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

2026, Том 18, № 5 / 2026, Vol. 18, Iss. 5 https://esj.today/issue-5-2026.html

URL статьи: https://esj.today/PDF/52ECVN526.pdf

DOI: 10.15862/52ECVN526 (https://doi.org/10.15862/52ECVN526)

5.2.3. Региональная и отраслевая экономика (экономические науки)

Ссылка для цитирования этой статьи:
Лобов, Н. А. Разрыв между национальными целями развития и ресурсными возможностями здравоохранения: экономическое содержание и условия преодоления / Н. А. Лобов // Вестник евразийской науки. — 2026. — Т. 18. — № 5. — URL: https://esj.today/PDF/52ECVN526.pdf. DOI: 10.15862/52ECVN526.

For citation:
Lobov N.A. The gap between national development goals and the resource capacity of healthcare: economic content and conditions for overcoming it. *The Eurasian Scientific Journal*. 2026;18(5): 52ECVN526. Available at: https://esj.today/PDF/52ECVN526.pdf. DOI: 10.15862/52ECVN526. (In Russ., abstract in Eng.).

УДК 338.46:614.2

Лобов Никита Андреевич
ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Россия
Институт управления, экономики и финансов
Аспирант по направлению региональная и отраслевая экономика
E-mail: Lobov.nik@yandex.ru

Разрыв между национальными целями развития и ресурсными возможностями здравоохранения: экономическое содержание и условия преодоления

Аннотация. Цель исследования — обосновать признаки, по которым несоответствие ресурсов конкретному обязательству здравоохранения становится угрозой общественно значимой функции. Актуальность обусловлена тем, что национальные цели развития, включая увеличение ожидаемой продолжительности жизни, задают требования к доступности профилактики, диагностики и лечения, однако расхождение с национальным показателем само по себе не доказывает дефицит отрасли, а рост ее бюджета не удостоверяет достижения цели. Проведены понятийное сопоставление ресурсного, структурного и организационного подходов и документальный анализ связей национальных целей с требованиями к медицинской помощи. Введено понятие целересурсного разрыва как несоответствия между ресурсным комплектом, необходимым для конкретного обязательства, и комплектом, доступным в месте и времени исполнения. Предложена типология разрывов по объему, составу, размещению и времени готовности ресурсов, проверенная на профилактическом и онкологическом маршрутах помощи. Обоснован функционально-временной критерий, соединяющий ограничение необходимого перехода в помощи, допустимое время сохранения функции и осуществимость своевременной компенсации. Критерий различает неустановленную обеспеченность, компенсируемое ограничение и обоснованную угрозу, сохраняя отдельный статус фактического нарушения. Показано, что формальное наличие замены не устраняет угрозу без ее включения в маршрут, а перераспределение нагрузки может служить альтернативой расширению ресурса. Агрегированные данные о численности врачей не доказывают недостатка нужной специальности в конкретном регионе без сведений о составе, занятости, распределении и нагрузке, а нормативные сроки ожидания нельзя складывать в универсальную допустимую задержку маршрута. Критерий применим к согласованию федеральных обязательств и региональных решений; установление фактических угроз требует данных об исполнении.

Ключевые слова: национальные цели развития; здравоохранение; экономическая безопасность; ресурсная обеспеченность; целересурсный разрыв; доступность медицинской помощи; региональное управление

Введение

Национальные цели задают ожидаемые изменения здоровья населения. Указ Президента РФ № 309 предусматривает «увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году и до 81 года к 2036 году».[1] Вклад здравоохранения проходит через доступность профилактики, диагностики и лечения; на результат влияют также условия труда, доходы, образ жизни и среда проживания. Поэтому расхождение с национальным показателем не доказывает дефицит отрасли, а увеличение ее бюджета не удостоверяет достижения цели.

Экономическое значение разрыва возникает, когда ресурсы не обеспечивают необходимое медицинское действие и ограничивают сохранение человеческого потенциала. Стратегия экономической безопасности включает в перечень угроз «снижение качества и доступности образования, медицинской помощи и, как следствие, снижение качества человеческого потенциала».[2] Для оценки этой связи нужно установить, какой переход в помощи блокируется, для кого, на какой срок и с какими возможностями замещения. Финансовое затруднение организации само по себе не свидетельствует о нарушении отраслевой функции.

Закон № 172-ФЗ требует исходить из «возможности достижения целей и решения задач в установленные сроки с учетом ресурсных ограничений и рисков».[3] Исследовательский вопрос состоит в том, по каким признакам несоответствие ресурсов конкретному обязательству становится угрозой общественно значимой функции. Цель статьи — обосновать это разграничение и условия преодоления разрывов при взаимодействии федерального целеполагания и регионального исполнения.

Ресурсный подход раскрывает состав потенциала и соотношение его элементов. О. М. Кустов рассматривает парирование угроз, «связанных с несбалансированностью и неэффективностью использования ресурсов», через организационные механизмы [1, с. 157]. Однако сопоставление коечного фонда и нагрузки еще не устанавливает, сохранен ли конкретный переход в помощи в необходимый срок. Представления о ресурсном балансе составляют известную основу; авторский результат должен раскрыть условия квалификации несоответствия.

Структурный подход объясняет, почему увеличение численности может сохранять недостаток помощи. И. М. Шейман и В. И. Шевский исследуют «изменения в разделении труда между отдельными профессионально-квалификационными группами работников отрасли» [2, с. 143]. И. М. Шейман связывает кадровую политику с составом специальностей и будущей организацией помощи [3]. Это содержательная альтернатива наращиванию штата. Исторические оценки работ не переносятся на обеспеченность в 2026 г.

---

[1] О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года: Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2024 № 309, п. 2, подп. «б». Режим доступа — URL: https://publication.pravo.gov.ru/document/0001202405070015 (дата обращения: 06.10.2026).

[2] О Стратегии экономической безопасности Российской Федерации на период до 2030 года: Указ Президента Российской Федерации от 13.05.2017 № 208, п. 12, подп. 21. Режим доступа — URL: https://epp.genproc.gov.ru/upload/iblock/11d/hjgdrn1mhc7g9ebtmy1q3auvdgcgdrvv.pdf (дата обращения: 06.10.2026).

[3] О стратегическом планировании в Российской Федерации: Федеральный закон от 28.06.2014 № 172-ФЗ (ред. от 13.07.2024), ст. 7, ч. 9. Режим доступа — URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_164841/91e10659398bccb0f67a7f04765cc758c682c684/ (дата обращения: 06.10.2026).

52ECVN526
Издательство «Мир науки» \ Publishing company «World of science» http://izd-mn.com

С. Шишкин и соавторы показывают значение связи профилактики с ведением выявленных заболеваний [4]. Н. Эдвардс и И. М. Шейман разграничивают совместное размещение специалистов и координацию их работы [5]. Эти результаты обосновывают анализ последовательности помощи. Опросы и сведения прежних периодов раскрывают возможный механизм ограничения, но не его распространенность после начала нового национального проекта.

М. Н. Руденко и Д. В. Рожков дополняют ресурсный анализ инструментами государственного регулирования медицинских услуг [6]. Е. В. Клецова и В. И. Крупко предлагают на уровне учреждений «методику, основанную на расчетах индикаторов кадровой безопасности» [7, с. 8]. Кадровый или финансовый индикатор организации, однако, не раскрывает судьбу общественно значимой функции в конкретном маршруте. Поэтому балльные пороги этих инструментов здесь не применяются.

Е. В. Градобоев исследует «выявление угроз и рисков, возникающих вследствие нормативно-экономической несогласованности» [8, с. 78], связывая показатели здравоохранения с региональной экономической безопасностью. Связь отрасли с человеческим потенциалом и классификация угроз по группам показателей уже разработаны. Требуется переход от общей группы угроз к доказуемому ограничению определенного обязательства с учетом времени восстановления и доступности замены.

Ж.-Ф. Левек, М. Ф. Харрис и Г. Рассел рассматривают доступ как взаимодействие системы и пациента на последовательных этапах получения помощи [9]. Э. Бараса, Р. Мбау и Л. Гилсон связывают устойчивость с адаптацией, ресурсами и резервными путями [10]. Эти основания не задают готового способа квалификации российских обязательств. В изученном корпусе недостаточно разработано совместное применение конкретного обязательства, необходимого ресурсного комплекта, допустимого времени помощи и осуществимости своевременного замещения. Именно это разграничение составляет предмет авторского анализа.

Материалы и методы

Единица теоретико-аналитического исследования — обязательство обеспечить необходимый переход в помощи определенной группе на определенной территории. Изучены полные научные тексты, документы в проверенных редакциях на 6 октября 2026 г. и официальная статистика завершенных лет. Горизонт 2030 г. относится к согласованию решений с национальной целью, а не к прогнозу. Региональная выборка не формировалась; аналитические ситуации не являются наблюдениями фактических дефицитов.

После понятийного сопоставления подходов восстановлены два перехода: от профилактического выявления к необходимому наблюдению и лечению; от подозрения на онкологическое заболевание к подтверждению диагноза и специализированной помощи. Для каждого выделены финансирование действий, рабочее время персонала нужной квалификации, оборудование и обеспечение, передача информации и ответственность исполнителя. Сопоставлялись требования к действию и сроку, а не общие объемы программ.

Классификация по объему, составу, размещению и времени готовности проверена на сочетаниях и контрпримерах. Затем установлены ограничиваемая функция, допустимое время и условия замещения.

Проверяемое предположение: последствия для функции, срок восстановления и своевременная компенсация совместно различают ограничение и угрозу. Альтернатива — недостаточная координация при достаточном запасе — рассмотрена через перераспределение нагрузки. Нормативное требование, плановая обеспеченность, исполнение и эффект разграничивались на каждом этапе. Индексы и произвольные пороги не вводились.

52ECVN526
Издательство «Мир науки» \ Publishing company «World of science» http://izd-mn.com

Результаты и обсуждение

Цель выражает общественный результат, показатель служит его измерению, проект объединяет направления изменений. Программа государственных гарантий задает условия бесплатной помощи, территориальная программа конкретизирует исполнение. Целевое обязательство — перевод целеполагания в действие для установленной группы с исполнителем и сроком. Национальный показатель не создает одинаковой обязанности для каждой организации: проверка ресурсов требует промежуточного уровня.

Паспорт проекта «Продолжительная и активная жизнь» связывает федеральные проекты с целями и содержит направления модернизации первичного звена и борьбы с онкологическими заболеваниями.[4] Копия от 10 сентября 2025 г. используется для анализа архитектуры, а не текущего финансового плана. Цепочка проверки связывает проектное изменение с возможностью помощи, промежуточным медицинским результатом и вкладом в цель. Пропуск звена не позволяет установить ресурсную обеспеченность.

Целересурсный разрыв — несоответствие между ресурсным комплектом, необходимым для конкретного обязательства, и комплектом, доступным в месте и времени исполнения. Комплект означает сочетание взаимодополняющих ресурсов, обеспечивающее действие. Оборудование без персонала, расходы без своевременной закупки или прием без необходимого результата исследования не образуют готовой мощности. Экономическое содержание разрыва — ограничение превращения затрат и запасов в доступную помощь; расходование средств и его устранение могут происходить с разной скоростью.

Количественный разрыв относится к объему доступного ресурса, структурный — к сочетанию компонентов, территориальный — к размещению и доступу пациента, временной — к моменту готовности. Финансовые, кадровые и инфраструктурные ресурсы участвуют в каждом типе. Организационная несогласованность выступает механизмом возникновения или устранения разрыва, а не пятой остаточной категорией. Основания описывают разные параметры одного комплекта и допускают сочетания (табл. 1).

Таблица 1

Типы целересурсного разрыва и условия их преодоления

Тип	Ограничивающий механизм	Что требуется установить	Условие преодоления
Количественный	Доступного объема ресурса недостаточно для необходимого действия	Потребность в действиях, рабочее время и фактически доступная мощность	Увеличение доступного объема либо обоснованное высвобождение мощности без ухудшения помощи
Структурный	Нужное сочетание квалификаций, оборудования и обеспечения не сформировано	Состав ресурса на каждом этапе и компонент, блокирующий переход	Изменение состава и разделения функций; готовность взаимодополняющих компонентов
Территориальный	Ресурс размещен вне доступного пациенту маршрута	Место оказания, транспорт, передача материалов и доступность принимающего звена	Действующий маршрут с обеспеченной доставкой и приемом в допустимый срок
Временной	Ресурс становится готов позднее необходимого момента	Дата необходимости, этапы ввода или подготовки, срок сохранения функции	Синхронизация готовности либо работающая временная замена до восстановления

Типы отражают разные параметры одного комплекта и могут сочетаться. Разработано автором

Аппарат без подготовленного специалиста означает структурное несоответствие; подготовка позднее возникновения потребности добавляет временное.

[4] Паспорт национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» (опубликованная копия, сохраненная 10.09.2025), разд. 2-4. Режим доступа — URL: https://gcmp.ru/template/uploads/2021/03/Паспорт_Нац.проектаПродолжит.-акт.жизнь2025-2030.pdf (дата обращения: 06.10.2026).

52ECVN526
Издательство «Мир науки» \ Publishing company «World of science» http://izd-mn.com

Другой исполнитель компенсирует местное ограничение при доступном транспорте, передаче сведений и обеспеченном приеме. Иначе сохраняется территориальное ограничение. Тип определяется механизмом, а не названием мероприятия.

Территориальная адаптация уже предусмотрена нормативно. Программа государственных гарантий на 2026 г. и плановый период 2027–2028 гг. требует учитывать половозрастной состав, заболеваемость, географию, транспортную доступность и «сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения».[5] Это не доказывает фактический баланс, но исключает вывод о полном отсутствии нормативного учета территориальных потребностей. Проверке подлежат исполнение механизма и доступность компонентов ресурса.

По Росстату, численность врачей всех специальностей составляла 758,8 тыс. человек в 2023 г. и 749,9 тыс. в 2024 г., врачей общей практики — 9,8 и 9,4 тыс. соответственно.[6] Учтены физические лица разных учреждений, а не доступные часы приема или эквиваленты полной занятости. Сборник не охватывает ДНР, ЛНР, Запорожскую и Херсонскую области, кроме оговоренных исключений; часть данных 2024 г. Предварительная.[7] Агрегаты не доказывают недостаток нужной специальности в конкретном регионе: необходимы сведения о составе, занятости, распределении и нагрузке.

В профилактической помощи осмотр должен сопровождаться последующими действиями по показаниям. Порядок диспансеризации закрепляет: «Граждане с IIIа и IIIб группами здоровья подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий».[8] Рост выявления меняет требования к последующим звеньям. При этом не все осмотренные нуждаются в лечении и не всякое направление означает подтвержденное заболевание.

Последовательность включает выявление, дополнительное обследование, определение группы здоровья и выполнение необходимых мероприятий. Мощность осмотра не заменяет мощность наблюдения. Расширение профилактики при неизменных возможностях диагностики и приема способно сместить ограничение к следующему этапу. Это логический сценарий, согласующийся с исследованиями первичного звена, а не установленный эффект проекта. Для проверки нужны показания, завершенные переходы и причины задержек.

Онкологический комплект включает получение материала, заключение, передачу результатов, определение тактики и необходимое лечение. Порядок помощи требует организации взятия материала в течение одного дня с предварительного диагноза; далее «Тактика лечения устанавливается консилиумом врачей».[9]

---

[5] О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов: постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 (ред. от 02.04.2026), разд. VII. Режим доступа — URL: https://base.garant.ru/413395026/ (дата обращения: 06.10.2026).

[6] Здравоохранение в России. 2025: статистический сборник / Росстат. — М., 2025. — 149 с. — С. 106, табл. 4.9. Режим доступа — URL: https://www.rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218 (дата обращения: 06.10.2026).

[7] Здравоохранение в России. 2025: статистический сборник / Росстат. — М., 2025. — 149 с. — С. 3, 102. Режим доступа — URL: https://www.rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218 (дата обращения: 06.10.2026).

[8] Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения: приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н (ред. от 15.06.2026; зарегистрирован Минюстом России 30.06.2021 № 64042), п. 23. Режим доступа — URL: https://b-crb.ru/wp-content/uploads/2026/08/prikaz-404-red15062026.pdf (дата обращения: 06.10.2026).

[9] Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях: приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 116н (с изм. от 24.01.2022, 04.09.2025, 03.06.2026), пп. 10, 16. Режим доступа — URL: https://base.garant.ru/400533605/ (дата обращения: 06.10.2026).

52ECVN526
Издательство «Мир науки» \ Publishing company «World of science» http://izd-mn.com

При невозможности выполнить необходимое в исходной организации предусмотрено направление для подтверждения диагноза или определения тактики.[10] Достаточность такого замещения зависит от приема, передачи материала и обеспеченности принимающего звена.

При подозрении на онкологическое заболевание программа устанавливает не более трех рабочих дней для консультации специалиста и семи рабочих дней с назначения для инструментальных и лабораторных исследований. Для специализированной помощи, кроме высокотехнологичной, онкологическим пациентам предусмотрено не более семи рабочих дней с гистологической верификации опухоли или предварительного диагноза заболевания.[11] Сроки относятся к разным действиям и начальным точкам. Их нельзя складывать в универсальную допустимую задержку маршрута или переносить на все виды начала лечения.

Метаанализ Т. П. Ханны и соавторов связывает задержки лечения ряда онкологических заболеваний с повышенной смертностью [11]. Он включает 34 ретроспективных исследования по 17 показаниям. Остаточное смешение, различия показаний и преобладание данных США ограничивают перенос выводов. Четырехнедельный интервал сопоставления не является безопасным сроком. Источник обосновывает значимость своевременности, но не используется для расчета российской смертности или общего клинического порога.

Таблица 2

Проверка ресурсного комплекта в двух последовательностях помощи

Элемент анализа	Первичная помощь	Онкологическая помощь
Целевой вклад	Сохранение возможностей своевременного ведения выявленного состояния	Сохранение возможностей своевременной диагностики и необходимого лечения
Изменение помощи	Переход от осмотра к обследованию, наблюдению и мероприятиям по показаниям	Переход от подозрения к верификации, определению тактики и специализированной помощи
Ресурсные предпосылки	Финансирование действий, время приема, диагностика, препараты по показаниям, передача сведений	Финансирование этапов, персонал, исследование материала, консилиум, оборудование и обеспечение лечения
Ограничивающее звено	Невыполненное обследование или наблюдение при наличии показания	Недоступный этап подтверждения диагноза либо необходимой специализированной помощи
Проверка компенсации	Доступный прием в другом звене и передача пациента без утраты наблюдения	Принимающая организация, передача материала и результатов, место и срок необходимой помощи
Сведения для квалификации	Показания, даты переходов, нагрузка, причины задержек, фактическое получение помощи	Основание и дата направления, результат диагностики, решение консилиума, даты и причины ожидания

Аналитические ситуации не характеризуют исполнение в отдельных регионах. Источник: авторское сопоставление документов[12] и исследования [11]

[10] Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях: приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 116н (с изм. от 24.01.2022, 04.09.2025, 03.06.2026), п. 13. Режим доступа — URL: https://base.garant.ru/400533605/ (дата обращения: 06.10.2026).

[11] О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов: постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 (ред. от 02.04.2026), разд. VII. Режим доступа — URL: https://base.garant.ru/413395026/ (дата обращения: 06.10.2026).

[12] О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов: постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 (ред. от 02.04.2026). Режим доступа — URL: https://base.garant.ru/413395026/ (дата обращения: 06.10.2026).

Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения: приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н (ред. от 15.06.2026; зарегистрирован Минюстом России 30.06.2021 № 64042). Режим доступа — URL: https://b-crb.ru/wp-content/uploads/2026/08/prikaz-404-red15062026.pdf (дата обращения: 06.10.2026).

Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях: приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 116н (с изм. от 24.01.2022, 04.09.2025, 03.06.2026). Режим доступа — URL: https://base.garant.ru/400533605/ (дата обращения: 06.10.2026).

52ECVN526
Издательство «Мир науки» \ Publishing company «World of science» http://izd-mn.com

Сопоставление выявило зависимость функции от завершения перехода. В первичной помощи значимы показание и непрерывность ведения, в онкологии — последовательность диагностических и лечебных решений с разными сроками. Матрица (табл. 2) определяет ресурс, этап и свидетельство для проверки. Она обеспечивает применение критерия.

Функционально-временной критерий квалифицирует разрыв как обоснованную угрозу, если подтверждено ограничение необходимого перехода, раскрыта его связь с утратой или существенным ухудшением общественно значимой функции и не обеспечено надежное сохранение этой функции в допустимое время. Компенсируемое ограничение означает, что работающая замена сохраняет помощь, включая качество и доступность. Критерий не требует наступления вреда: Стратегия определяет угрозу как совокупность условий и факторов, «создающих прямую или косвенную возможность нанесения ущерба национальным интересам Российской Федерации в экономической сфере».[13] Эта возможность должна быть обоснована механизмом, а не одним неблагоприятным показателем.

Допустимое время определяется для действия нормативными сроками и применимыми клиническими основаниями. Если общего срока нет, требуется обоснование для группы пациентов с раскрытием неопределенности. Соблюдение нормативного срока не удостоверяет оптимальности помощи каждому пациенту; превышение требует выяснения причин и последствий. Длительность не определяет статус разрыва: краткая остановка без замены способна нарушить критический переход, длительное отсутствие местного ресурса может компенсироваться доступным маршрутом.

Для компенсации необходимо установить исполнителя, свободную мощность нужного профиля, оплату, передачу сведений, транспорт и время включения. Направление не сохраняет функцию, если в принимающем звене нет места или результатов исследования. При подтвержденном ограничении и несвоевременной активации замены угроза сохраняется даже при наличии подходящего ресурса. Исходное предположение поддержано с уточнением: возможность замещения определяет выбор решения, а отсутствие угрозы требует обеспеченности его своевременного применения.

Контрпример — поздняя запись по выбору пациента. Поправка от 2 апреля 2026 г. допускает запись через федеральный или региональный портал позже срока ожидания; порядок и предельные сроки определяет территориальная программа.[14] Дата сама по себе не доказывает дефицит поставщика. Нужны сведения о предложенных вариантах, выборе гражданина и возможности воспользоваться приемом. Пример показывает предел классификации по одному времени ожидания и необходимость выяснения происхождения задержки.

Мера должна воздействовать на ограничивающий переход. Количественный разрыв требует доступного объема нужной мощности, структурный — изменения сочетания компонентов. Территориальный устраняется размещением ресурса либо обеспечением доставки и приема; временной — синхронизацией готовности или действующей заменой. Мероприятие может затрагивать несколько параметров. Его результат определяется восстановлением помощи, а не числом закупок.

[13] О Стратегии экономической безопасности Российской Федерации на период до 2030 года: Указ Президента Российской Федерации от 13.05.2017 № 208, п. 7, подп. 4. Режим доступа — URL: https://epp.genproc.gov.ru/upload/iblock/11d/hjgdrn1mhc7g9ebtmy1q3auvdgcgdrvv.pdf (дата обращения: 06.10.2026).

[14] О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации: постановление Правительства Российской Федерации от 02.04.2026 № 365, п. 2, подп. «в» изменений. Режим доступа — URL: https://meganorm.ru/mega_doc/dop1/91/postanovlenie_pravitelstva_rf_ot_29_12_2025_N_2188_red_ot_02/0/postanovlenie_pravitelstva_rf_ot_02_04_2026_N_365_o_vnesenii.html (дата обращения: 06.10.2026).

52ECVN526
Издательство «Мир науки» \ Publishing company «World of science» http://izd-mn.com

Альтернатива расширению ресурса — перераспределение нагрузки. Неравномерная загрузка, дублирование и разрыв передачи сведений могут создавать очередь при достаточной суммарной мощности. Разделение функций и координация способны высвободить время. Требуются подходящая квалификация, допустимость изменения функций, готовность оборудования и проверка нагрузки следующего звена. Если переход остается необеспеченным, организационная мера не заменяет увеличения необходимого объема.

Текущую компенсацию следует согласовывать с восстановлением мощности. Замещение расходует ресурс принимающего звена и создает транспортные и организационные затраты. Они учитываются вместе с расходами на первоначальное решение. Компенсация приемлема при сохранении помощи без более существенного ограничения для других пациентов. Без данных о загрузке и исполнении нельзя утверждать, что соседняя организация дешевле собственной мощности. Преодоление разрыва отличается от переноса его последствий.

Федеральный уровень связывает проектный результат с требованиями к помощи и ресурсами этапов, региональный проверяет размещение и взаимодействие, исполнитель — переходы и причины задержек. Планы, расписания, направления и данные о помощи сопоставляются по одной группе и периоду. Для решения до 2030 г. проверяется готовность до потери функции: будущая мощность не компенсирует сегодняшнее обязательство автоматически.

Процедура различает четыре заключения. При отсутствии данных о потребности или мощности обеспеченность не установлена. Подтвержденное несоответствие с работающей заменой означает компенсируемое ограничение. Раскрытый механизм функционального ущерба без обеспеченного своевременного сохранения функции обосновывает угрозу. Фактическое нарушение требует данных о несостоявшемся действии или результате. Это разные статусы доказанности, а не балльные ступени. Отсутствие опубликованных сведений не доказывает дефицит.

Документы подтверждают обязательства и основания механизма, но не распространенность разрывов. Сценарий не доказывает ухудшения здоровья, агрегаты не показывают загрузки маршрута. Локальное ограничение относится к экономической безопасности отрасли при обоснованной связи с общественно значимой функцией; масштаб и повторяемость требуют отдельной оценки. Типология охватывает ресурсные несоответствия, а не все угрозы здравоохранению. Эмпирическая проверка требует данных о потребности, доступном ресурсе, переходах и замещении; чувствительность к ошибкам этих данных не оценивалась.

Выводы

Основной результат — функционально-временной критерий, соединяющий ограничение необходимого перехода в помощи, допустимое время сохранения функции и осуществимость своевременно включенной компенсации. Он различает неустановленную обеспеченность, компенсируемое ограничение и обоснованную угрозу, сохраняя отдельный статус фактического нарушения. Продолжительность разрыва и расходы по отдельности такого разграничения не дают.

Проверка двух маршрутов поддержала предположение на концептуальном и документальном уровне. Разрывы по объему, составу, размещению и времени готовности совместимы. Преодоление требует восстановления помощи в допустимое время с учетом взаимодополняющих ресурсов и нагрузки замещающего звена. Данные об исполнении необходимы для эмпирической проверки критерия.

52ECVN526
Издательство «Мир науки» \ Publishing company «World of science» http://izd-mn.com

ЛИТЕРАТУРА

1. Кустов, О. М. Экономическая безопасность системы государственного здравоохранения: структура ресурсного потенциала / О. М. Кустов // Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. — 2016. — № 4(100). — С. 155–158. — EDN: WFDUVN.
2. Шейман, И. М. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики / И. М. Шейман, В. И. Шевский // Вопросы государственного и муниципального управления. — 2015. — № 1. — С. 143–167. — EDN: TMZDHX.
3. Sheiman, I. Health workforce policy in the Russian Federation: How to overcome a shortage of physicians? / I. Sheiman — DOI: 10.3389/fpubh.2022.1023845 // Frontiers in Public Health. — 2022. — Т. 10. — С. 1023845.
4. Shishkin, S. Structural changes in the Russian health care system: do they match European trends? / S. Shishkin, I. Sheiman, V. Vlasov, E. Potapchik, S. Sazhina — DOI: 10.1186/s13561-022-00373-z. // Health Economics Review. — 2022. — Т. 12. — С. 29.
5. Edwards, N. What next for the polyclinic? New models of primary health care are required in many former Soviet Union countries / N. Edwards, I. Sheiman — DOI: 10.1186/s12875-022-01812-w // BMC Primary Care. — 2022. — Т. 23. — С. 194.
6. Руденко, М. Н. Государственное регулирование сферы медицинских услуг в системе обеспечения экономической безопасности / М. Н. Руденко, Д. В. Рожков — DOI: 10.18334/ecsec.7.4.120959. // Экономическая безопасность. — 2024. — Т. 7, № 4. — С. 1023–1033. — EDN: DCRENT.
7. Клецова, Е. В. Оценка кадровой составляющей экономической безопасности в учреждениях здравоохранения ЛНР / Е. В. Клецова, В. И. Крупко // Экономический вестник Донбасского государственного технического университета. — 2024. — № 19. — С. 5–11. — EDN: APCVQP.
8. Градобоев, Е. В. Классификация угроз и рисков экономической безопасности региона на основе системы показателей отрасли здравоохранения / Е. В. Градобоев // Ученые записки Международного банковского института. — 2026. — № 1(55). — С. 75–93. — EDN: DMGWFD.
9. Levesque, J.-F. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations / J.-F. Levesque, M.F. Harris, G. Russell — DOI: 10.1186/1475-9276-12-18. // International Journal for Equity in Health. — 2013. — Т. 12. — С. 18.
10. Barasa, E. What Is Resilience and How Can It Be Nurtured? A Systematic Review of Empirical Literature on Organizational Resilience / E. Barasa, R. Mbau, L. Gilson — DOI: 10.15171/ijhpm.2018.06 // International Journal of Health Policy and Management. — 2018. — Т. 7, № 6. — С. 491–503.
11. Hanna, T.P. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis / T.P. Hanna, W.D. King, S. Thibodeau et al. — DOI: 10.1136/bmj.m4087 // BMJ. — 2020. — Т. 371. — С. m4087.

52ECVN526
Издательство «Мир науки» \ Publishing company «World of science» http://izd-mn.com

Lobov Nikita Andreyevich
Kazan (Volga Region) Federal University, Kazan, Russia
Institute of Management, Economics and Finance
E-mail: Lobov.nik@yandex.ru

The gap between national development goals and the resource capacity of healthcare: economic content and conditions for overcoming it

Abstract. The study aims to substantiate the criteria by which a mismatch between resources and a specific healthcare commitment becomes a threat to a socially significant function. Its relevance stems from the fact that national development goals, including higher life expectancy, set requirements for the accessibility of prevention, diagnosis and treatment, yet a deviation from a national indicator does not in itself prove a shortage in the sector, and a larger budget does not confirm that the goal has been achieved. The research combines a conceptual comparison of resource-based, structural and organisational approaches with a documentary analysis of the links between national goals and requirements for medical care. The concept of a goal-resource gap is introduced as a mismatch between the resource set required for a specific commitment and the set available at the place and time of delivery. A typology of gaps by volume, composition, location and timing of resource readiness is proposed and tested on the preventive and oncology care pathways. A functional-temporal criterion is substantiated that combines the restriction of a necessary transition in care, the admissible time for maintaining the function and the feasibility of timely compensation. The criterion distinguishes unestablished resource provision, a compensable restriction and a substantiated threat, while retaining a separate status for an actual violation. It is shown that the formal availability of a substitute does not remove the threat unless it is incorporated into the care pathway, and that redistribution of workload may serve as an alternative to expanding resources. Aggregate data on the number of physicians do not prove a shortage of the required specialty in a particular region without information on staff composition, employment, distribution and workload, and regulatory waiting times cannot be summed into a universal admissible delay along a care pathway. The criterion is applicable to aligning federal commitments with regional decisions; establishing actual threats requires data on implementation.

Keywords: national development goals; healthcare; economic security; resource provision; goal–resource gap; accessibility of medical care; regional governance

52ECVN526
Издательство «Мир науки» \ Publishing company «World of science» http://izd-mn.com