018–2022 гг. – для регрессионной проверки, данные 2024–2025 гг. – для актуализации отдельных кадровых и финансовых показателей. Результаты исследования: выявлены ключевые диспропорции – сокращение стационарного сектора при росте амбулаторной мощности, кадровый разрыв между субъектами РФ, снижение численности среднего и младшего медперсонала, институциональные противоречия в системе ОМС. Показано, что высокая ресурсная обеспеченность сама по себе не гарантирует резилиентность: решающее значение имеют эффективность использования ресурсов, качество управления и способность системы к адаптации. Эмпирически подтверждена статистически значимая отрицательная связь между интегральным индексом ресурсной обеспеченности здравоохранения и показателями избыточной смертности в период пандемии COVID-19 (скорректированный $R^2 = 0,301$). Научная новизна заключается в обосновании инфраструктурного потенциала здравоохранения как материальной основы абсорбционной, адаптационной и трансформационной способностей региональной системы, а также в предложении типологии регионов по соотношению ресурсной обеспеченности и эффективности использования ресурсов. Практическая значимость связана с возможностью применения предложенных направлений при разработке стратегий социально-экономического развития и государственных программ «Развитие здравоохранения» субъектов Российской Федерации.*

Ключевые слова: *региональная резилиентность, инфраструктурный потенциал здравоохранения, интегральная оценка готовности, межрегиональная дифференциация, адаптационная способность, кадровый потенциал, обязательное медицинское страхование*

Для цитирования: Смыслова О.Ю., Жирнов М.А. Инфраструктурный потенциал здравоохранения в системе факторов региональной резилиентности // ЭФО. Экономика. Финансы. Общество. 2026. №1(17). С. 4-22. DOI: 10.24412/2782-4845-2026-17-4-21

INFRASTRUCTURAL POTENTIAL OF HEALTHCARE IN THE SYSTEM OF REGIONAL RESILIENCE FACTORS

O.Yu. Smyslova, Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, Russia
M.A. Zhirnov, Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, Russia

Abstract. *The relevance of the study is due to the need to rethink the role of health in ensuring the sustainability of regional systems in the face of global challenges. The article justifies that the infrastructural potential of health care is being transformed into a strategic factor of regional resilience. The goal is a theoretical justification of the role of health infrastructure potential in the system of regional resilience factors and an analysis of methodological approaches to the integral assessment of health systems readiness. The research methodology includes systemic and institutional approaches, analysis of official statistics of Rosstat, comparative interregional analysis, cross-sectional regression assessment of the relationship between resource security and excess mortality, as well as case analysis of regions with different socio-economic profiles. The empirical base is divided into three arrays: data 2000-2023. used to analyze long-term infrastructure dynamics, data 2018-2022. - for regression verification, data 2024-2025. - to update individual personnel and financial indicators. Study results: key imbalances were identified - a reduction in the inpatient sector with an increase in outpatient capacity, a personnel gap between the constituent entities of the Russian Federation, a decrease in the number of nurses and nurses, institutional contradictions in the compulsory medical insurance system. It has been shown that high resource availability in itself does not guarantee resilience: the efficiency of resource use, the quality of management and the ability of the system to adapt are crucial. A statistically significant negative association between the integral health care resource index and excess mortality rates during the COVID-19 pandemic period (adjusted $R^2 = 0.301$) was empirically confirmed. The scientific novelty lies in the substantiation of the infrastructural potential of health care as the material basis of the absorption, adaptation and transformation capabilities of the regional system, as well as in the proposal of a typology of regions in terms of the ratio of resource provision and resource efficiency. Practical significance is associated with the possibility of applying the proposed areas in the development of strategies for socio-economic development and state programs "Health Development" of the constituent entities of the Russian Federation.*

Keywords**:** *regional resilience, healthcare infrastructural potential, integral preparedness assessment, interregional differentiation, adaptive capacity, human resources, compulsory medical insurance*

Введение

Современная система международных отношений и глобальная экономика характеризуются высоким уровнем волатильности, что проявляется в учащении пандемий, масштабных природных катастроф, финансовых кризисов и

геополитических конфликтов. В ответ на эти вызовы в научный дискурс прочно вошло понятие резилиентности социально-экономических систем, под которой понимается их способность не только противостоять возмущениям, но и адаптироваться к новой реальности без потери критически важных функций.

В данной парадигме сфера здравоохранения претерпевает фундаментальную переоценку: она перестает восприниматься исключительно как затратная отрасль социального блока и начинает осознаваться в качестве стратегического инфраструктурного сектора. Состояние последнего напрямую влияет на сохранение трудового потенциала, социальную стабильность и общую конкурентоспособность региона в условиях стресса.

В рамках данной статьи резилиентность рассматривается не как простая синонимическая замена понятию «устойчивость», а как более сложная характеристика региональной системы. Она предполагает не только сохранение базовых функций в условиях внешнего воздействия, но и способность к перестройке, перераспределению ресурсов и последующему развитию на изменённой институциональной и организационной основе. Для сферы здравоохранения такой подход имеет принципиальное значение, поскольку она одновременно обеспечивает жизненно важные потребности населения и влияет на социально-экономическую стабильность региона.

Актуальность обращения к данной проблематике усиливается выраженной неоднородностью российских регионов. Различия в кадровом обеспечении, мощности стационарного сектора, доступности специализированной и высокотехнологичной помощи формируют неодинаковый запас прочности региональных систем здравоохранения. В результате одни субъекты РФ способны быстрее поглощать кризисную нагрузку за счёт накопленных ресурсов, тогда как другие оказываются более чувствительными к шокам. Последствия такой уязвимости проявляются не только в росте смертности, но и в потерях человеческого капитала, снижении трудовой активности и ухудшении условий социально-экономического развития территории.

Целью настоящего исследования выступает теоретическое обоснование роли инфраструктурного потенциала здравоохранения в системе факторов региональной резилиентности, а также анализ методологических подходов к интегральной оценке готовности региональных систем здравоохранения к реагированию на различные вызовы.

Научная новизна исследования заключается в обосновании инфраструктурного потенциала здравоохранения как материальной основы региональной резилиентности, обеспечивающей реализацию абсорбционной, адаптационной и трансформационной способностей системы. Дополнительно предложена типология регионов по соотношению ресурсной обеспеченности и эффективности использования ресурсов, позволяющая выявлять не только ресурсный дефицит, но и институциональную неэффективность. Такой подход позволяет перейти от пассивного мониторинга ресурсов к активному управлению резервами устойчивости.

Методология исследования

Методологическую основу исследования составляют концепция трехкомпонентной резилиентности, институциональная теория, системный подход, сравнительный межрегиональный анализ и элементы эконометрического моделирования. Теоретическая часть исследования направлена на адаптацию категории резилиентности к специфике региональных систем здравоохранения.

Эмпирическая база исследования включает несколько массивов данных. Данные Росстата за 2000–2023 гг. использованы для анализа долгосрочной динамики инфраструктурных показателей здравоохранения. Данные за 2018–2022 гг. применены для оценки связи между ресурсной обеспеченностью и избыточной смертностью в период пандемии COVID-19. Данные 2024–2025 гг. использованы для актуализации отдельных кадровых, финансовых и организационных показателей.

Для проверки гипотезы о влиянии инфраструктурного потенциала на региональную резилиентность использовалась кросс-секционная регрессионная модель, где единицей наблюдения выступал субъект Российской Федерации. Зависимой переменной являлся показатель избыточной смертности в период пандемии COVID-19, рассчитанный как отношение числа умерших в 2020–2021гг. к среднему значению за предшествующие три года. Данный показатель рассматривается как прокси-индикатор способности региональной системы здравоохранения противостоять критической нагрузке.

Общая спецификация модели имеет следующий вид:

$$EM_i = \beta_0 + \beta_1 RI_i + \beta_2 HR_i + \beta_3 Age50_i + \beta_4 Urban_i + \varepsilon_i, \qquad (1)$$

где EM_i – показатель избыточной смертности в i-м регионе;
RI_i – интегральный индекс ресурсной обеспеченности здравоохранения;
HR_i – показатель кадровой обеспеченности;
$Age50_i$ – доля населения старше 50 лет;
$Urban_i$ – уровень урбанизации;
ε_i – случайная ошибка.

Следует учитывать, что избыточная смертность используется как прокси-показатель резилиентности и не исчерпывает всего содержания данной категории, поскольку зависит не только от состояния здравоохранения, но и от демографических, социально-экономических, эпидемиологических и регистрационных факторов. Поэтому результаты регрессионного анализа интерпретируются как эмпирическое подтверждение связи между ресурсной обеспеченностью и устойчивостью системы, а не как исчерпывающее объяснение региональных различий.

Для углубленного анализа механизмов формирования резилиентности использован кейс-подход. Липецкая область рассматривается как промышленно

развитый регион с выраженным донорским потенциалом, Пензенская область – как регион со средними параметрами ресурсной обеспеченности, Республика Тыва – как высокодотационный субъект с институциональными и инфраструктурными ограничениями. Такое сопоставление позволяет выявить различия в механизмах формирования резилиентности при неодинаковой ресурсной базе.

Результаты исследования

Концепция резилиентности как научная категория прошла сложный путь эволюции от узкоэкологического понятия до междисциплинарной рамки, охватывающей психологию, социологию, экономику и региональную науку. В классической экологической трактовке С. Холлинга резилиентность определялась как «мера способности системы поглощать изменения и сохранять те же взаимоотношения между популяциями». В этом определении ключевым является акцент на абсорбционной способности – возможности системы противостоять возмущениям без потери базовой функциональности [13].

В региональной экономике и экономической географии понятие резилиентности получило развитие в работах Р. Мартина, который предложил рассматривать четыре фазы реакции региональной экономической системы на шок: резистентность, восстановление, переориентацию и обновление. Этот циклический подход позволяет анализировать не только краткосрочную способность региона «выдержать удар», но и долгосрочную траекторию адаптации и трансформации [14].

Институциональная экономика дополняет эту рамку пониманием роли формальных и неформальных институтов в формировании резилиентности. Как показано в исследовании Е.В. Градобоева, нормативно-правовая фрагментация и институциональные конфликты между уровнями управления могут существенно снижать адаптационную способность региональных систем, в частности в сфере обязательного медицинского страхования, где разрывы между федеральным регулированием и региональной практикой создают зоны институциональной неопределенности.

Концептуализация резилиентности применительно к системам здравоохранения требует учета их специфики как сложных, многоуровневых, ресурсоемких систем, функционирующих в условиях высокой неопределенности и критической значимости для жизнеобеспечения населения.

В операциональном плане для таких систем наиболее продуктивным является выделение трех ключевых компонентов резилиентности: адаптационной способности, трансформационной способности и абсорбционной способности.

Реализация всех трех компонентов резилиентности невозможна без наличия у системы соответствующего ресурсного обеспечения. В этой связи ключевое значение приобретает инфраструктурный потенциал здравоохранения, который выступает материальной основой для сохранения, перестройки и развития функций системы в условиях шоков.

Инфраструктурный потенциал здравоохранения представляет собой совокупность материально-технических, кадровых, организационно-управленческих и финансовых ресурсов, определяющих способность системы обеспечивать доступность и качество медицинской помощи в штатном режиме и в условиях повышенной нагрузки (рис. 1).

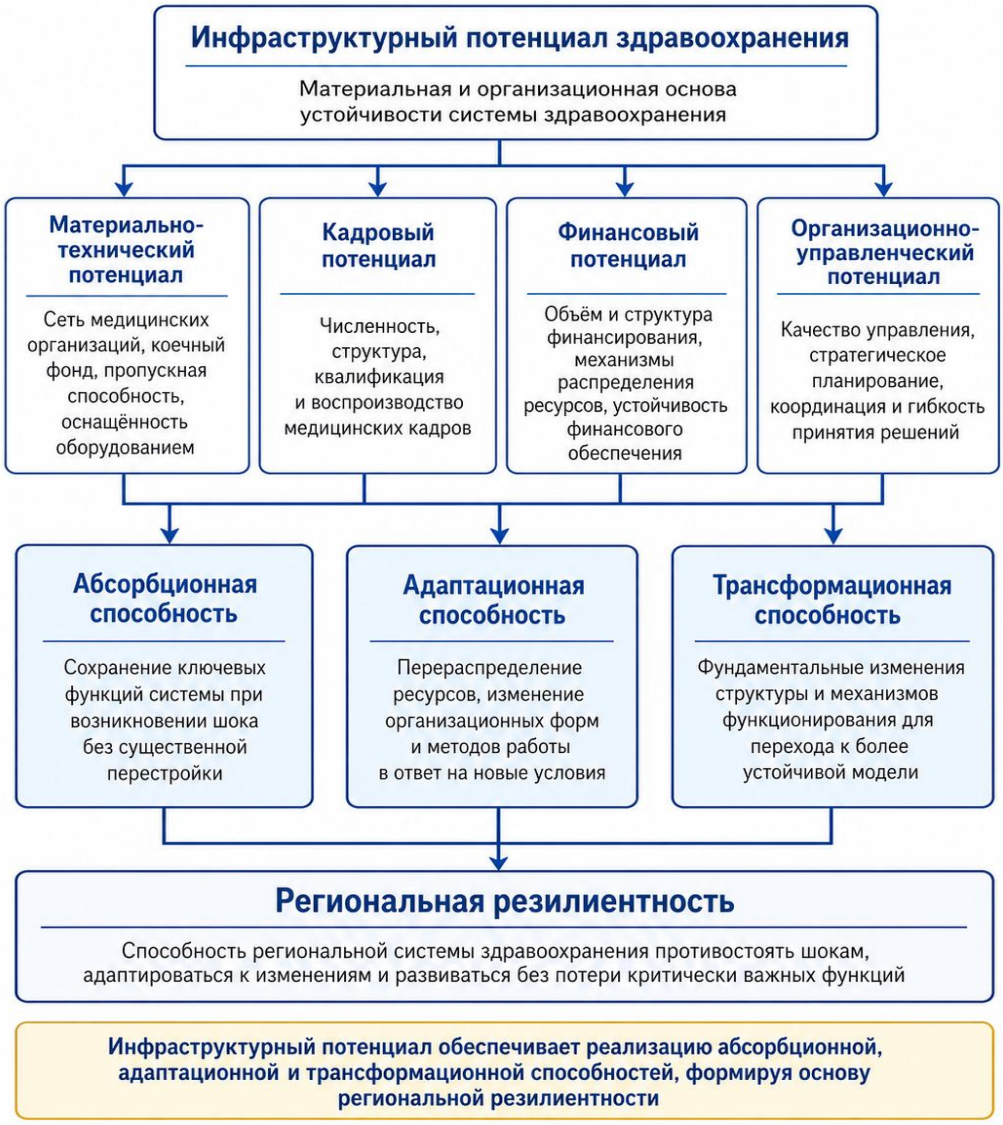

Рис.1*. Концептуальная схема формирования инфраструктурного потенциала здравоохранения как основы региональной резилиентности

**составлено авторами*

В структуре инфраструктурного потенциала можно выделить следующие ключевые компоненты:

1. Материально-техническая база – сеть медицинских организаций, их мощность (коечный фонд, пропускная способность амбулаторно-поликлинического звена), уровень оснащенности современным оборудованием.

2. Кадровый потенциал – численность, структура и качественные характеристики медицинских работников (уровень квалификации, компетенции, возрастная структура), механизмы воспроизводства и закрепления кадров.

3. Финансовый потенциал – объем и структура финансирования (бюджетные средства, средства ОМС, платные услуги), механизмы тарифообразования и распределения ресурсов.

4. Организационно-управленческий потенциал – эффективность управления на региональном и муниципальном уровнях, качество стратегического планирования, наличие механизмов координации между уровнями и секторами.

Как показывают данные официальной статистики и результаты расчётов, представленные в исследовании Н.В. Кривенко, «межрегиональная дифференциация ресурсной обеспеченности здравоохранения в России достигает значительных величин. Интегральный коэффициент ресурсной обеспеченности, рассчитанный по федеральным округам, варьируется от 0,454 (Северо-Кавказский ФО) до 1,592 (Северо-Западный ФО), что свидетельствует о более чем трёхкратном разрыве между регионами-лидерами и аутсайдерами. Такая дифференциация формирует устойчивый «резилиентный разрыв», при котором одни субъекты РФ обладают высокой абсорбционной способностью к шокам, тогда как другие оказываются в зоне критической уязвимости» [5, с. 96-100].

Проведённый ретроспективный анализ статистических данных за период 2000–2023 гг. выявляет устойчивую тенденцию к сокращению стационарного сектора российского здравоохранения и одновременному наращиванию мощностей амбулаторно-поликлинического звена. В соответствии с расчётами О.А. Рыкалиной, В.В. Калицкой и А.Ю. Бабинцевой число «больничных организаций в России сократилось с 10,7 тыс. в 2000 г. до 5,2 тыс. в 2023 г. (почти вдвое), число больничных коек на 10 000 населения – со 115 до 77,5 на 32,6%. В то же время мощность амбулаторно-поликлинических организаций выросла с 243,2 до 304,6 посещений в смену на 10 000 населения – на 25,3%. Авторами предложен интегральный показатель инфраструктурной эффективности (ИПИЭ), который демонстрирует устойчивый рост за последние десятилетия, что указывает на усиление амбулаторного звена относительно стационарного» [9, с. 80-82].

Однако за общероссийскими трендами скрывается значительная региональная неоднородность. Согласно данным Росстата, «наиболее высокие показатели обеспеченности больничными койками в 2023 г. демонстрируют Дальневосточный (113,0 коек на 10 000), Сибирский (104,6) и Уральский (97,0) федеральные округа, тогда как наименьшие – Северо-Кавказский (80,9) и Южный (90,7). По мощности амбулаторно-поликлинических служб лидируют Северо-Западный (344,3 посещения в смену на 10 000), Уральский (313,5) и Дальневосточный (309,3), тогда как аутсайдерами являются Северо-Кавказский (185,9) и Южный (242,1)» [9, с. 83].

Особого внимания заслуживает Северо-Кавказский федеральный округ, который «одновременно характеризуется самой низкой обеспеченностью больничными койками (80,9 на 10 000) и самой низкой мощностью амбулаторно-поликлинического звена (185,9 посещений в смену). По данным рейтинга эффективности региональных систем здравоохранения, Северо-Кавказский ФО занимает последнее место (8-е), что коррелирует с минимальным значением интегрального коэффициента ресурсной обеспеченности (0,454)», рассчитанным Н.В. Кривенко [5, с. 101–103].

Кадровое обеспечение является наиболее уязвимым компонентом инфраструктурного потенциала российского здравоохранения. По данным Росстата, а также исследованиям М.И. Костевич, в 2022 г. в России наблюдался значительный разрыв между числом штатных врачебных должностей, фактической численностью врачей и числом занятых работников. В целях методической корректности показатель следует трактовать именно как число штатных должностей или потребность в кадрах, а не как число вакансий в узком смысле. Средний коэффициент совместительства достиг 1,30, что свидетельствует о значительной перегрузке медицинских работников [4, с. 148–149].

Анализ межрегиональной дифференциации, проведённый в исследовании М.И. Костевич, «выявляет катастрофический разрыв между субъектами РФ по показателю сводного индекса кадровой нагрузки (суммарная численность врачей и среднего медицинского персонала на 10 тыс. населения). Минимальное значение зафиксировано в Чеченской Республике (130,7), максимальное – в Чукотском автономном округе (283,6). В Санкт-Петербурге этот показатель составляет 263,4, в Московской области – 137,0. Таким образом, разрыв между субъектами достигает более чем двукратной величины» [4, с. 149].

Особенно тревожной представляется динамика численности среднего медицинского персонала. Как показано в исследовании А.Н. Клепача и Р.Ф. Лукьяненко, «с 2013 по 2021 гг. численность целевых категорий среднего медицинского (фармацевтического) персонала сократилась почти на 9%, а младшего медицинского персонала – более чем на 60%. Эти процессы стали прямым следствием «оптимизации» здравоохранения, которая критически снизила способность системы противостоять пиковым нагрузкам в условиях пандемии COVID-19» [3, с. 78–79].

«Постпандемийное восстановление, по данным 2022–2023 гг., не привело к кардинальному улучшению кадровой ситуации. Сохраняется значительный кадровый дефицит: в первичном звене здравоохранения не хватает 36 тыс. врачей и 66 тыс. средних медицинских работников, в том числе 20 тыс. фельдшеров. Доля целевых мест для подготовки врачей в ряде регионов превысила 70 %» [4, с. 148].

«Расходы на здравоохранение в России в 2020 г. достигли максимального за последние 15 лет уровня – 7,1 % ВВП, однако к 2023 г. снизились до 6,3 % ВВП, что существенно ниже среднего уровня стран ОЭСР (9–12% ВВП).

Консолидированные расходы бюджетной системы на здравоохранение в 2021 г. составляли 3,8% ВВП, что, по оценке Г.Э. Улумбековой, недостаточно для обеспечения устойчивого функционирования системы в условиях нарастающих вызовов» [3, с. 77].

Анализ структуры финансирования здравоохранения в регионах выявляет ряд критических диспропорций. Во-первых, как показано в исследовании Е.В. Градобоева, «методика распределения субвенций ФОМС не в полной мере учитывает региональные различия в кадровой обеспеченности и расходах на оплату труда. В результате в некоторых субъектах РФ доля расходов на заработную плату в совокупных расходах по линии ОМС достигает 91,9% (Магаданская область), в то время как в Чеченской Республике – лишь 52,7%, что создаёт разнонаправленные стимулы для развития инфраструктуры» [2, с. 78–79].

Во-вторых, по данным А.Ю. Бельхеева, «в регионах наблюдается систематическое недовыполнение программных расходов. В Новосибирской области уровень исполнения государственной программы «Развитие здравоохранения» в 2023 г. составил лишь 92,32% от утверждённого бюджета. При этом реальный объём финансирования (с поправкой на инфляцию) в отдельные годы сокращался – в 2021 г. на 4,54%, в 2023 г. на 1,58%» [1, с. 8–9].

В-третьих, нарастают региональные диспропорции в инвестиционной активности. По расчётам А.Н. Клепача и Р.Ф. Лукьяненко, «фондовооружённость в секторе здравоохранения России составляет 18 тыс. долл. на одного занятого (в ценах 2018 г.), что в 10–11 раз ниже, чем в Германии (194 тыс. долл.) и Чехии (102 тыс. долл.). Это отражает глубокое технологическое отставание и ограничивает возможности цифровой трансформации отрасли» [3, с. 86].

В системе обязательного медицинского страхования сохраняется существенное противоречие между декларируемым принципом «деньги следуют за пациентом» и фактическим преобладанием административного распределения ресурсов. Данная проблема подробно рассматривается в работе Е.В. Градобоева [2]. На практике это проявляется в том, что финансовые потоки нередко закрепляются по инерции и слабо реагируют на изменение демографической структуры, эпидемиологической ситуации и реальной потребности населения в медицинской помощи. Кроме того, сохраняется размытость ответственности между федеральным, региональным и муниципальным уровнями управления, особенно в вопросах кадрового обеспечения и территориального планирования медицинской сети. В этих условиях экономические стимулы часто подменяются административным контролем, в том числе при реализации целевых показателей оплаты труда, которые не всегда напрямую связаны с объёмом и качеством оказываемой помощи.

Дополнительным ограничением выступает недостаточная увязка программ ОМС с системой стратегического планирования, предусмотренной Федеральным законом № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской

Федерации». В результате долгосрочные ориентиры развития здравоохранения, закреплённые в документах стратегического характера, не всегда согласованы с годовыми бюджетными циклами и механизмами распределения субвенций. Это снижает предсказуемость финансового обеспечения и затрудняет формирование устойчивой региональной политики в сфере здравоохранения.

Для эмпирической верификации гипотезы о влиянии инфраструктурного потенциала здравоохранения на региональную резилиентность был проведен регрессионный анализ на основе данных по 85 субъектам РФ за период 2018–2022 гг. (включая данные 2024–2025 гг. по отдельным показателям). В качестве зависимой переменной (прокси-показателя резилиентности) использовался показатель избыточной смертности в период пандемии COVID-19 (отношение числа умерших в 2020–2021 гг. к среднему числу за предшествующие три года). Выбор этого показателя обусловлен тем, что пандемия выступила в качестве экзогенного шока, позволившего оценить реальную способность региональных систем здравоохранения противостоять критической нагрузке.

В качестве независимых предикторов использовались: интегральный индекс ресурсной обеспеченности RI (по методике Н.В. Кривенко, включающей восемь показателей – от подушевых расходов до доступности лекарств и кадровой структуры), показатель кадровой нагрузки (численность врачей на душу населения), а также контрольные переменные (доля населения старше 50 лет, плотность и урбанизация).

Расчёты, выполненные с использованием метода наименьших квадратов, показали наличие статистически значимой обратной связи между интегральным индексом ресурсной обеспеченности здравоохранения и уровнем избыточной смертности в период пандемии. Значение скорректированного коэффициента детерминации составило $R^2 = 0{,}301$; коэффициент при переменной RI оказался отрицательным и статистически значимым: -0,009 при t = -4,5. В более простой спецификации, без расширенного набора контрольных переменных, различия в ресурсной обеспеченности регионов объясняют 11,3% вариации показателя избыточной смертности.

При интерпретации этих результатов необходимо учитывать ограниченность выбранного показателя. Избыточная смертность отражает не только состояние системы здравоохранения, но и возрастную структуру населения, уровень урбанизации, качество управления, особенности регистрации смертей, эпидемиологическую ситуацию и социально-экономические условия региона. Поэтому полученные оценки следует рассматривать не как доказательство единственной прямой причинной зависимости, а как подтверждение того, что инфраструктурный потенциал является одним из значимых факторов региональной резилиентности.

Отдельного внимания заслуживает сопоставление регионов по двум параметрам: уровню ресурсной обеспеченности и эффективности использования имеющихся ресурсов. Как следует из результатов Н.В. Кривенко, различия между «эффективными» и «неэффективными» регионами связаны не только с

объёмом ресурсов, но и с тем, насколько региональная система способна мобилизовать их в условиях повышенной нагрузки.

Для наглядного представления выявленных различий целесообразно использовать матричный подход, позволяющий сопоставить уровень ресурсной обеспеченности региональных систем здравоохранения с эффективностью использования имеющихся ресурсов. Такая типология позволяет выделить четыре группы регионов: ресурсно обеспеченные и эффективные, адаптивные, ресурсно обеспеченные, но неэффективные, а также регионы критической уязвимости (рис. 2).

Рис.2*. Матрица регионов по ресурсной обеспеченности и эффективности использования ресурсов

**составлено авторами*

Представленная матрица показывает, что высокая ресурсная обеспеченность сама по себе не гарантирует высокой резилиентности системы здравоохранения. Решающим фактором становится способность региональных институтов эффективно перераспределять и использовать имеющиеся ресурсы в условиях шоковой нагрузки.

В группу ресурснообеспеченных и эффективных регионов могут быть отнесены Москва, Санкт-Петербург и Республика Татарстан, характеризующиеся развитой сетью медицинских организаций, высокой

концентрацией квалифицированного персонала, развитой цифровой инфраструктурой и более устойчивыми механизмами управленческой координации. Московская область, с учетом выраженной территориальной неоднородности, может рассматриваться как регион с относительно высокой управленческой адаптивностью при неодинаковой ресурсной обеспеченности муниципальных территорий.

Для регионов данной группы характерны: развитая сеть хорошо оснащенных медицинских организаций; высококвалифицированный медицинский персонал; эффективные системы управления и координации; внедрение цифровых технологий и инновационных методов лечения.

В группу ресурснообеспеченных, но недостаточно эффективных регионов попадают территории, где наличие ресурсов не сопровождается сопоставимым уровнем результативности. К ним могут быть отнесены Республика Крым, Краснодарский край и Красноярский край. Для данных субъектов характерны дефицит координационных механизмов, низкая гибкость перераспределения ресурсов и институциональные ограничения, снижающие адаптационную способность системы.

Республика Тыва представляет собой особый случай: формально относительно высокий уровень отдельных ресурсных показателей не трансформируется в сопоставимую результативность здравоохранения. Поэтому данный регион корректнее рассматривать не как исключительно ресурсно бедный, а как институционально уязвимый субъект с низкой эффективностью использования ресурсов. Такое уточнение позволяет избежать противоречия между ресурсной оснащенностью и итоговым уровнем резилиентности.

Для углубленного анализа механизмов формирования резилиентности было проведено кейс-исследование трех субъектов РФ: Липецкой области (донорский регион с развитой промышленностью), Пензенской области (дотационный регион со средними показателями) и Республики Тыва (высокодотационный регион с низким уровнем развития инфраструктуры).

Липецкая область демонстрирует устойчивую положительную динамику ключевых показателей здравоохранения: за 2017–2023 гг. среднемесячная заработная плата медицинских работников выросла почти вдвое, была проведена масштабная модернизация первичного звена. Однако, как показывают данные Ю.Л. Есиной и А.В. Струковой, «в области сохраняется проблема высокой заболеваемости среди детского населения (рост на 3,7% за 2022–2024 гг.) и неравномерности распределения медицинских организаций – при росте числа амбулаторно-поликлинических учреждений в городах сельские территории сталкиваются с их дефицитом» [15].

По данным О.С. Кошевого, Пензенская область занимает промежуточное положение по ряду показателей функционирования регионального здравоохранения. Уровень удовлетворённости населения работой поликлиник в 2021 г. составил 60,3%, что выше среднероссийского значения 52,7%. Вместе с тем внутри региона сохраняются заметные различия между городскими и

сельскими территориями, прежде всего по доступности узких специалистов. Применение индекса Рябцева, значение которого составило 0,31, показывает, что в 2019–2021 гг. структурные изменения в оценках населения были незначительными, несмотря на увеличение финансирования и реализацию программ модернизации [10].

Иная ситуация наблюдается в Республике Тыва. Несмотря на относительно высокий уровень отдельных показателей ресурсной оснащённости, включая интегральный коэффициент 1,258, результативность использования этих ресурсов остаётся низкой. Это проявляется, в частности, в неблагоприятных показателях смертности, в том числе среди населения трудоспособного возраста. Кадровый дефицит частично компенсируется привлечением специалистов из других субъектов РФ, однако закрепление кадров остаётся слабым. Причинами выступают ограниченные возможности профессионального роста, недостаточная развитость социальной и медицинской инфраструктуры, а также высокая ротация персонала.

Сопоставление рассмотренных регионов показывает, что резилиентность нельзя сводить только к объёму имеющихся ресурсов. Она формируется на пересечении ресурсной базы, качества институтов, управленческой координации и способности системы быстро адаптироваться к изменению внешних условий.

Далее обобщены основные направления укрепления региональной резилиентности через развитие инфраструктурного потенциала здравоохранения (рис. 3).

Рисунок 3 систематизирует основные управленческие направления, через которые развитие инфраструктурного потенциала может способствовать повышению региональной резилиентности здравоохранения. Финансовый блок предполагает более точную настройку механизмов распределения субвенций ФОМС, расширение практики государственно-частного партнёрства и использование разных моделей финансирования в зависимости от уровня и вида медицинской помощи.

Кадровое направление связано с преодолением дефицита медицинских работников, снижением межрегиональных различий в оплате труда, развитием целевых программ привлечения специалистов и применением цифровых решений, позволяющих частично уменьшить нагрузку на персонал. Институциональный блок включает согласование стратегического планирования здравоохранения с региональным развитием, внедрение цифровых моделей управления, формирование резервов резилиентности и усиление межрегионального взаимодействия. В совокупности эти меры ориентированы на снижение уязвимости региональных систем здравоохранения и повышение их способности сохранять ключевые функции в условиях кризисной нагрузки.

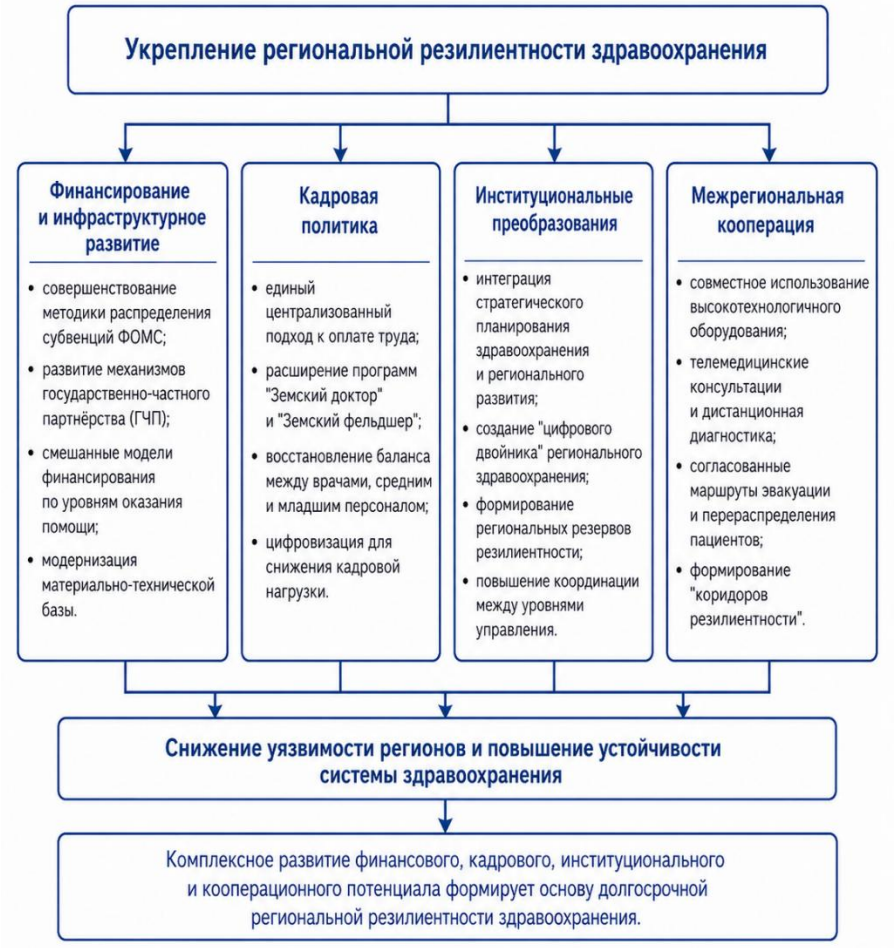

Рис.3*. Направления укрепления региональной резилиентности через развитие инфраструктурного потенциала здравоохранения

**составлено авторами*

В совокупности эти меры направлены на снижение уязвимости региональных систем здравоохранения и повышение их способности к адаптации и трансформации в условиях шоков.

Заключение

Проведенное теоретико-эмпирическое исследование позволяет сделать ряд концептуальных и практически значимых выводов.

Во-первых, концепция региональной резилиентности применительно к здравоохранению требует операционализации трех компонентов: абсорбционной способности (устойчивость к шокам в краткосрочной перспективе), адаптационной способности (гибкость и перераспределение ресурсов) и трансформационной способности (системное обновление для повышения устойчивости в будущем). Инфраструктурный потенциал здравоохранения выступает материальной основой реализации всех трех компонентов.

Во-вторых, российское здравоохранение характеризуется глубокими межрегиональными диспропорциями, формирующими «резилиентный разрыв» между регионами-лидерами (Москва, Санкт-Петербург, Татарстан) и регионами-аутсайдерами (Северный Кавказ, некоторые территории Сибири и Дальнего

Востока). Наиболее критическими зонами уязвимости выступают кадровая обеспеченность (дефицит, старение, дисбаланс между врачами и средним медперсоналом), состояние материально-технической базы (высокий износ основных фондов, низкая фондовооруженность) и финансовый потенциал (диспропорции в распределении субвенций, неэффективное использование средств).

В-третьих, эмпирический анализ подтверждает статистически значимую связь между интегральным индексом ресурсной обеспеченности здравоохранения и показателями избыточной смертности в период пандемии COVID-19 – чем выше ресурсная обеспеченность, тем ниже смертность. При этом выявлены регионы с низкой эффективностью использования ресурсов (высокая смертность при высокой обеспеченности), что указывает на наличие институциональных «ловушек», снижающих адаптационную способность.

В-четвертых, укрепление региональной резилиентности требует системного подхода, включающего: диверсификацию источников и механизмов финансирования (с акцентом на ГЧП и дифференциацию подходов к разным уровням оказания помощи), комплексную кадровую политику (от единой системы оплаты труда до целевых контрактов для особо значимых территорий), институциональные преобразования в системе управления (интеграция стратегического планирования, цифровой двойник, межрегиональная кооперация) и создание системы резервов резилиентности на региональном уровне.

Полученные результаты могут быть использованы при разработке стратегических документов регионального развития – стратегий социально-экономического развития, государственных программ «Развитие здравоохранения» субъектов РФ, а также в рамках актуализации национального проекта «Продолжительная и активная жизнь». Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку и валидацию интегрального индекса региональной резилиентности здравоохранения, а также на анализ эффективности отдельных инструментов укрепления устойчивости в экспериментальном режиме (пилотные проекты в отдельных субъектах РФ).

Список использованных источников:

1. Бельхеев А.Ю. Особенности управления финансированием здравоохранения в Новосибирской области // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2024. № 9-4(96). С. 7–10.

2. Градобоев Е. В. Теоретическое обоснование мер повышения экономической безопасности региона на основе мероприятий в отрасли здравоохранения с применением институционального подхода // Экономика и управление: проблемы, решения. 2025. № 11. Т. 9. С. 75–85. DOI: 10.36871/ek.up.p.r.2025.11.09.010

3. Клепач А.Н., Лукьяненко Р.Ф. Российское здравоохранение: макроэкономические параметры и структурные проблемы // Проблемы прогнозирования. 2023. № 2 (197). С. 76-96.

4. Костевич М.И. Стратегирование кадрового потенциала отечественного здравоохранения в контексте достижения национальных целей развития России // Экономическое возрождение России. 2025. № 3(85). С. 143–157.

5. Кривенко Н.В. Уровень доступности медицинской помощи населению России: региональная дифференциация // Journal of New Economy. 2024. Т. 25, № 2. С. 89–107.

6. Орлов С.А., Александрова О.Ю. Методология интегральной оценки готовности региональной системы здравоохранения к реагированию на глобальные вызовы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025. Т. 33, № 6. С. 1336-1343. DOI: 10.32687/0869-866X-2025-33-6-1336-1343.

7. Орлов С.А., Александрова О.Ю. Современные проблемы оценки готовности национальных систем здравоохранения к биологическим угрозам (литературный обзор) // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2024. № 1. С. 108-117. DOI: 10.25016/2541-7487-2024-0-1-108-117.

8. Орлов С.А., Александрова О.Ю., Васильева Т.П., Горенков Р.В. Теоретическая модель ресурсного обеспечения региональной системы здравоохранения для устойчивого ответа на глобальные вызовы // Здоровье населения и среда обитания. 2024. Т. 32, № 9. С. 19-30. DOI: 10.35627/2219-5238/2024-32-9-19-30.

9. Рыкалина О.А., Калицкая В.В., Бабинцева А.Ю. Экономика здравоохранения России: динамика инфраструктурных показателей и факторы развития // Фундаментальные исследования. 2025. № 3. С. 77–83.

10. Кошевой О.С. Диагностика населением современного состояния системы здравоохранения региона // Экономика. Профессия. Бизнес. 2024. № 2. С. 36–42. DOI: 10.14258/erb202421.

11. Управление Федеральной службы государственной статистики по Хабаровскому краю, Магаданской области, Еврейской автономной области и Чукотскому автономному округу. Социальная сфера: Здравоохранение. [Электронный ресурс]. URL: https://27.rosstat.gov.ru/folder/25664 (дата обращения: 20.04.2026).

12. Федеральная служба государственной статистики. Здравоохранение в России. 2025: Статистический сборник. М., 2025. [Электронный ресурс]. URL: https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218 (дата обращения: 20.04.2026).

13. Holling, C.S. (1973). Resilience and Stability of Ecological Systems. Annual Review of Ecology and Systematics, Vol. 4, pp. 1-23.

14. Martin, R. (2012). Regional economic resilience, hysteresis and recessionary shocks. Journal of Economic Geography, Vol. 12, No. 1, pp. 1-32.

15. Есина, Ю. Л. Статистический анализ системы здравоохранения в Липецкой области / Ю. Л. Есина, А. В. Струкова // Вопросы отраслевой экономики. – 2025. – № 3(11). – С. 43-48. – DOI: 10.24888/2949-2793-2025-11-43-48. – EDN TKDLSX.

References

1. Belkheev, A.Yu. (2024). Features of Healthcare Financing Management in the Novosibirsk Region. International Journal of Humanities and Natural Sciences, No. 9-4(96), pp. 7–10.

2. Gradoboev, E.V. (2025). Theoretical Justification of Measures to Enhance the Economic Security of a Region Based on Healthcare Activities Using an Institutional Approach. Economics and Management: Problems, Solutions, Vol. 9, No. 11, pp. 75–85. DOI: 10.36871/ek.up.p.r.2025.11.09.010

3. Klepach, A.N., Lukyanenko, R.F. (2023). Russian Healthcare: Macroeconomic Parameters and Structural Problems. Problems of Forecasting, No. 2 (197), pp. 76-96.

4. Kostevich, M.I. (2025). Strategizing the Human Resources Potential of Domestic Healthcare in the Context of Achieving Russia's National Development Goals. Economic Revival of Russia, No. 3(85), pp. 143–157.

5. Krivenko, N.V. (2024). The Level of Accessibility of Medical Care to the Population of Russia: Regional Differentiation. Journal of New Economy, Vol. 25, No. 2, pp. 89–107.

6. Orlov, S.A., Alexandrova, O.Yu. (2025). Methodology for the Integral Assessment of the Preparedness of the Regional Healthcare System to Respond to Global Challenges. Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine, Vol. 33, No. 6, pp. 1336-1343. DOI: 10.32687/0869-866X-2025-33-6-1336-1343.

7. Orlov, S.A., Alexandrova, O.Yu. (2024). Modern Problems of Assessing the Preparedness of National Healthcare Systems for Biological Threats (Literature Review). Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations, No. 1, pp. 108-117. DOI: 10.25016/2541-7487-2024-0-1-108-117.

8. Orlov, S.A., Alexandrova, O.Yu., Vasilyeva, T.P., Gorenkov, R.V. (2024). Theoretical Model of Resource Provision for a Regional Healthcare System for Sustainable Response to Global Challenges. Public Health and Habitat, Vol. 32, No. 9, pp. 19-30. DOI: 10.35627/2219-5238/2024-32-9-19-30.

9. Rykalina, O.A., Kalitskaya, V.V., Babintseva, A.Yu. (2025). Economics of Russian Healthcare: Dynamics of Infrastructure Indicators and Development Factors. Fundamental Research, No. 3, pp. 77–83.

10. Koshevoy, O.S. (2024). Diagnostics by the Population of the Current State of the Regional Healthcare System. Economics. Profession. Business, No. 2, pp. 36–42. DOI: 10.14258/erb202421.

11. Federal State Statistics Service for Khabarovsk Krai, Magadan Oblast, Jewish Autonomous Oblast and Chukotka Autonomous Okrug. (2026). Social Sphere:

Healthcare. [Electronic resource]. URL: https://27.rosstat.gov.ru/folder/25664 (accessed: 20.04.2026).

12. Federal State Statistics Service. (2025). Healthcare in Russia. 2025: Statistical Compendium. Moscow. [Electronic resource]. URL: https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218 (accessed: 20.04.2026).

13. Holling, C.S. (1973). Resilience and Stability of Ecological Systems. Annual Review of Ecology and Systematics, Vol. 4, pp. 1-23.

14. Martin, R. (2012). Regional economic resilience, hysteresis and recessionary shocks. Journal of Economic Geography, Vol. 12, No. 1, pp. 1-32.

15. Esina, Yu. L., Strukova, A. V. (2025). Statistical Analysis of the Healthcare System in the Lipetsk Region. Issues of Sectoral Economics, No. 3(11), pp. 43-48. DOI: 10.24888/2949-2793-2025-11-43-48. EDN: TKDLSX.

Сведения об авторах / Information about the author:

Смыслова Ольга Юрьевна *– профессор кафедры отраслевых рынков ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве РФ», д.э.н., доцент. E-mail: savenkova-olga@mail.ru* / ***Smyslova Olga Yuryevna*** *– Professor of the Department of Sectoral Markets at the Financial University under the Government of the Russian Federation, Doctor of Economics, Associate Professor. E-mail: savenkova-olga@mail.ru.*
SPIN РИНЦ 9388-0292
ORCID 0000-0001-7008-5319
Scopus ID: B-4693-2019
Web of Science Researcher ID: 57211477235

Михаил Александрович Жирнов *– соискатель ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве РФ». E-mail: agas@gos-apteki.ru /* ***Zhirnov Mihail Aleksandrovich*** *– graduate student of the Financial University under the Government of the Russian Federation. E-mail: agas@gos-apteki.ru*

Сведения о вкладе каждого автора / Information about the contribution of each author

Смыслова О.Ю. – *научное руководство, формулирование основных направлений исследования, разработка теоретических предпосылок, доработка текста.*
Жирнов М.А. *– обработка результатов исследований, визуализация, формирование общих выводов.*

Smyslova O.Yu. – *scientific leadership, formulation of the main directions of research, development of theoretical prerequisites, revision of the text.*
Zhirnov M.A. – *analysis of the main indicators, processing of the research results, visualization, formation of general conclusions.*

Дата поступления статьи: 20.02.2026
Принято решение о публикации: 20.03.2026

Авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.
Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.