

Вестник Евразийской науки / The Eurasian Scientific Journal <https://esj.today>

2026, Том 18, № 4 / 2026, Vol. 18, Iss. 4 <https://esj.today/issue-4-2026.html>

URL статьи: <https://esj.today/PDF/50ECVN426.pdf>

DOI: 10.15862/50ECVN426 (<https://doi.org/10.15862/50ECVN426>)

5.2.3. Региональная и отраслевая экономика (экономические науки)

Ссылка для цитирования этой статьи:

Рубцов, В. А. Классификация и оценка рисков социально-экономической безопасности, обусловленных состоянием системы здравоохранения / В. А. Рубцов, Т. С. Мишакин, И. М. Галиуллин // Вестник евразийской науки. — 2026. — Т. 18. — № 4. — URL: <https://esj.today/PDF/50ECVN426.pdf>. DOI: 10.15862/50ECVN426.

For citation:

Rubtsov V.A., Mishakin T.S., Galiullin I.M. Classification and assessment of socio-economic security risks caused by the state of the health care system. *The Eurasian Scientific Journal*. 2026;18(4): 50ECVN426. Available at: <https://esj.today/PDF/50ECVN426.pdf>. DOI: 10.15862/50ECVN426. (In Russ., abstract in Eng.).

УДК 338.2:614.2

Рубцов Владимир Анатольевич

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Россия
Институт управления, экономики и финансов
Заведующий кафедрой «Туризма и гостиничного дела»
Доктор географических наук, профессор
E-mail: Rubtsov@kpfu.ru

Мишакин Тимур Сергеевич

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Россия
Институт управления, экономики и финансов
Заведующий кафедрой «Менеджмента в социальной сфере»
Кандидат экономических наук
E-mail: timur.mishakin@mail.ru

Галиуллин Ильгиз Махмудович

ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7 имени М. Н. Садыкова», Казань, Россия
Начальник управления по внебюджетной деятельности
E-mail: kaf_mss@mail.ru

Классификация и оценка рисков социально-экономической безопасности, обусловленных состоянием системы здравоохранения

Аннотация. Состояние системы здравоохранения в исследованиях социально-экономической безопасности рассматривается как самостоятельный источник угроз, однако единая классификация таких угроз в научной литературе не сложилась. В работе предложена классификация рисков социально-экономической безопасности, порождаемых состоянием отрасли, по шести классификационным признакам, а именно по источнику, уровню локализации, горизонту проявления, объекту ущерба, управляемости и измеримости. Риски выведены из ресурсного, экономического и институционального состояния системы здравоохранения, а не из здоровья населения как такового, что связывает каждый вид риска с инструментом отраслевой политики. В эмпирическую базу вошли сборники Росстата за 2000–2024 годы, включая длинные ряды приложения к Российскому статистическому ежегоднику и региональные данные по 85 субъектам Российской Федерации. На национальном уровне оценка выполнена индикативным методом по девяти пороговым индикаторам, а

интегральный индекс рассчитан как среднее геометрическое нормированных значений. Показано, что за полтора десятилетия коечный фонд в расчёте на население сократился почти на пятую часть, сеть скорой помощи более чем на треть, а отношение платных медицинских услуг к добавленной стоимости отрасли выросло на четверть. Несмотря на приrost продолжительности жизни, интегральный индекс безопасности не улучшился и в последнем доступном году оказался ниже уровня 2015 года. На региональном уровне построен композитный индекс по четырём блокам с нормированием по размаху, устойчивость которого к способу нормирования и весам проверена отдельно. Выделены четыре зоны риска и два противоположных профиля региональных угроз, для которых обоснованы разные приоритеты политики. Результаты могут иметь прикладное значение для включения в мониторинг национальных проектов и Стратегии экономической безопасности.

Ключевые слова: социально-экономическая безопасность; здравоохранение; классификация рисков; пороговые индикаторы; интегральный индекс; региональная дифференциация; смертность в трудоспособном возрасте; кадровое обеспечение

Введение

За последние годы состояние системы здравоохранения перестало быть предметом только социальной политики. Стратегия экономической безопасности Российской Федерации на период до 2030 года включила ожидаемую продолжительность жизни при рождении и долю расходов на здравоохранение в валовом внутреннем продукте в перечень показателей состояния экономической безопасности.¹ Стратегия национальной безопасности поставила сбережение народа и развитие человеческого потенциала на первое место среди национальных интересов, связав их с доступностью и качеством медицинской помощи.² В Стратегии развития здравоохранения до 2025 года дан прямой перечень угроз национальной безопасности в сфере охраны здоровья, где названы недостаточность финансирования, кадровый дефицит, износ материально-технической базы и неравномерность обеспечения помощью по территориям.³ Указом о национальных целях развития закреплены целевые значения ожидаемой продолжительности жизни в 78 лет к 2030 году и 81 год к 2036 году, и тем самым здоровье населения переведено в разряд измеряемых обязательств государства.⁴

В научной литературе пока нет единой системы классификации рисков, источником которых выступает состояние самой отрасли. В работах школы В. К. Сенчагова здравоохранение входит в социальную проекцию экономической безопасности через ограниченный набор индикаторов и порогов [1]. Многоуровневую систему индикаторов, рассчитываемых по официальной статистике с пороговыми ориентирами, построили С. Н. Митяков, Т. А. Федосеева и Е. С. Митяков [2]. А. И. Татаркин и А. А. Ку克林, обосновывая смену парадигмы исследований экономической безопасности региона, относят качество жизни и здоровье населения к её

¹ О Стратегии экономической безопасности Российской Федерации на период до 2030 года: Указ Президента Российской Федерации от 13 мая 2017 г. № 208, пункт 27. — URL: <http://kremlin.ru/acts/bank/41921> (дата обращения: 06.09.2026).

² О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации: Указ Президента Российской Федерации от 2 июля 2021 г. № 400, раздел IV. — URL: <http://kremlin.ru/acts/bank/47046> (дата обращения: 06.09.2026).

³ О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года: Указ Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254, раздел II. — URL: <http://kremlin.ru/acts/bank/44326> (дата обращения: 06.09.2026).

⁴ О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года: Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2024 г. № 309. — URL: <http://kremlin.ru/acts/bank/50542> (дата обращения: 06.09.2026).

индикаторам [3]. Связь объёма и структуры финансирования здравоохранения с уровнем экономической безопасности региона показали Н. В. Кривенко и А. И. Цветков [4], а интегральную оценку эффективности и устойчивости региональной системы здравоохранения предложили В. А. Черешнев, Н. В. Кривенко и В. Г. Крылов [5]. Теоретические основы методологии социально-экономической безопасности системы здравоохранения как самостоятельного объекта разработал Ю. Ю. Швец [6]. Несоответствие формальных преимуществ модели первичной помощи её фактической эффективности выявили И. М. Шейман, С. В. Шишкин и В. И. Шевский [7]. За рубежом близкий подход развивает концепция устойчивости системы здравоохранения к шокам, понимаемой как способность готовиться к шокам, поглощать их, адаптироваться и трансформироваться, которую обосновали С. Томас, А. Саган и соавторы [8]. А. Вагстафф и соавторы измеряют финансовую защиту населения по показателям катастрофических расходов домохозяйств на медицинскую помощь [9]. Перечисленные подходы дополняют друг друга. Ни один из них, однако, не выводит риски из состояния отрасли и не рассматривает экономическую систему в целом как объект ущерба, поэтому классификация и оценка рисков социально-экономической безопасности, обусловленных состоянием системы здравоохранения, остаются самостоятельной научной задачей.

Объектом исследования выступает система здравоохранения Российской Федерации и её субъектов как источник рисков социально-экономической безопасности.

Предметом исследования являются экономические отношения, возникающие при формировании и реализации рисков социально-экономической безопасности, обусловленных ресурсным, экономическим и институциональным состоянием отрасли.

Цель исследования состоит в разработке классификации рисков социально-экономической безопасности, обусловленных состоянием системы здравоохранения, и в их количественной оценке на национальном и региональном уровнях по данным официальной статистики за 2000–2024 годы.

Материалы и методы

Под риском социально-экономической безопасности, обусловленным состоянием системы здравоохранения, в работе понимается вероятность потерь человеческого капитала, выпуска и бюджетных ресурсов из-за несоответствия ресурсной, экономической и институциональной базы отрасли потребностям воспроизводства населения. Определение опирается на две идеи, теорию капитала здоровья и базовый подход к оценке систем здравоохранения.

Здоровье трактуется как запас капитала, спрос на который произведен от спроса на трудоспособность и продолжительность жизни, как показал М. Гроссман [10]. В соответствии с базовым подходом К. Мюррея и Х. Френка результаты системы здравоохранения оцениваются по улучшению здоровья, отзывчивости к ожиданиям населения и справедливости финансового вклада [11].

Информационную базу составили сборники Росстата «Здравоохранение в России» за 2025 год⁵ и за 2023 год⁶, приложение к Российскому статистическому ежегоднику 2025 с

⁵ Здравоохранение в России. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — 149 с. — Таблицы 1.1, 1.6, 1.7, 2.1, 2.64, 3.5, 7.1, 7.2, 7.5, 7.8, 7.11, 7.13. — URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooxran_2025.pdf (дата обращения: 06.09.2026).

⁶ Здравоохранение в России. 2023: стат. сб. / Росстат. — М., 2023. — 179 с. — Таблицы 3.5, 7.5. — URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooxran-2023.pdf> (дата обращения: 06.09.2026).

длинными рядами за 1991–2024 годы⁷ и сборник «Регионы России. Социально-экономические показатели. 2025».⁸ Обосновывается информационное ограничение, связанное с публикацией данных. Руководствуясь частью 10 статьи 5 Федерального закона № 282-ФЗ, Росстат временно не публикует данные о смертности и ожидаемой продолжительности жизни за 2024 год⁹, а таблица расходов бюджетной системы на здравоохранение исключена из сборника «Здравоохранение в России» начиная с выпуска 2025 года. Поэтому медико-демографические индикаторы оцениваются по 2023 год включительно, ресурсные по 2024 год, а бюджетные показатели восстанавливаются по данным фондов обязательного медицинского страхования и консолидированных бюджетов субъектов. Само ограничение образует один из видов риска, включённый в классификацию.

На национальном уровне риски социально-экономической безопасности, обусловленные состоянием системы здравоохранения, оценены индикативным методом, восходящим к методологии школы В. К. Сенчагова и развитому в системе мониторинга С. Н. Митякова, Т. А. Федосеевой и Е. С. Митякова, где фактическое значение индикатора соотносится с пороговым. Для каждого индикатора назначено пороговое значение из нормативных документов, международных ориентиров или уровня базового 2015 года. Формулы (1) и (2) воспроизводят общепринятое в этой методологии нормирование относительно порога, а усечение нормированных значений единицей введено авторами, чтобы превышение порога по одному индикатору не компенсировало отклонения по другим. Для индикатора типа «не менее» нормированное значение рассчитывается по формуле (1), для индикатора типа «не более» по формуле (2).

$$x_i = \min\left(1; \frac{a_i}{p_i}\right), \quad (1)$$

$$x_i = \min\left(1; \frac{p_i}{a_i}\right), \quad (2)$$

где:

a_i — фактическое значение i -го индикатора;

p_i — его пороговое значение.

Интегральный индекс безопасности по формуле (3) равен среднему геометрическому нормированных значений, где n — число индикаторов.

Среднее геометрическое как способ агрегирования принято в Индексе человеческого развития Программы развития ООН начиная с доклада 2010 года [12], поскольку оно наказывает за низкие значения отдельных составляющих сильнее, чем среднее арифметическое.

$$I_{int} = \left(\prod_{i=1}^n x_i\right)^{\frac{1}{n}}, \quad (3)$$

⁷ Российский статистический ежегодник. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — Приложение «Социально-экономические показатели Российской Федерации в 1991–2024 гг.», разделы 3, 7, 10, 11, 21. — URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/12994> (дата обращения: 06.09.2026).

⁸ Регионы России. Социально-экономические показатели. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — Таблицы 2.2, 2.9, 2.10, 2.12, 2.15, 4.15, 6.1, 6.3, 6.4, 6.5, 6.8, 9.2, 20.4, 20.8. — URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13204> (дата обращения: 06.09.2026).

⁹ Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в Российской Федерации: Федеральный закон от 29 ноября 2007 г. № 282-ФЗ, часть 10 статьи 5. — URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_72844/ (дата обращения: 06.09.2026).

Региональная оценка рисков построена на композитном индексе по методологии Организации экономического сотрудничества и развития и Объединённого исследовательского центра Европейской комиссии, изложенной М. Нардо, М. Саисаной, А. Сальтелли и соавторами [13], и в направлении парадигмы исследования экономической безопасности региона А. И. Татаркина и А. А. Куклина. Индикатор j для субъекта k нормируется линейно по размаху (минимаксное нормирование) так, чтобы рост нормированного значения означал рост риска. Формулы (4) и (5) представляют собой стандартное минимаксное нормирование из указанной методологии, дополненное авторами направлением «выше значение — выше риск». Для индикаторов, рост которых увеличивает риск, применяется формула (4), для индикаторов, рост которых риск снижает, формула (5).

$$r_{kj} = \frac{v_{kj} - \min v_j}{\max v_j - \min v_j}, \quad (4)$$

$$r_{kj} = 1 - \frac{v_{kj} - \min v_j}{\max v_j - \min v_j}. \quad (5)$$

Агрегирование выполнено в два шага с равными весами, что соответствует рекомендации той же методологии при отсутствии обоснованных экспертных весов [13]. Сама блочная структура из четырёх блоков предложена авторами и следует из классификационного признака «источник риска». Блочная оценка B_{kb} равна среднему арифметическому нормированных индикаторов блока по формуле (6), где m_b — число индикаторов в блоке b . По формуле (7) интегральный индекс риска региона I_k рассчитывается как среднее четырёх блочных оценок.

$$B_{kb} = \frac{1}{m_b} \sum_{j \in b} r_{kj}, \quad (6)$$

$$I_k = \frac{1}{4} \sum_{b=1}^4 B_{kb}. \quad (7)$$

Для измерения территориальной дифференциации служит общепринятая в математической статистике мера относительного рассеяния, коэффициент вариации по формуле (8), где σ_j и μ_j — стандартное отклонение и среднее значение индикатора j по 85 субъектам.

$$CV_j = \frac{\sigma_j}{\mu_j} \cdot 100. \quad (8)$$

Классификация рисков социально-экономической безопасности построена дедуктивно по шести классификационным признакам, и у каждого признака своя функция в мониторинге.

Результаты и обсуждение

Функции шести классификационных признаков различны. Предметную область индикаторов задаёт признак «источник риска», субъекта управления определяет признак «уровень локализации». Разделяя шоковые, кумулятивные и структурные риски, признак «горизонт проявления» указывает на разные инструменты реагирования.

Признак «объект ущерба» связывает риск с потерями, поддающимися стоимостной оценке, признак «управляемость» отделяет отраслевые меры от межотраслевых и внешних, а признак «измеримость» фиксирует, какие риски оцениваются прямо, какие косвенно, а какие остаются латентными.

На рисунке 1 приведена схема классификации.

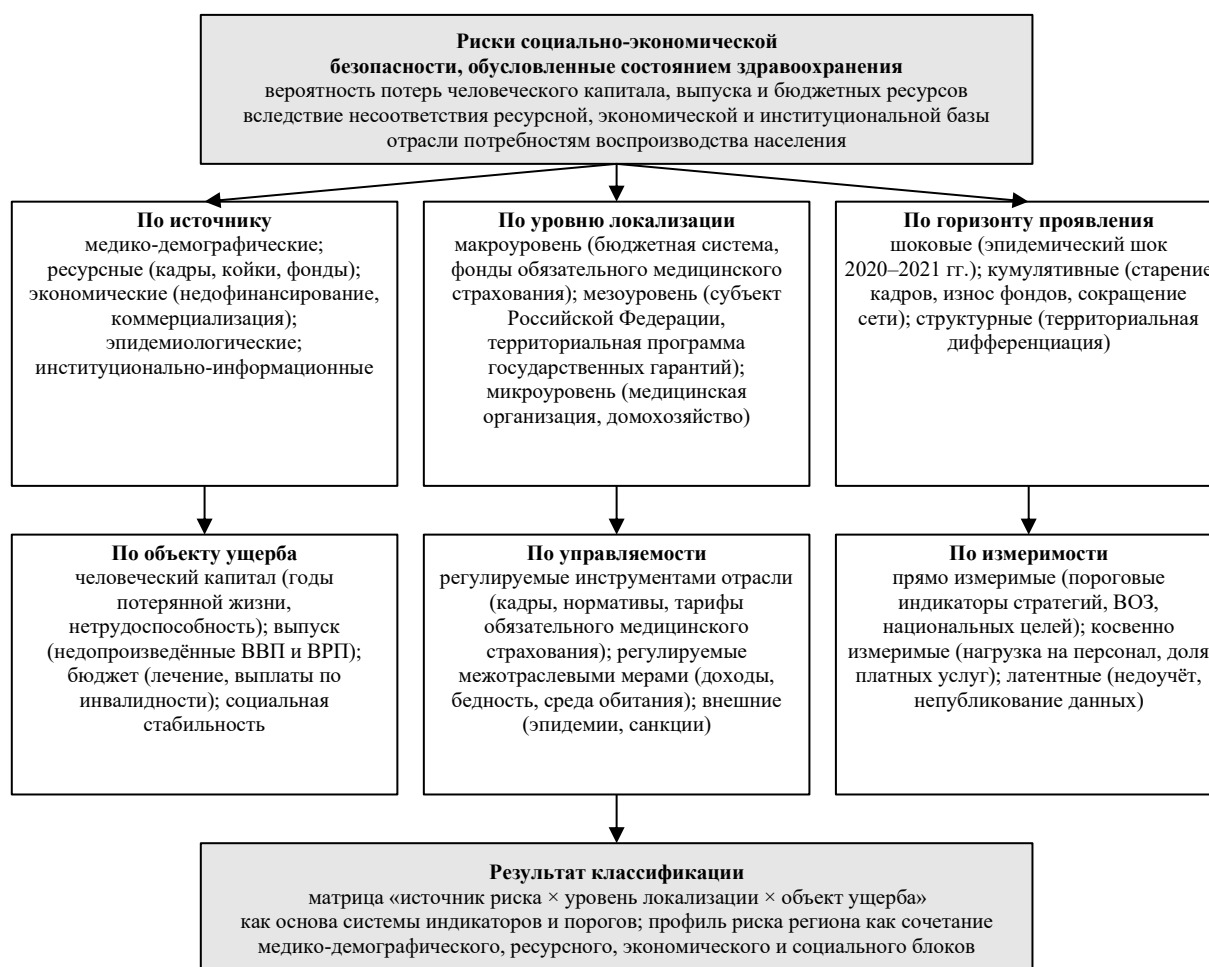


Рисунок 1. Классификация рисков социально-экономической безопасности, обусловленных состоянием системы здравоохранения (составлено авторами)

Для последующей оценки наибольшее значение имеет первый классификационный признак, деление рисков по источнику, поскольку именно оно задаёт состав индикаторов. Медико-демографические риски проявляются через смертность в трудоспособном возрасте, первичную инвалидность и заболеваемость, то есть через потери трудового потенциала. Сокращение кадров, коечного фонда и сети вместе с износом основных фондов порождает ресурсные риски.

Экономические риски выражаются в недофинансировании относительно международных ориентиров и в замещении государственных гарантий платными услугами, эпидемиологические риски реализуются как шоки. Институционально-информационные риски снижают качество управленческой информации.

Выводя риск из состояния отрасли, а не из состояния здоровья населения, предлагаемая систематизация соотносит каждый вид риска с конкретным инструментом отраслевой политики.

Начнём с ресурсной базы, сжатие которой на протяжении годов сформировало кумулятивную составляющую риска социально-экономической безопасности. Число больничных организаций сократилось с 10,7 тыс. в 2000 году до 6,3 тыс. в 2010 году и 5,0 тыс. в 2024 году. Станций и отделений скорой медицинской помощи за 2000–2024 годы стало меньше на 1339 единиц, с 3172 в 2000 году до 1833 в 2024 году, а численность лиц, которым оказана скорая

помощь амбулаторно и при выездах, снизилась с 50,7 млн человек в 2010 году до 39,4 млн в 2024 году.¹⁰ В таблице 1 приведены относительные показатели обеспеченности.

Таблица 1

**Динамика обеспеченности населения России ресурсами
здравоохранения за 2000–2024 гг., на 10 000 человек населения**

Показатель	2000	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Изменение 2024 к 2010, процентов
Число больничных коек	115,0	110,0	93,8	83,0	79,3	80,6	79,1	78,0	77,5	77,2	-17,7
Мощность амбулаторно- поликлинических организаций, посещений в смену	243,2	254,0	257,9	262,3	275,2	281,3	289,4	299,1	304,6	319,6	+23,9
Численность врачей	46,8	48,2	50,1	45,7	48,3	50,0	50,5	50,8	51,9	51,3	+2,4
Численность среднего медицинского персонала	107,6	106,8	105,6	105,3	100,8	101,1	99,9	98,3	98,1	96,3	-8,8
Численность лиц, которым оказана скорая медицинская помощь амбулаторно и при выездах, на 1000 человек	...	...	355	325	309	308	319	299	283	270	-24,1

Многоточие означает отсутствие сопоставимых данных. Рассчитано авторами на основе приложения к Российскому статистическому ежегоднику 2025¹¹ и сборников Росстата «Здравоохранение в России» за 2023¹² и 2025 годы¹³

За 2010–2024 годы обеспеченность койками снизилась на 17,7 %, средним медицинским персоналом на 8,8 %, а охват населения скорой помощью на 24,1 %. Мощность амбулаторного звена, напротив, выросла на 23,9 %. После провала 2015 года обеспеченность врачами лишь вернулась к уровню 2010 года. Так выглядит в цифрах оптимизационная модель 2010-х годов, при которой сокращение стационарного и догоспитального звеньев компенсировалось наращиванием амбулаторной мощности.

Соотношение среднего медицинского персонала и врачей снизилось с 2,11 в 2010 году до 1,88 в 2024 году, а дефицит среднего персонала, как показали М. Бониоль и соавторы, является главным ограничителем всеобщего охвата медицинской помощью, ведь эта категория обеспечивает первичное звено и длительный уход [14]. На рисунке 2 представлена индексная динамика ресурсных показателей относительно 2010 года.

¹⁰ Российский статистический ежегодник. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — Приложение «Социально-экономические показатели Российской Федерации в 1991–2024 гг.», раздел 7 (число больничных организаций, число станций скорой медицинской помощи). — URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/12994> (дата обращения: 06.09.2026).

Здравоохранение в России. 2023: стат. сб. / Росстат. — М., 2023. — 179 с. — Таблица 3.5. — URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooohran-2023.pdf> (дата обращения: 06.09.2026).

Здравоохранение в России. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — 149 с. — Таблица 3.5. — URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooohran_2025.pdf (дата обращения: 06.09.2026).

¹¹ Российский статистический ежегодник. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — Приложение «Социально-экономические показатели Российской Федерации в 1991–2024 гг.», раздел 7 (число больничных коек, мощность амбулаторно-поликлинических организаций, численность врачей и среднего медицинского персонала на 10 000 человек населения). — URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/12994> (дата обращения: 06.09.2026).

¹² Здравоохранение в России. 2023: стат. сб. / Росстат. — М., 2023. — 179 с. — Таблица 3.5 (численность лиц, которым оказана скорая медицинская помощь, на 1000 человек населения, 2010 и 2019 гг.). — URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooohran-2023.pdf> (дата обращения: 06.09.2026).

¹³ Здравоохранение в России. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — 149 с. — Таблица 3.5 (численность лиц, которым оказана скорая медицинская помощь, на 1000 человек населения, 2015, 2020–2024 гг.). — URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooohran_2025.pdf (дата обращения: 06.09.2026).

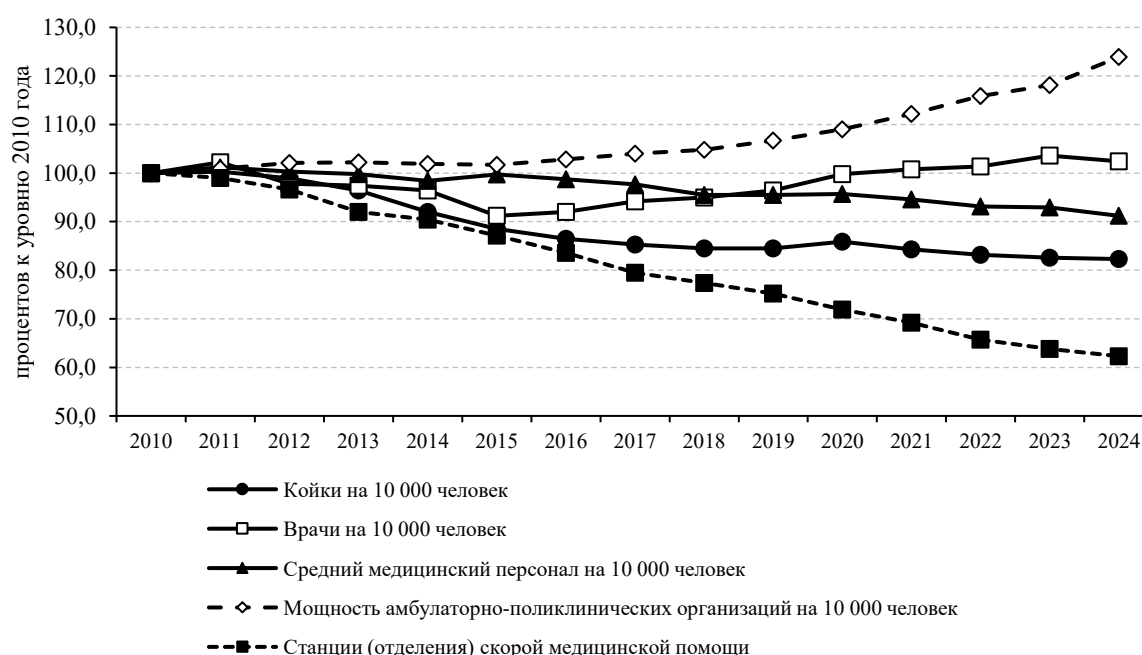


Рисунок 2. Индексы обеспеченности населения России ресурсами здравоохранения за 2010–2024 гг., процентов к уровню 2010 года (рассчитано авторами на основе приложения к Российскому статистическому ежегоднику 2025¹⁴)

Динамика пяти ресурсных показателей расходится. Устойчиво растёт только мощность амбулаторного звена, три показателя из пяти рассмотренных снизились, а число станций скорой помощи сократилось более чем на треть. Износ основных фондов отрасли вырос с 52,2 % в 2020 году до 55,2 % в 2024 году при коэффициенте обновления 3,3 % и коэффициенте выбытия 1,5 %. Физически устаревший фонд накапливается даже при росте инвестиций. После пика 2020 года в 2,8 % доля здравоохранения в инвестициях в основной капитал снизилась до 2,0 % в 2024 году. Индекс физического объёма инвестиций в отрасль составлял 95,4 % в 2021 году, 94,1 % в 2022 году, 90,0 % в 2023 году и лишь в 2024 году вернулся к росту в 106,5 %. Кумулятивный ресурсный риск, обусловленный состоянием материально-технической базы системы здравоохранения, продолжает нарастать.

Медико-демографическую составляющую риска покажем через первичную заболеваемость. Именно она характеризует поток новых случаев, которые требуют ресурсов отрасли и порождают потери трудоспособности. Данные приведены в таблице 2.

Общая первичная заболеваемость относительно стабильна, а её структура сдвигается к хроническим неинфекционным болезням. К уровню 2000 года первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения выросла на 126,3 %, а только за 2015–2024 годы на 24,8 %, и такой же прирост дали эндокринные болезни, где основной вклад принадлежит сахарному диабету и ожирению. В 2024 году зарегистрировано 5652,8 тыс. новых случаев болезней системы кровообращения против 2482,8 тыс. в 2000 году и 2419,9 тыс. случаев эндокринных болезней против 1234,5 тыс. Отчасти рост объясняется диспансеризацией и повышением выявляемости, однако с позиций безопасности важен объём потребности в ресурсах отрасли, который создаёт этот поток. Итоговым выражением медико-демографического риска остаётся смертность, данные о которой сведены в таблицу 3.

¹⁴ Российский статистический ежегодник. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — Приложение «Социально-экономические показатели Российской Федерации в 1991–2024 гг.», раздел 7, ряды за 2010–2024 гг. — URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/12994> (дата обращения: 06.09.2026).

Таблица 2

Динамика первичной заболеваемости населения России по основным классам болезней за 2000–2024 гг., зарегистрировано заболеваний с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1000 человек населения

Класс болезней	2000	2010	2015	2019	2021	2022	2023	2024	Изменение 2024 к 2015, процентов
Все болезни	730,5	780,0	775,2	774,3	849,2	889,1	822,1	821,1	+5,9
Болезни системы кровообращения	17,1	26,1	31,0	34,7	30,3	33,6	35,5	38,7	+24,8
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	8,5	10,2	13,3	14,3	11,3	12,5	14,0	16,6	+24,8
Новообразования	8,4	10,8	11,4	11,8	10,1	10,9	11,7	12,0	+5,3
Болезни органов дыхания	317,2	324,0	336,6	353,5	403,4	422,0	409,0	401,9	+19,4
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	86,2	91,7	90,1	89,7	82,8	85,6	87,3	89,4	-0,8
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	44,3	32,8	28,0	26,4	21,2	22,7	23,5	24,5	-12,5
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	30,6	33,5	30,0	30,1	26,4	28,7	31,2	32,5	+8,3

Данные за 2022–2024 годы приведены без учёта новых субъектов Российской Федерации. Рассчитано авторами на основе сборника Росстата «Здравоохранение в России. 2025»¹⁵

Таблица 3

Динамика смертности населения России по основным классам причин смерти за 2000–2023 гг., умерших на 100 000 человек населения

Причина смерти	2000	2010	2015	2019	2020	2021	2022	2023	Изменение 2023 к 2015, процентов
Все причины	1 529,0	1 420,0	1 298,8	1 215,9	1 447,9	1 658,5	1 294,1	1 206,2	-7,1
Болезни системы кровообращения	846,1	806,4	633,0	568,8	635,4	634,4	566,8	556,7	-12,1
Новообразования	204,7	205,2	204,3	202,0	200,3	192,4	191,6	197,4	-3,4
Внешние причины смерти	219,0	151,8	120,9	93,1	94,5	94,5	99,5	107,1	-11,4
Болезни органов дыхания	70,2	52,4	51,6	40,0	65,4	77,9	55,6	53,0	+2,7
Болезни органов пищеварения	44,4	64,4	69,4	66,4	72,7	73,9	70,4	74,0	+6,6
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	24,9	23,5	23,4	22,3	20,4	18,9	17,9	18,4	-21,4
Коронавирусная инфекция COVID-19	—	—	—	—	98,0	316,2	94,9	10,1	—

Данные за 2024 год временно не публикуются в соответствии с частью 10 статьи 5 Федерального закона от 29 ноября 2007 г. № 282-ФЗ. Составлено авторами на основе сборника Росстата «Здравоохранение в России. 2025»¹⁶ и приложения к Российскому статистическому ежегоднику 2025¹⁷

Таблица 3 фиксирует три обстоятельства, долгосрочное снижение смертности, эпидемический шок и новый рост смертности после 2022 года. Долгосрочное снижение смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин опустило общий коэффициент с 1529,0 до 1206,2 на 100 000 человек, а ожидаемая продолжительность жизни выросла с 65,34 года в 2000 году до 73,41 года в 2023 году, у мужчин с 59,03 до 68,04 года.

¹⁵ Здравоохранение в России. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — 149 с. — Таблица 2.1 «Заболеваемость населения по основным классам болезней в 2000–2024 гг.» (на 1000 человек населения). — URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooxran_2025.pdf (дата обращения: 06.09.2026).

¹⁶ Здравоохранение в России. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — 149 с. — Таблица 1.6 «Умершие по основным классам причин смерти» (на 100 000 человек населения, 2015, 2020–2023 гг.). — URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooxran_2025.pdf (дата обращения: 06.09.2026).

¹⁷ Российский статистический ежегодник. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — Приложение «Социально-экономические показатели Российской Федерации в 1991–2024 гг.», раздел 3 (умершие по причинам смерти на 100 000 человек населения, 2000, 2010, 2019 гг.). — URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/12994> (дата обращения: 06.09.2026).

Эпидемический шок 2020–2021 годов реализовался в форме, которую А. Карлинский и Д. Кобак по данным об избыточной смертности характеризуют как недооценённую официальной статистикой причин смерти [15]. Число умерших выросло с 1798,3 тыс. человек в 2019 году до 2441,6 тыс. в 2021 году, а ожидаемая продолжительность жизни упала до 70,15 года, потеряв 3,19 года относительно 2019 года. После 2022 года обозначился новый фактор риска. Смертность от внешних причин выросла с 94,5 до 107,1 на 100 000, увеличилась смертность от болезней органов пищеварения, а смертность в трудоспособном возрасте после снижения до 491,4 на 100 000 в 2022 году вновь поднялась до 500,7 в 2023 году, и рост зафиксирован в 64 из 85 субъектов Российской Федерации.¹⁸ При среднегодовой численности населения в трудоспособном возрасте 85,1 млн человек это около 426 тыс. умерших за год, то есть прямой канал потерь выпуска. Дополнительным свидетельством стал рост численности взрослых, впервые признанных инвалидами, с 565,5 тыс. в 2022 году до 725,5 тыс. в 2023 году, или с 48,6 до 62,4 на 10 000 человек. Экономическую составляющую риска социально-экономической безопасности удобнее оценивать в долях валового внутреннего продукта, что снимает инфляционное искажение. Данные приведены в таблице 4.

Таблица 4

**Динамика финансовых показателей системы здравоохранения
России за 2015–2024 гг., процентов к валовому внутреннему продукту**

Показатель	2015	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Изменение 2024 к 2015, процентных пунктов
Расходы бюджетной системы на здравоохранение	3,40	3,50	4,60	3,80	...	...	...	...
Расходование средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС)	1,97	2,00	2,19	1,91	1,78	1,81	1,93	-0,04
Валовая добавленная стоимость отрасли «Деятельность в области здравоохранения и социальных услуг»	2,86	3,09	3,58	3,27	2,89	2,82	2,84	-0,02
Платные медицинские услуги населению	0,64	0,83	0,80	0,81	0,78	0,80	0,80	+0,16
Инвестиции в основной капитал отрасли	0,22	0,30	0,53	0,43	0,42	0,39	0,39	+0,17

Многоточие означает, что показатель Росстатом не публикуется. Рассчитано авторами на основе сборников Росстата «Здравоохранение в России» за 2023¹⁹ и 2025 годы²⁰ и приложения к Российскому статистическому ежегоднику 2025²¹

Расходы бюджетной системы на здравоохранение достигли максимума в 4,6 % ВВП только в пандемийном 2020 году, в 2021 году вернулись к 3,8 %, а с 2022 года по решению Минфина России не публикуются.²²

¹⁸ Смертность в трудоспособном возрасте принята по сборнику «Регионы России. Социально-экономические показатели. 2025» (таблица 2.10), где коэффициенты рассчитаны с учётом изменения границ трудоспособного возраста (на конец 2023 г. мужчины 16–62 года, женщины 16–57 лет), что обеспечивает сопоставимость национального и региональных значений. В сборнике «Здравоохранение в России. 2025» (таблица 1.7) при границах 16–61 и 16–56 лет значение за 2023 г. составляет 557,8, за 2015 г. 544,2 на 100 000 человек соответствующего возраста.

¹⁹ Здравоохранение в России. 2023: стат. сб. / Росстат. — М., 2023. — 179 с. — Таблица 7.5 «Расходы бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение» (в процентах к ВВП). — URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooohran-2023.pdf> (дата обращения: 06.09.2026).

²⁰ Здравоохранение в России. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — 149 с. — Таблицы 7.1 (платные медицинские услуги населению), 7.2 (валовая добавленная стоимость отрасли), 7.8 (расходование средств ФФОМС), 7.11 (инвестиции в основной капитал). — URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooohran_2025.pdf (дата обращения: 06.09.2026).

²¹ Российский статистический ежегодник. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — Приложение «Социально-экономические показатели Российской Федерации в 1991–2024 гг.», разделы 10 (валовой внутренний продукт), 11 (инвестиции в основной капитал по видам деятельности), 21 (расходование средств ФФОМС). — URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/12994> (дата обращения: 06.09.2026).

²² Здравоохранение в России. 2023: стат. сб. / Росстат. — М., 2023. — 179 с. — Таблица 7.5. — URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooohran-2023.pdf> (дата обращения: 06.09.2026).

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает условием всеобщего охвата государственные расходы не ниже 5 % ВВП.²³

Таблица 5

Индикативная оценка рисков социально-экономической безопасности, обусловленных состоянием системы здравоохранения России, за 2015–2024 гг.

Индикатор и единица измерения	Пороговое значение и его обоснование	Факт 2015 г.	Факт, последний доступный год	Нормированное значение 2015 г.	Нормированное значение, последний год	Вид риска
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	не менее 78 (Указ № 204, Стратегия развития здравоохранения)	71,38	73,41 (2023 г.)	0,915	0,941	медико-демографический
Смертность в трудоспособном возрасте, на 100 000 человек	не более 350 (паспорт национального проекта, 2024 г.)	544,1	500,7 (2023 г.)	0,643	0,699	медико-демографический
Младенческая смертность, на 1000 родившихся живыми	не более 4,5 (паспорт национального проекта, 2024 г.)	6,5	4,2 (2023 г.)	0,692	1,000	медико-демографический
Расходы бюджетной системы на здравоохранение, процентов к ВВП	не менее 5,0 (ориентир ВОЗ)	3,4	3,8 (2021 г.)	0,680	0,760	экономический
Отношение платных медицинских услуг к валовой добавленной стоимости отрасли, процентов	не более 22,2 (уровень 2015 г.)	22,2	28,4 (2024 г.)	1,000	0,782	экономический
Степень износа основных фондов здравоохранения, процентов	не более 50 (порог индикативного анализа)	53,9	55,2 (2024 г.)	0,928	0,906	ресурсный
Средний медицинский персонал, на 10 000 человек	не менее 105,3 (уровень 2015 г.)	105,3	96,3 (2024 г.)	1,000	0,915	ресурсный
Врачи, на 10 000 человек	не менее 41,0 (расчётный ориентир)	45,7	51,3 (2024 г.)	1,000	1,000	ресурсный
Станции и отделения скорой медицинской помощи, единиц	не менее 2 561 (уровень 2015 г.)	2 561	1833 (2024 г.)	1,000	0,716	ресурсный
Интегральный индекс безопасности по формуле (3)	1,000	×	×	0,860	0,850	×

Рассчитано авторами на основе сборников Росстата «Здравоохранение в России» за 2023²⁴ и 2025 годы²⁵, сборника «Регионы России. Социально-экономические показатели. 2025»²⁶ и приложения к Российскому статистическому ежегоднику 2025²⁷

²³ Global Health Expenditure Database / World Health Organization. — URL: <https://apps.who.int/nha/database> (дата обращения: 06.09.2026).

²⁴ Здравоохранение в России. 2023: стат. сб. / Росстат. — М., 2023. — 179 с. — Таблица 7.5. — URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooohran-2023.pdf> (дата обращения: 06.09.2026).

²⁵ Здравоохранение в России. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — 149 с. — Таблицы 1.1, 1.6, 3.5, 7.1, 7.2, 7.13. — URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooohran_2025.pdf (дата обращения: 06.09.2026).

²⁶ Регионы России. Социально-экономические показатели. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — Таблица 2.10 «Смертность населения в трудоспособном возрасте». — URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13204> (дата обращения: 06.09.2026).

²⁷ Российский статистический ежегодник. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — Приложение «Социально-экономические показатели Российской Федерации в 1991–2024 гг.», разделы 3, 7. — URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/12994> (дата обращения: 06.09.2026).

По данным того же сборника, в 2022 году государственные расходы на здравоохранение составляли в Германии 10,1 % ВВП, во Франции 9,0 %, в Соединённом Королевстве 9,2 %, в Японии 9,8 %, в Польше 4,7 %, в Венгрии 4,8 %. Расходование средств ФФОМС в отношении к ВВП почти не менялось, а объём платных медицинских услуг увеличился с 528,4 млрд рублей в 2015 году до 1619,2 млрд рублей в 2024 году, и его отношение к валовой добавленной стоимости отрасли выросло с 22,2 % до 28,4 %. А. Вагстафф и соавторы считают замещение государственных гарантий частными расходами домохозяйств основным каналом экономического риска для населения, так как рост прямых платежей порождает катастрофические и обедняющие расходы. За тот же период снизилась и доля здравоохранения в консолидированных бюджетах субъектов Российской Федерации, с 14,3 % в 2015 году до 9,0 % в 2024 году, и переход на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования объясняет это лишь частично.

В таблице 5 приведена совокупная оценка рисков, обусловленных состоянием системы здравоохранения, на национальном уровне по формулам (1)–(3). Пороги ожидаемой продолжительности жизни, смертности в трудоспособном возрасте и младенческой смертности заимствованы из Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204²⁸ и паспорта национального проекта «Здравоохранение».²⁹

Вывод из таблицы 5 неутешителен для отрасли. Хотя медико-демографические индикаторы по младенческой смертности и продолжительности жизни улучшились, интегральный индекс за девять лет не вырос и снизился с 0,860 в 2015 году до 0,850 в 2024 году. Причина снижения индекса кроется в ресурсных и экономических индикаторах. В 2015 году эти индикаторы находились на пороговом уровне или выше него, к 2024 году ушли в зону отклонения. Сильнее всего отклоняются три индикатора, смертность в трудоспособном возрасте, сеть скорой помощи и доля государственных расходов в ВВП, и вместе они описывают единый механизм риска.

Недофинансирование ограничивает ресурсную базу догоспитального и первичного звена, а её сжатие поддерживает высокий уровень предотвратимой смертности среди работающего населения. По данным 2019–2020 годов индекс составлял около 0,876. Пандемия и последовавшее сокращение сети вернули систему к состоянию худшему, чем в 2015 году, хотя номинальное финансирование выросло.

Региональный разрез оценки рисков важен сам по себе. Мезоуровень, то есть уровень субъекта Российской Федерации, является основным уровнем управления ресурсными и экономическими рисками через территориальные программы государственных гарантий. Для 85 субъектов Российской Федерации собрана база показателей смертности, обеспеченности ресурсами, финансирования и бедности за 2023–2024 годы. В таблице 6 приведены меры вариации по формуле (8).

По ресурсным и экономическим индикаторам территориальная дифференциация многократно превышает дифференциацию итоговых медико-демографических результатов, ведь коэффициент вариации ожидаемой продолжительности жизни равен 3,6 %, по подушевому финансированию он достигает 69,2 %, а по смертности в трудоспособном возрасте 25,9 %.

²⁸ О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года: Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204. — URL: <http://kremlin.ru/acts/bank/43027> (дата обращения: 06.09.2026).

²⁹ Паспорт национального проекта «Здравоохранение»: утверждён президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. № 16. — URL: <http://government.ru/info/35561/> (дата обращения: 06.09.2026).

Таблица 6

**Вариация региональных индикаторов состояния здравоохранения
и связанных рисков по 85 субъектам Российской Федерации в 2023–2024 гг.**

Индикатор и единица измерения	Минимум	Медиана	Максимум	Отношение максимума к минимуму, процентов	Коэффициент вариации, процентов
Ожидаемая продолжительность жизни в 2023 г., лет	66,56 (Чукотский АО)	72,15	79,87 (Республика Дагестан)	120,0	3,6
Смертность в трудоспособном возрасте в 2023 г., на 100 000 человек	151,5 (Республика Ингушетия)	576,3	918,9 (Чукотский АО)	606,5	25,9
Младенческая смертность в 2023 г., на 1000 родившихся живыми	2,1 (Ненецкий АО)	4,3	19,1 (Чукотский АО)	909,5	42,5
Врачи в 2024 г., на 10 000 человек	31,8 (Курганская область)	48,6	88,7 (г. Санкт-Петербург)	278,9	20,1
Средний медицинский персонал в 2024 г., на 10 000 человек	63,8 (Ленинградская область)	102,1	167,1 (Ямало-Ненецкий АО)	261,9	18,3
Больничные койки в 2024 г., на 10 000 человек	44,7 (Республика Ингушетия)	81,2	135,8 (Чукотский АО)	303,8	17,6
Мощность амбулаторно-поликлинических организаций в 2024 г., посещений в смену на 10 000 человек	106,9 (Республика Дагестан)	309,9	595,8 (Новгородская область)	557,3	22,9
Расходы бюджета субъекта и территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) на здравоохранение в 2024 г., рублей на жителя	18 338 (Республика Ингушетия)	30 816	172 390 (Чукотский АО)	940,1	69,2
Доля населения с доходами ниже границы бедности в 2024 г., процентов	3,4 (г. Санкт-Петербург)	8,3	25,3 (Республика Ингушетия)	744,1	40,0

Рассчитано авторами на основе сборника Росстата «Регионы России. Социально-экономические показатели. 2025»³⁰

В 79 субъектах Российской Федерации из 85 превышен порог смертности в трудоспособном возрасте, в 15 регионах обеспеченность врачами ниже 41 на 10 000 человек, в 28 регионах обеспеченность средним персоналом ниже среднероссийской. За 2015–2024 годы средний медицинский персонал в расчёте на население сократился в 77 субъектах Российской Федерации, коечный фонд в 69 субъектах.

Корреляция ожидаемой продолжительности жизни с обеспеченностью врачами близка к нулю (0,01), с обеспеченностью койками она отрицательна (-0,64), со средним персоналом тоже (-0,40). Слабая связь результатов с ресурсами объясняется географией расселения и возрастной структурой населения.

На Севере и Дальнем Востоке регионы сочетают высокие ресурсные нормативы с высокой смертностью, а республики Северного Кавказа при минимальных ресурсах показывают наивысшую продолжительность жизни. Ресурсный и медико-демографический риски в региональном разрезе различны по природе и к одному показателю не сводятся.

По формулам (4)–(7) композитный индекс риска рассчитан по четырём блокам. В первый блок вошли смертность в трудоспособном возрасте, младенческая смертность и

³⁰ Регионы России. Социально-экономические показатели. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — Таблицы 2.2, 2.10, 2.12, 2.15, 4.15, 6.1, 6.3, 6.4, 6.5, 20.4, 20.8. — URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13204> (дата обращения: 06.09.2026).

ожидаемая продолжительность жизни. Во второй блок вошли обеспеченность врачами, средним персоналом, койками и мощностью амбулаторного звена, в третий подушевые расходы бюджета субъекта и ТФОМС в логарифмической шкале. Четвёртый блок представлен долей населения с доходами ниже границы бедности как ведущей социальной детерминантой спроса на бесплатную помощь.

Границы четырёх зон риска установлены по равным интервалам индекса. Значения индекса ниже 0,45 отнесены к низкому риску, от 0,45 до 0,50 к умеренному, от 0,50 до 0,55 к повышенному, свыше 0,55 к высокому. По зонам низкого, умеренного, повышенного и высокого риска распределились соответственно 16, 17, 34 и 18 субъектов Российской Федерации. Заменив нормирование по размаху ранговым, а блочное взвешивание равными весами индикаторов, мы получили коэффициенты ранговой корреляции Спирмена интегральных индексов 0,963 и 0,873, причём 14 из 18 субъектов Российской Федерации, отнесённых к зоне высокого риска, сохраняют эту зону при ранговом нормировании. Распределение регионов по зонам, следовательно, устойчиво к методике расчёта. В таблице 7 приведены средние оценки по федеральным округам.

Таблица 7

Средние значения блочных и интегральной оценок риска, обусловленного состоянием здравоохранения, по федеральным округам в 2023–2024 гг., долей единицы

Федеральный округ	Медико-демографический блок	Ресурсный блок	Экономический блок	Социальный блок	Интегральный индекс риска
Северо-Кавказский	0,168	0,747	0,931	0,497	0,586
Сибирский	0,492	0,583	0,694	0,378	0,537
Южный	0,316	0,703	0,825	0,268	0,528
Приволжский	0,398	0,636	0,809	0,233	0,519
Центральный	0,400	0,639	0,761	0,152	0,488
Дальневосточный	0,583	0,489	0,450	0,280	0,450
Северо-Западный	0,435	0,557	0,592	0,188	0,443
Уральский	0,351	0,577	0,554	0,165	0,412

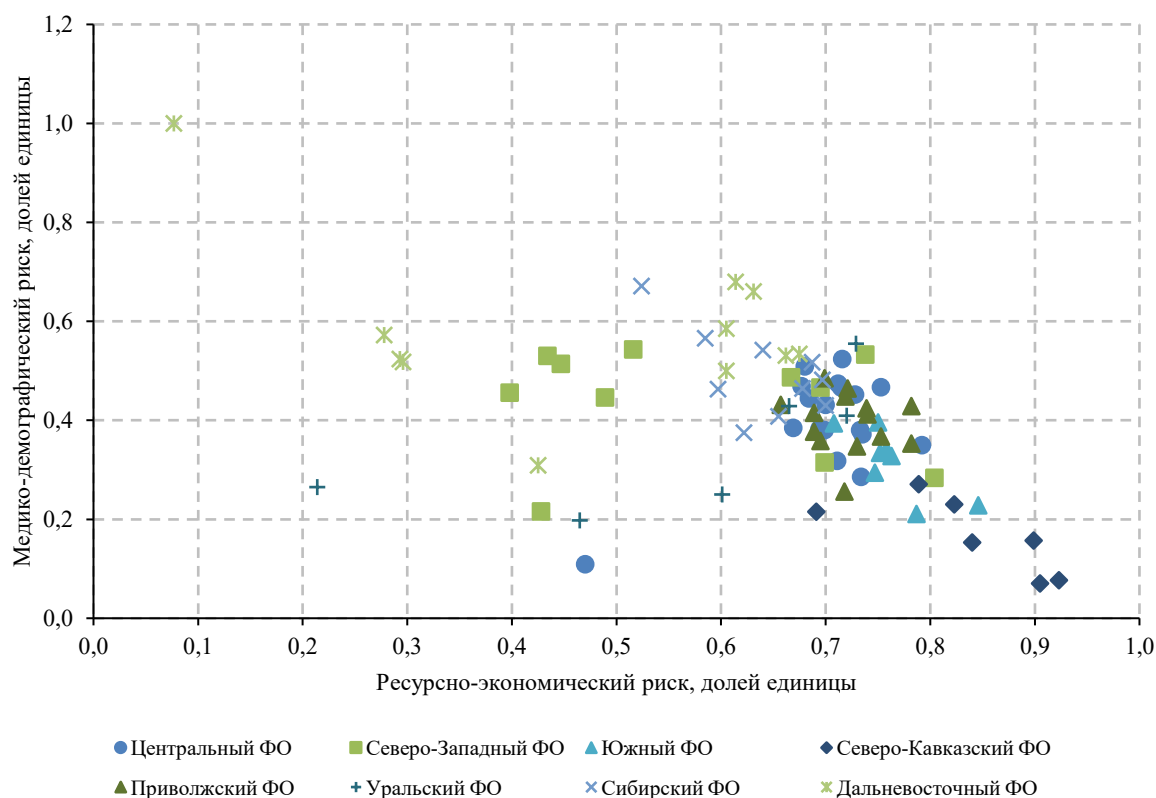
Рассчитано авторами на основе сборника Росстата «Регионы России. Социально-экономические показатели. 2025»³¹

Первое место Северо-Кавказского федерального округа по интегральному риску целиком обеспечено ресурсным, экономическим и социальным блоками при минимальном медико-демографическом риске. В Дальневосточном и Сибирском округах картина обратная, там доминирует медико-демографический блок при относительно благополучном финансировании.

Зоны повышенного и высокого риска охватывают шесть из семи субъектов Российской Федерации, входящих в Северо-Кавказский федеральный округ, восемь из десяти субъектов Сибирского федерального округа, все восемь субъектов Южного федерального округа и лишь два из шести субъектов Уральского федерального округа. Соотношение блочных оценок для отдельных регионов иллюстрирует рисунок 3.

Рисунок 3 разделяет регионы на два профиля. Первый профиль с высоким ресурсно-экономическим и низким медико-демографическим риском образуют регионы правого нижнего квадранта, прежде всего Республика Ингушетия, Республика Дагестан и Чеченская Республика, где низкая смертность сочетается с минимальными ресурсами и финансированием. Такое сочетание низкой смертности и минимальных ресурсов ненадёжно.

³¹ Регионы России. Социально-экономические показатели. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — Таблицы 2.2, 2.10, 2.12, 2.15, 4.15, 6.1, 6.3, 6.4, 6.5, 20.4, 20.8. — URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13204> (дата обращения: 06.09.2026).



Правый нижний угол поля — Республика Ингушетия, Республика Дагестан, Чеченская Республика; верхняя часть поля — Чукотский автономный округ, Республика Тыва, Забайкальский край, Еврейская автономная область; левый нижний угол — г. Москва, г. Санкт-Петербург, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа

Рисунок 3. Распределение субъектов Российской Федерации по соотношению ресурсно-экономического риска (среднее блоков 2 и 3) и медико-демографического риска (блок 1) в 2023–2024 гг., долей единицы (рассчитано авторами на основе сборника Росстата «Регионы России. Социально-экономические показатели. 2025»³²)

Благополучный результат обеспечен возрастной структурой населения и внесистемными факторами, а не мощностью отрасли, и при демографическом старении эти регионы окажутся наименее подготовленными. Второй профиль с высоким медико-демографическим риском формируют регионы верхней части диаграммы на рисунке 3.

В Республике Тыва, Забайкальском крае, Еврейской автономной области, Республике Бурятия, Курганской и Псковской областях высокая смертность в трудоспособном возрасте сочетается с недостаточными ресурсами, а в Чукотском автономном округе, Магаданской и Сахалинской областях высокая смертность сохраняется при рекордном подушевом финансировании.

Особого внимания заслуживает последняя группа регионов с высокой смертностью при рекордном финансировании. Финансирование само по себе не устраняет медико-демографический риск, если не меняются условия жизни и организация первичной помощи. В левом нижнем квадранте с низким риском по обоим направлениям сосредоточены город Москва, город Санкт-Петербург, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа. Оценки для регионов с наибольшим и наименьшим интегральным риском приведены в таблице 8.

³² Регионы России. Социально-экономические показатели. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — Таблицы 2.2, 2.10, 2.12, 2.15, 4.15, 6.1, 6.3, 6.4, 6.5, 20.4, 20.8. — URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13204> (дата обращения: 06.09.2026).

Таблица 8

**Субъекты Российской Федерации с наибольшим
и наименьшим значением интегрального индекса риска, обусловленного
состоянием здравоохранения, в 2023–2024 гг., долей единицы**

Субъект Российской Федерации	Медико-демографический блок	Ресурсный блок	Экономический блок	Социальный блок	Интегральный индекс риска
Республика Ингушетия	0,070	0,810	1,000	1,000	0,720
Карачаево-Черкесская Республика	0,230	0,721	0,925	0,626	0,625
Чеченская Республика	0,157	0,879	0,919	0,530	0,621
Республика Тыва	0,671	0,440	0,608	0,758	0,619
Республика Бурятия	0,534	0,670	0,680	0,571	0,614
Республика Марий Эл	0,429	0,705	0,858	0,411	0,601
Еврейская автономная область	0,660	0,616	0,645	0,470	0,598
Курганская область	0,555	0,671	0,786	0,352	0,591
Республика Хакасия	0,482	0,708	0,686	0,466	0,585
Забайкальский край	0,680	0,533	0,695	0,429	0,584
Псковская область	0,533	0,659	0,817	0,297	0,576
Республика Дагестан	0,077	0,850	0,997	0,379	0,576
Магаданская область	0,572	0,386	0,170	0,110	0,309
Ханты-Мансийский автономный округ — Югра	0,198	0,566	0,363	0,100	0,307
Сахалинская область	0,524	0,332	0,254	0,082	0,298
Чукотский автономный округ	1,000	0,153	0,000	0,014	0,292
г. Москва	0,109	0,541	0,399	0,027	0,269
г. Санкт-Петербург	0,216	0,392	0,464	0,000	0,268
Ямало-Ненецкий автономный округ	0,265	0,383	0,046	0,005	0,174

Рассчитано авторами на основе сборника Росстата «Регионы России. Социально-экономические показатели. 2025».³³ Первые 12 строк — зона высокого риска, последние 7 строк — зона низкого риска

У Республики Тыва и Чеченской Республики, например, сходные значения интегрального индекса складываются из противоположных комбинаций блочных оценок. Отсюда следует правило применения оценок.

Применять интегральный индекс следует только вместе с профилем риска, так как структура блоков определяет выбор мер. Регионам первого профиля, с низкой смертностью при минимальных ресурсах, нужно опережающее наращивание кадров и амбулаторной мощности с учётом старения населения, регионам второго профиля, с высокой смертностью в трудоспособном возрасте, межотраслевые меры по снижению смертности от внешних причин и болезней системы кровообращения и восстановление догоспитального звена.

Чукотский автономный округ, где максимальный медико-демографический риск соседствует с минимальными ресурсным и экономическим рисками, показывает границы чисто ресурсного подхода и необходимость учёта расселения, транспортной доступности и условий жизни.

Результаты согласуются с выводом И. М. Шеймана, С. В. Шишкина и В. И. Шевского о том, что формальная финансовая доступность помощи в модели Семашко не гарантирует её фактической эффективности, и с рекомендацией Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) о приоритетных вложениях в кадры как условия устойчивости систем здравоохранения к шокам.³⁴

³³ Регионы России. Социально-экономические показатели. 2025: стат. сб. / Росстат. — М., 2025. — Таблицы 2.2, 2.10, 2.12, 2.15, 4.15, 6.1, 6.3, 6.4, 6.5, 20.4, 20.8. — URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13204> (дата обращения: 06.09.2026).

³⁴ Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience. OECD Health Policy Studies. — Paris: OECD Publishing, 2023. — DOI: 10.1787/1e53cf80-en.

Выводы

Предложенная классификация рисков социально-экономической безопасности по шести признакам переводит анализ от описания здоровья населения к состоянию системы здравоохранения как источника угроз и связывает каждый вид риска с уровнем управления, объектом ущерба и инструментом реагирования. В национальной динамике проявилось кумулятивное накопление ресурсного риска. За полтора десятилетия коечный фонд в расчёте на население потерял почти пятую часть, средний персонал около десятой части, сеть скорой помощи более трети, а износ фондов превысил половину их стоимости. Структурно нарастал и экономический риск, так как отношение платных услуг к добавленной стоимости отрасли выросло более чем на четверть, а государственные расходы удерживались ниже четырёх процентов ВВП против пятипроцентного ориентира. По итогам индикативной оценки рисков по девяти порогам интегральный индекс социально-экономической безопасности в последнем доступном году ниже уровня 2015 года, и наибольшее отклонение сохраняет смертность в трудоспособном возрасте, превышающая порог почти наполовину. Региональная оценка отнесла к зонам повышенного и высокого риска свыше шести десятых субъектов Российской Федерации, причём дифференциация по ресурсным и экономическим индикаторам многократно превышает дифференциацию результатов, что говорит о низкой отдаче от ресурсов в одних регионах и о неустойчивости благополучных результатов в других, где ресурсная база минимальна. Два выявленных профиля региональных рисков требуют разных инструментов политики, и профиль риска становится обязательным дополнением к интегральной оценке.

В практическом плане результаты позволяют включить систему индикаторов и порогов в мониторинг национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» и Стратегии экономической безопасности, а региональные профили риска учитывать при распределении межбюджетных трансфертов и кадровых программ. Продолжением исследования могут стать стоимостная оценка выявленных рисков через потерянные годы потенциальной жизни и недопроизведённый валовой региональный продукт, а также оценка эффективности трансформации отрасли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сенчагов, В. К. Экономическая безопасность России / В. К. Сенчагов // ЭКО. — 2007. — № 5(395). — С. 1–21. — EDN HZTISR.
2. Митяков, С. Н. Система индикаторов экономической безопасности муниципалитета как составной элемент многоуровневой системы экономической безопасности / С. Н. Митяков, Е. С. Митяков, Т. А. Федосеева — DOI 10.26794/2220-6469-2020-14-4-67-80. // Мир новой экономики. — 2020. — Т. 14, № 4. — С. 67–80. — EDN ELEFNV.
3. Татаркин, А. И. Изменение парадигмы исследований экономической безопасности региона / А. И. Татаркин, А. А. Куклин — DOI 10.17059/2012-2-2. // Экономика региона. — 2012. — № 2(30). — С. 25–39. — EDN OYYTLR.
4. Кривенко, Н. В. Эффективность финансирования здравоохранения для обеспечения экономической безопасности региона / Н. В. Кривенко, А. И. Цветков — DOI 10.17059/2018-3-20. // Экономика региона. — 2018. — Т. 14, № 3. — С. 970–986. — EDN UZBOVX.
5. Черешнев, В. А. Комплексная оценка эффективности и устойчивости региональной системы здравоохранения / В. А. Черешнев, Н. В. Кривенко, В. Г. Крылов — DOI 10.17059/ekon.reg.2021-1-3. // Экономика региона. — 2021. — Т. 17, № 1. — С. 31–43. — EDN WXCMLS.

6. Шве́ц, Ю. Ю. Теоретические основы методологии социально-экономической безопасности системы здравоохранения / Ю. Ю. Шве́ц — DOI 10.18334/9785912923821 // Институт проблем управления имени В. А. Трапезникова Российской академии наук. — Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Первое экономическое издательство», 2021. — 382 с. — EDN FDBAJV.
7. Sheiman, I. The evolving Semashko model of primary health care: the case of the Russian Federation / I. Sheiman, S. Shishkin, V. Shevsky — DOI: 10.2147/RMHP.S168399. // Risk Management and Healthcare Policy. — 2018. — T. 11. — C. 209–220.
8. Thomas, S. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies. / S. Thomas, A. Sagan, J. Larkin, J. Cylus, J. Figueras, M. Karanikolos. — Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2020. — URL: https://www.researchgate.net/publication/342276719_Strengthening_health_systems_resilience_Key_concepts_and_strategies.
9. Wagstaff, A. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study / A. Wagstaff, G. Flores, J. Hsu, M.-F. Smits, K. Chepnoga, L. Buisman, K. van Wilgenburg, P. Eozenou — DOI: 10.1016/S2214-109X(17)30429-1. // The Lancet Global Health. — 2018. — T. 6, № 2. — C. e169–e179.
10. Grossman, M. On the concept of health capital and the demand for health / M. Grossman // Journal of Political Economy. — 1972. — T. 80, № 2. — C. 223–255. — URL: <https://www.sci-hub.ru/10.1086/259880>.
11. Murray, C.J.L. A framework for assessing the performance of health systems / C.J.L. Murray, J. Frenk // Bull World Health Organization. — 2000. — Vol. 78, No. 6. — P. 717–731. — URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2560787/>.
12. Human Development Report 2010. The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development / United Nations Development Programme. — New York: Palgrave Macmillan, 2010. — URL: <https://hdr.undp.org/system/files/documents/human-development-report-2010-complete-english.human-development-report-2010-complete-english>.
13. Nardo, M. Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide / M. Nardo, M. Saisana, A. Saltelli, S. Tarantola, A. Hoffman, E. Giovannini. — Paris: OECD Publishing, 2008. — 162 p. — DOI: 10.1787/9789264043466-en.
14. Boniol, M. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and universal health coverage? / M. Boniol, T. Kunjumen, T. S. Nair, A. Siyam, J. Campbell, K. Diallo — DOI: 10.1136/bmjgh-2022-009316. // BMJ Global Health. — 2022. — T. 7, № 6. — C. e009316.
15. Karlinsky, A. Tracking excess mortality across countries during the COVID-19 pandemic with the World Mortality Dataset / A. Karlinsky, D. Kobak — DOI: 10.7554/eLife.69336 // eLife. — 2021. — T. 10. — C. e69336.

Rubtsov Vladimir Anatolyevich

Kazan (Volga Region) Federal University, Kazan, Russia
Institute of Management, Economics and Finance
E-mail: Rubtzov@kpfu.ru

Mishakin Timur Sergeevich

Kazan (Volga Region) Federal University, Kazan, Russia
Institute of Management, Economics and Finance
E-mail: timur.mishakin@mail.ru

Galiullin Ilgiz Makhmudovich

M. N. Sadykov City Clinical Hospital No. 7, Kazan, Russia
E-mail: kaf_mss@mail.ru

Classification and assessment of socio-economic security risks caused by the state of the health care system

Abstract. The state of the health care system is increasingly treated as an independent source of threats to economic security, yet the literature offers no unified classification of such threats. The paper proposes a classification of socio-economic security risks generated by the state of the sector along six criteria, namely the source, the level of localisation, the time horizon, the object of damage, controllability and measurability. The risks are derived from the resource, economic and institutional condition of the health care system rather than from population health as such, which links each type of risk to a sectoral policy instrument. The empirical base comprises Rosstat statistical collections for 2000–2024, including the long time series of the appendix to the Russian Statistical Yearbook and regional data on 85 constituent entities of the Russian Federation. The national assessment uses the indicative method with nine threshold indicators and an integral index computed as the geometric mean of normalised values. It is shown that over fifteen years hospital beds per capita fell by almost one fifth, the ambulance network by more than one third, while the ratio of paid medical services to the value added of the sector grew by a quarter. The integral security index did not improve despite rising life expectancy and in the latest available year stood below the 2015 level. The regional assessment relies on a composite index across four blocks with min-max normalisation and is tested for robustness to the normalisation method and weights. Four risk zones and two opposite profiles of regional threats are identified, for which different policy priorities are substantiated. The results are suitable for inclusion in the monitoring of national projects and the Economic Security Strategy.

Keywords: socio-economic security; health care; risk classification; threshold indicators; integral index; regional differentiation; working-age mortality; staffing