

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет экономический  
Кафедра Экономической безопасности и экспертизы  
Специальность 38.05.01 – Экономическая безопасность

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ  
зав. кафедрой  
\_\_\_\_\_ Е.С. Рычкова  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г.

**ДИПЛОМНАЯ РАБОТА**

на тему: Обеспечение экономической безопасности в сфере здравоохранения  
(на примере Амурской области)

Исполнитель

студент группы 878-ос

\_\_\_\_\_  
(дата, подпись)

К.С. Братенков

Руководитель

доцент, канд. техн. наук

\_\_\_\_\_  
(дата, подпись)

Н.А. Бабкина

Нормоконтроль

\_\_\_\_\_  
(дата, подпись)

Л.И. Рубаха

Рецензент

доцент, канд. экон. наук

\_\_\_\_\_  
(дата, подпись)

А.В. Плешивцев

Благовещенск 2023

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет экономический  
Кафедра Экономической безопасности и экспертизы  
Специальность 38.05.01 – Экономическая безопасность

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Е.С. Рычкова

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

**ЗАДАНИЕ**

К дипломной работе студента группы 878-ос Братенкова Кирилла Сергеевича

1. Тема дипломной работы Обеспечение экономической безопасности в сфере здравоохранения (на при-мере Амурской области)

(утверждено приказом от 20.03.2023 № 660-уч )

2. Срок сдачи студентом законченной дипломной работы \_\_\_\_\_

3. Исходные данные к дипломной работе теоретические материалы, исследования различных отечественных экономистов, учебники и учебные пособия, статьи научных журналов

4. Содержание дипломной работы (перечень подлежащих разработке вопросов): 1 Теоретические основы обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения  
2 Анализ состояния обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области  
3 Рекомендации по повышению уровня обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения

5. Перечень материалов приложения (наличие чертежей, таблиц, графиков, схем, программных продуктов, иллюстративного материала и т.п.) Приложение А - Анализ исполнения государственной программы «Развитие здравоохранения Амурской области» за 2020-2022 гг.

6. Консультанты дипломной работы (с указанием относящихся к ним разделов) нет

7. Дата выдачи задания 20 октября 2022 г.

Руководитель дипломной работы Н.А. Бабкина, канд. техн., наук, доцент

(Ф.И.О., должность, ученая степень, ученое звание)

Задание принял к исполнению (дата) 20 октября 2022 г.

К.С. Братенков

(подпись студента)

## РЕФЕРАТ

Выпускная квалификационная работа содержит 82 с., 23 таблицы, 16 рисунков, 50 источников.

### ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, АМУРСКАЯ ОБЛАСТЬ, УГРОЗЫ, ЭКОНОМИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ, СИСТЕМА, ЭЛЕМЕНТЫ

Цель работы – разработать мероприятия по обеспечению экономической безопасности в сфере здравоохранения Амурской области.

Исходя из поставленной цели, можно сформулировать следующие задачи исследования:

- исследовать теоретические аспекты обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения;
- проанализировать и дать оценку уровня экономической безопасности организации в сфере здравоохранения на примере Амурской области;
- рассмотреть угрозы обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области;
- предложить мероприятия по укреплению обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области.

Объектом исследования выступала система здравоохранения в Амурской области.

Предмет исследования – обеспечение экономической безопасности в сфере здравоохранения в Амурской области.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
1 Теоретические основы обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения	8
1.1 Понятие и особенности обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения	8
1.2 Факторы и условия обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения	16
1.3 Показатели оценки уровня экономической безопасности в сфере здравоохранения	19
2 Анализ состояния обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области	25
2.1 Характеристика сферы здравоохранения Амурской области, актуальные проблемы и угрозы в области обеспечения ее экономической безопасности	25
2.2 Анализ обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области	40
2.3 Оценка уровня обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области	43
3 Рекомендации по повышению уровня обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения	60
3.1 Предложения по улучшению обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области	60
3.2 Оценка эффективности предложенных мероприятий по улучшению обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения	66
Заключение	63
Библиографический список	73
Приложение А - Анализ исполнения ГП «Развитие здравоохранения Амурской области» за 2020-2022 гг.	76

## ВВЕДЕНИЕ

За последние 10 лет экономический прогресс в России и рост экономического потенциала государства позволили добиться развития здравоохранения в стране и устойчивого решения проблем охраны здоровья населения. В качестве одного из важных направлений долгосрочной стратегии развития, определенной руководством страны, реализуются масштабные реформы, направленные на обеспечение развития здравоохранения и оказания медицинской помощи населению на уровне мировых стандартов. Ежегодно в эту сферу вкладывается большой объем инвестиций. Бюджет, выделяемый на здравоохранение, увеличился более чем в 10 раз за последние 10 лет. За этот период построено или отремонтировано более 500 медицинских учреждений, большая часть которых расположена в регионах, все медицинские учреждения оснащены современным оборудованием. За этот период объем средств, выделяемых государством на сферу здравоохранения, увеличился в 11 раз. Значительные результаты достигнуты в борьбе с инфекционными заболеваниями, и эта область постоянно находится в центре внимания как приоритетное направление практического здравоохранения. Благодаря реализованным мерам в России резко снизилась детская смертность, а также в несколько раз снижен уровень материнской и детской смертности.

Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в сфере здравоохранения за последние десятилетия, необходимо признать тот факт, что многие актуальные проблемы остаются нерешенными даже в развитых странах. Наряду с другими важными факторами видное место занимают экономические причины этих проблем. Тогда необходимо подумать о необходимости перехода от взгляда на больницы как на институты, существующие по умолчанию в любом обществе, на взгляд на больницы как на организации с объединенным экономическим механизмом, адаптированные к социальным изменениям и соответствующим экономическим рискам.

В связи с этим в работе делается попытка включить концепцию эконо-

мической безопасности обеспечения в сфере здравоохранения.

Актуальность выбранной темы исследования обусловлена рядом следующих обстоятельств. История развития и укрепления сферы здравоохранения в нашей стране отражает историю развития всего народного хозяйства РФ. Сегодня сфера здравоохранения в стране находится в сложном положении: бюджетные медицинские учреждения не могут оказать гражданам адекватную, бесплатную, квалифицированную медицинскую помощь, не у всех есть возможность получить платную помощь, а новая система еще не освоена.

В процессе становления РФ как суверенного государства она проводила свою социальную политику непростым путем социально-экономических преобразований. Взаимосвязь многих процессов в экономике доказывает, что интенсивность развития отраслей социальной сферы предопределяет общеэкономический рост, сбалансированность между различными сферами экономики, качественные показатели уровня жизни населения, показатели уровень здоровья и образования населения. На сегодняшний день показатели здоровья населения (продолжительность жизни, материнская и детская смертность, заболеваемость и др.) считаются одним из факторов, позволяющих сравнивать разные страны и отражающих уровень экономической безопасности каждой страны. Поэтому проблемы сферы здравоохранения должны быть восприняты как неотложные проблемы на социально-политическом уровне государства и должны стать мерами, которым уделяется повседневное внимание. В условиях современного экономического развития недостаточное обеспечение здравоохранения финансовыми ресурсами и некоторые недостатки в организации и управлении отраслью в нашей стране свидетельствуют о необходимости дальнейшего углубленного изучения этих вопросов.

Цель работы – разработать мероприятия по обеспечению экономической безопасности в сфере здравоохранения Амурской области.

Исходя из поставленной цели, можно сформулировать следующие задачи исследования:

- исследовать теоретические аспекты обеспечения экономической без-

опасности в сфере здравоохранения;

- проанализировать и дать оценку уровня экономической безопасности организации в сфере здравоохранения на примере Амурской области;

- рассмотреть угрозы обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области;

- предложить мероприятия по укреплению обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области.

Объектом исследования выступала система здравоохранения в Амурской области.

Предмет исследования – обеспечение экономической безопасности в сфере здравоохранения в Амурской области.

# 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## **1.1 Понятие и особенности обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения**

В 1957 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила здравоохранение как “неотъемлемую часть социальной и медицинской организации, функция которой заключается в предоставлении населению полной медицинской помощи, как лечебной, так и профилактической, и амбулаторное обслуживание которой распространяется на семью в ее домашней обстановке; больница также является центром подготовки медицинских работников и биосоциальных исследований”. Это определение по-прежнему остается актуальным. Больницы являются одними из наиболее важных элементов систем здравоохранения во всем мире. Список функций, выполняемых больницами, очень длинный; прежде всего, они являются местом встречи пациентов и врачей. В то же время, как и любая другая организация, больница является элементом сети заинтересованных сторон.

Правительство, политические партии и неправительственные организации, пациенты, сотрудники, инвесторы и спонсоры окружают больницу и взаимодействуют с ней. Эти заинтересованные стороны предоставляют различные ресурсы: финансовые, материальные, организационные, людские ресурсы, научно обоснованную поддержку и т.д.

В то же время у них есть свои ожидания относительно работы больницы. Некоторые из этих ожиданий одинаковы для всех заинтересованных групп, в то время как другие специфичны для определенной группы заинтересованных сторон. Следовательно, ошибочно сводить задачи больницы к предоставлению медицинских услуг. Выполнение обязательств перед основными заинтересованными сторонами является важной предпосылкой выживания больницы и ее стабильного функционирования в будущем. Однако эта сторона больничной жизни упускается из виду. Более того, больницы работают в условиях, характе-



ризующихся рисками и неопределенностью, которые затрудняют достижение всех желаемых целей.

Увеличение потребности в ресурсах для больниц вызвано несколькими причинами, среди которых увеличение численности населения мира и старение населения в развитых странах; появление новых заболеваний; увеличение числа людей с хроническими и неизлечимыми заболеваниями; изменения климата; а также экономические и финансовые кризисы. Эти и другие проблемы являются сложными для больниц как в развивающихся, так и в развитых странах. Неспособность эффективно решать их создает необходимость в новом подходе к управлению эффективностью работы больницы, который позволит найти оптимальную интеграцию медицинских, экономических и социальных целей, которых должна достичь больница. По этой причине данная статья открывает дискуссию о полезности концепции экономической безопасности больницы, которая может служить современным подходом к управлению больницей. Интегрируя экономическое и управленческое видение больницы и фокусируясь на защите и реализации интересов заинтересованных сторон, дополняет другие подходы к стратегическому управлению, такие как "рычаги контроля здравоохранения".

Все эти проблемы конкретно касаются больниц, принимая во внимание, что они поглощают большую часть финансовых ресурсов. В то же время мы не можем решить проблему финансирования только за счет увеличения бюджета. Предыдущие исследования показывают, что страны с самыми высокими расходами не обязательно имеют наиболее эффективные системы здравоохранения.

Это требует поиска различных подходов для снижения затрат и одновременного поддержания объема и качества медицинских услуг на необходимом уровне. Во-первых, здравоохранение - это не только индивидуальная проблема; оно имеет социальную природу.

Многие болезни возникают из-за рискованного поведения. Неправильное питание провоцирует ожирение, диабет и сердечно-сосудистые заболевания; курение провоцирует рак, в частности рак легких; злоупотребление алкоголем и

наркотиками; нарушение правил личной гигиены; и практика беспорядочной сексуальной жизни, которая провоцирует снижение числа заболеваний, передающихся половым путем, включая неизлечимые заболевания, такие как СПИД и гепатит С.

Борьба с таким типом поведения становится одной из главных задач больниц. В данном случае экономическая цель связана с медицинскими и социальными целями, поскольку уменьшение числа пациентов с такими заболеваниями позволяет больницам решать некоторые неотложные социальные проблемы и экономить свои ограниченные ресурсы. Во-вторых, многие больницы продолжают использовать устаревшие методы, технологии и медикаменты из-за ограниченного доступа к новым технологиям и новым, более эффективным лекарствам.

В результате стоимость лечения значительно возрастает. Поэтому становится неизбежным и необходимым вовлечение медицинских работников в борьбу с экономическими проблемами больниц. Наконец, организация работы в больницах может быть неэффективной и контрпродуктивной. Например, использование ручных процедур для приема и ведения документов может потребовать больше времени и затрат, чем электронная система. В свою очередь, неэффективность приема или плохая организация доставки лекарств могут негативно сказаться на последующем оказании медицинских услуг.

Мы можем привести ряд аналогичных примеров, которые представляют собой оперативные проблемы в управлении больницей.

Идея экономической безопасности пришла из таких областей исследований, как политика и макроэкономика, которые рассматривают государство, регион, семью или отдельного человека в качестве объекта безопасности. Изначально экономическая безопасность ассоциировалась с идеей защиты экономических интересов объекта безопасности.

Этот подход стал одним из наиболее обсуждаемых в исследовательских работах по экономической безопасности организации в России, Украине и других постсоветских странах.

Дальнейшие исследования экономической безопасности организации связывают экономическую безопасность с другими концепциями и понятиями. Среди этих понятий на первом месте стоят риски, угрозы и возможности внешней и внутренней среды организации. Одновременно некоторые исследователи предлагают изучать экономическую безопасность организации как комбинацию нескольких компонентов, представляющих различные аспекты организационной деятельности.

Аналогичным образом, мы предлагаем представить экономическую безопасность здравоохранения с учетом специфики функционирования больниц. Что касается этого исследования, то интересы здравоохранения должны быть сформулированы с учетом интересов ее заинтересованных сторон. Поэтому мы предлагаем упрощенное определение экономической безопасности здравоохранения как состояния, которое обеспечивает учет и реализацию интересов заинтересованных сторон в краткосрочной и долгосрочной перспективе путем устранения угроз и использования возможностей, которые ограничены принципами медицинской этики.

В этом контексте стратегия больницы должна разрабатываться с должным учетом интересов и ожиданий заинтересованных сторон. Кроме того, мы должны принимать во внимание тот факт, что трудно говорить о безопасности отдельного человека, не обеспечив определенного уровня коллективной безопасности. В то же время, для достижения этой цели все заинтересованные группы должны быть вовлечены в процесс поддержания обеспечения здравоохранения.

Количество и качество ограниченных ресурсов в значительной степени определяют качество услуг, предоставляемых в сфере здравоохранения. Одновременно медицинская деятельность влияет на использование ресурсов больниц.

Социальные и операционные компоненты также играют важную роль. Социальное измерение связано с заболеваниями, вызванными рискованным поведением, таким как недоедание, курение, злоупотребление алкоголем и нарко-

тиками и т.д. Борьба с таким поведением становится одной из самых приоритетных задач для больниц. И в данном случае это предполагает предотвращение как экономических, так и медицинских негативных последствий. В свою очередь, операционный компонент связан с организацией работы в больнице и определяет эффективность программ в рамках трех предыдущих аспектов. Наконец, необходимо учитывать специфику больничной среды, которая характеризуется изменениями, вызванными общей экономической, социальной и политической ситуацией в стране. Неопределенность внешней среды создает условия для угроз и возможностей для больницы. В то же время возможности всегда ограничены принципами медицинской этики, которые служат фильтром для управленческих решений.<sup>1</sup>



Рисунок 1 – Стратегические цели государственной политики в сфере охраны здоровья и развития здравоохранения, определенные в Стратегии национальной безопасности Российской Федерации

<sup>1</sup> Кондаков И. А. Угрозы экономической безопасности региона и пути их преодоления // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2018. № 2. С. 37.

К таким факторам можно, в первую очередь, отнести: <sup>2</sup>

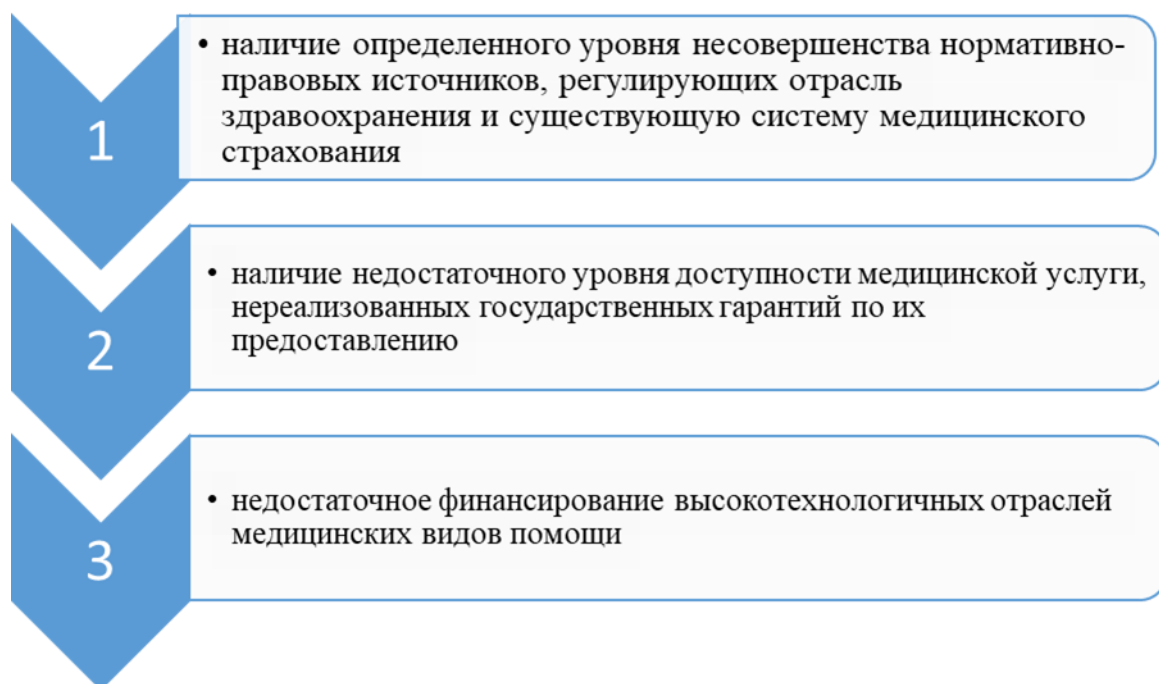


Рисунок 2 - Факторы влияющие на обеспечения сферы здравоохранения

По рекомендации Президента страны реформы в системе здравоохранения были инициированы сверху, то есть с Минздрава. В результате были произведены структурные изменения в аппарате управления здравоохранения, упразднены параллельные задачи и дублирующие друг друга отделы, сокращено количество структурных подразделений, внесены аналогичные структурные изменения в городские и районные органы и учреждения здравоохранения республики; с учетом демократических, географических и климатических особенностей районов, загруженности лечебно-профилактических учреждений проведена большая работа в направлении приспособления их структуры и штатных единиц к санитарно-техническим нормам и потребностям населения, а существующие структуры и задачи были сокращены.

<sup>2</sup> Матвейчева, И. Ф. Оценка деятельности кредитных кооперативов в России // Молодой ученый. 2022. №24. С. 144.

В последнее время проведена определенная работа по совершенствованию статистической и информационной базы здравоохранения. Разработана концепция национальной системы мониторинга здоровья населения. Эта система, которая будет создана на базе новейших компьютерных технологий корпоративных систем, позволит следить за распространением заболеваний и ходом иммунизации, оказывать телеконсультации и проводить теледиагностику при лечении больных в отдаленных регионах, а также оценивать, насколько эффективно используются кадровые и материальные ресурсы.

Ряд основных перечисленных в Стратегии направлений для обеспечения национальной безопасности в области охраны здоровья населения, можно сгруппировать в основные блоки:

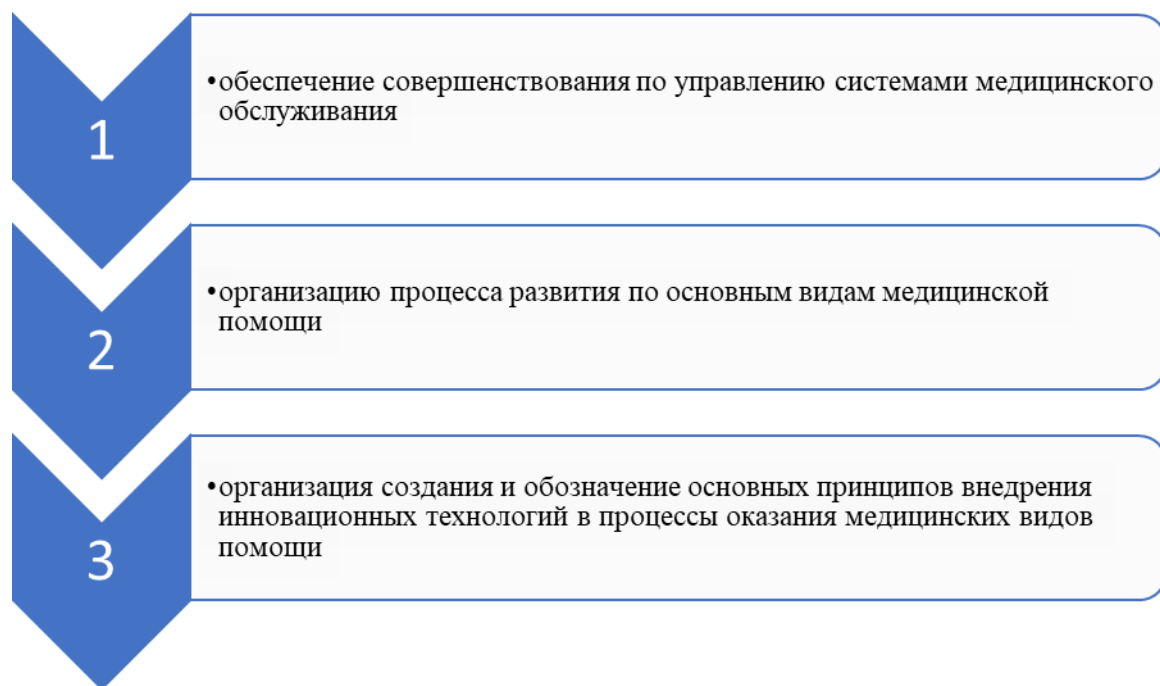


Рисунок 3 - Направления

Определение уровня социального эффекта, который обычно производится системами здравоохранения является достаточным при обеспечении уровня национальной безопасности здоровья населения, может возникать как результат экономического вида деятельности производителя товаров и услуг в сфере здравоохранения, а также при определении уровня регулирующих воздействий государств.

Роль государственного бюджета в обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения заключается в том, что он рассматривается как финансовая база, обеспечивающая финансовую поддержку государственных органов и сферы здравоохранения.

Государственный бюджет, являясь важным инструментом реализации экономической и финансовой политики государства, обеспечивает централизацию средств, необходимых для решения основных направлений научно-технического прогресса и создания национальных резервов.

Таким образом, средства, собираемые в государственный бюджет, направляются на реализацию социально-экономической политики государства, на обеспечение его безопасности и защиты сферы здравоохранения.

На рисунке 4 представлены основные уровни трактования структурной организации экономической безопасности в сфере здравоохранения РФ.

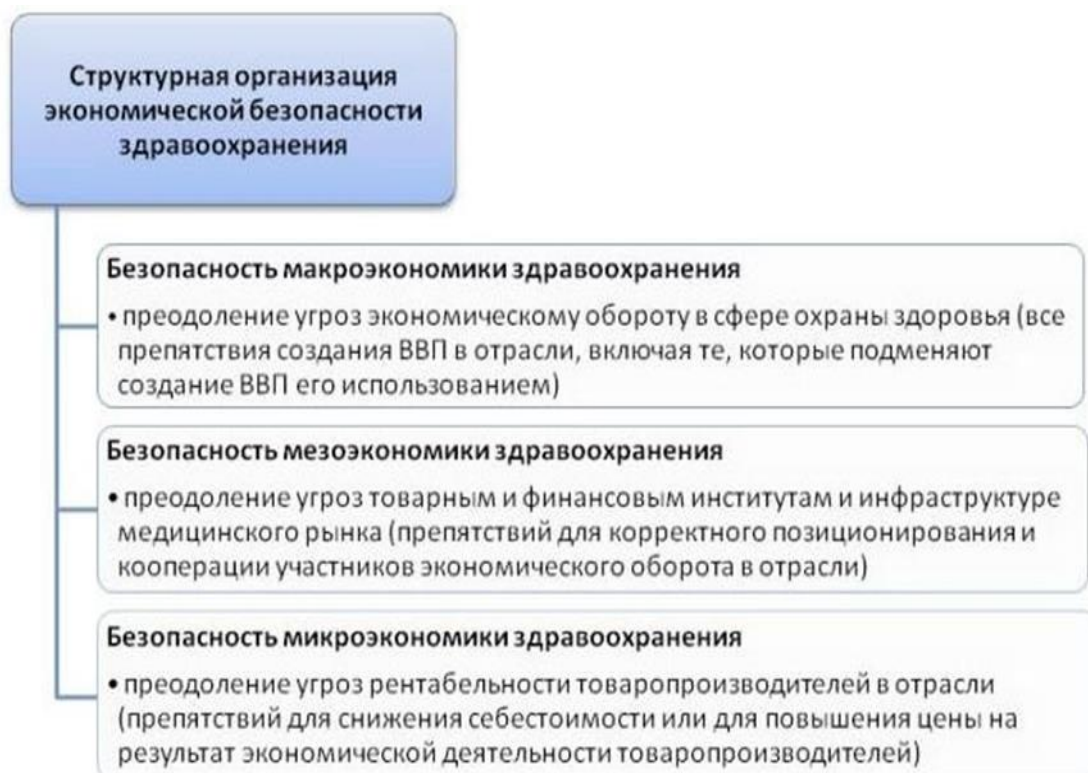


Рисунок 4 – Концептуальный подход к трактовке категории «структурная организация экономической безопасности здравоохранения»

Результаты проведения анализа по уровням экономической безопасности здравоохранения может позволить выделить возможность концептуального направления преодоления угроз в сфере здравоохранения.

## **1.2 Факторы и условия обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения**

Здравоохранение является одной из важнейших сфер современной социально-экономической системы, обеспечивающей охрану здоровья населения страны. Несмотря на то, что финансирование системы здравоохранения в западных странах достаточно изучено, эта проблема требует глубокого анализа и обобщения в условиях современного РФ.

Комментируя структуру и функции финансового механизма здравоохранения: Здоровье занимает важное место в жизни человека. Хорошее здоровье позволяет достигать важных результатов и в других сферах жизни, например, в профессиональной деятельности и образовании, активном участии в жизни общества. Необходимо углубленное изучение структуры и функций финансового механизма здравоохранения.

На глобальном уровне РФ является лидером в финансировании здравоохранения и связанных с ним исследований и проектов. Но лидерство в национальных расходах на здравоохранение не является синонимом более здорового населения. Обязательное медицинское страхование будет постепенно внедряться в нашей стране со следующего года, и для этого в госбюджете на 2020 год расходы на здравоохранение увеличены. Другими словами, с учетом расходов, связанных с введением обязательного медицинского страхования в государственный бюджет на 2020 год, расходы на здравоохранение по сравнению с текущим годом увеличились на 326,5 трлн.руб. или 31,3 процента. Как видно, значительная часть расходов, связанных с введением обязательного медицинского страхования, будет покрываться за счет государства, а также будут реализованы крупные реформаторские мероприятия, направленные на повышение качества медицинских услуг, оказываемых населению.

Финансирование здравоохранения в странах, занимающих лидирующие



позиции в мировой экономике, осуществляется за счет бюджетных средств. Так, в экономически развитых странах (США, Канада, Франция, Великобритания, Япония) финансирование здравоохранения составляет 7,9-8,1 % ВВП. В Восточной Европе, в «новых странах ЕС» (Венгрия, Польша, Чехия, Словакия) государственные расходы на здравоохранение составляют 5,4 процента ВВП. Часто специалисты подчеркивают эффект «убывающей отдачи», при котором увеличение финансирования здравоохранения и рост благосостояния населения развитых стран не приводят к существенному увеличению продолжительности здоровой жизни.

Здоровье, безопасность, благополучие и экономическая безопасность работников являются сложными вопросами в сфере здравоохранения. Наиболее распространены односторонние решения: например, программы обучения, программы оздоровления, мобильные приложения или тренеры.

Чтобы добиться большего, нужны междисциплинарные решения, которые объединят лучшие знания и практику, чтобы создать работу и рабочую среду, которые обеспечивают здоровое и безопасное поведение, способствуют благополучию и экономической безопасности.

Бедность и финансовый стресс являются важными причинами ухудшения здоровья, и в России существуют убедительные доказательства того, что более состоятельные люди имеют более объективные показатели здоровья по сравнению с лицами с более низким социально-экономическим статусом. Различия в состоянии здоровья в зависимости от дохода различаются в зависимости от местности, и одним из вероятных факторов, влияющих на этот результат, является разнообразие социальной защиты или политики в сфере здравоохранения в экономической безопасности в РФ. Появляется все больше свидетельств того, что политика экономической безопасности, хотя и не предназначенная специально для этого, влияет на здоровье людей и семьи. Влияние политики экономической безопасности может быть особенно важным для младенцев и детей, для которых нарушение жизни в раннем возрасте имеет долгосрочные последствия для физического и психического здоровья.

Исследования все чаще показывают, что политика экономической безопасности влияет на широкий спектр здоровья и поведения в отношении здоровья отдельных лиц и семей. Политика экономической безопасности, вероятно, влияет на результаты в отношении здоровья с помощью многочисленных механизмов, таких как изменение широких социальных условий, которые в конечном итоге влияют на восприимчивость, опыт и реакцию на плохие экономические условия на уровне отдельных лиц и сообществ. Концептуальная модель по обеспечению сферы здравоохранения выделяет два ключевых пути, по которым политика экономической безопасности семьи потенциально влияет на социальные детерминанты здоровья ребенка и семьи.

Во-первых, политика экономической безопасности семьи может изменить социальные условия таким образом, чтобы уменьшить неравенство в воздействии токсичной и вредной для здоровья среды и усилить защитные условия.<sup>3</sup>

Во-вторых, социальные условия и окружающая среда могут способствовать здоровому поведению и препятствовать нездоровому поведению родителей и их детей. Различия в экономических условиях коренным образом влияют на социальные условия, в которых живут люди, а социальные условия влияют на поведение и окружающую среду, что в конечном итоге влияет на показатели здоровья населения и различия в состоянии здоровья на протяжении всей жизни.

Несмотря на широкий охват, который эта политика оказывает на российскую общественность, и потенциальную возможность этой политики влиять на широкий спектр моделей поведения в отношении здоровья, было проведено мало исследований для изучения того, как политика влияет на здоровье и поведение в отношении здоровья.

Схемы финансирования представляют собой альтернативный механизм финансирования, который позволяет людям оплачивать часть своих медицинских расходов из собственных средств. В качестве основного механизма рас-

---

<sup>3</sup> Матвейчева, И. Ф. Оценка деятельности кредитных кооперативов в России // Молодой ученый. 2018. №24. – С. 144.

смачивается совместная предоплата, вносимая группой людей до того, как они заболеют. При необходимости эти люди могут использовать средства таких коллективных касс взаимопомощи.

В то же время данный показатель не учитывает степень равномерного или неравномерного распределения расходов на здравоохранение между различными социальными группами в пределах того или иного государства, а также сопутствующие факторы. Следует также учитывать, что ряд слаборазвитых стран занимают высокие позиции в рейтинге, как правило, общественного здравоохранения (обеспечение питьевой водой и санитарно-гигиенические услуги, массовая иммунизация и др.), финансируемого международными организациями и благотворительными организациями в этих стран, а также санитарно - связанные с программами в области гигиенической и эпидемиологической безопасности.

Показатель национальных расходов на здравоохранение рассчитывается ежегодно на основе данных национальной статистики и международных организаций.<sup>4</sup>

### **1.3 Показатели оценки уровня экономической безопасности в сфере здравоохранения**

Экономическая безопасность страны оценивается с целью определения воздействия надвигающейся опасности и ее прогнозирования с помощью такого специального метода диагностики, как метод мониторинга. Мониторинг – это метод регулярного сопоставления фактического состояния хозяйства с состоянием, которое находится в соответствии с настроением. Он осуществляется с помощью специальных индикаторов, анализирует и изучает состояние экономики и по его результатам дает необходимые предложения и предложения.

Целью изучения экономической безопасности страны является определение способности экономики удовлетворять общественные запросы на национальном и международном уровне, а также обеспечивать ее конкурентоспособ-

---

<sup>4</sup> Мунтиян, В.И. Экономическая безопасность РФ. - М.: Либра, 2019. С.67.

ность и защиту от любых рисков и сбоев в на внутреннем и внешнем рынках.  
показать

Исследована экономическая безопасность страны и ее регионов и отдельных отраслей с точки зрения доходов и расходов, обмена товарами и услугами, использования ресурсов. Для такого исследования ущерб, вызванный факторами безопасности, должен оцениваться как по количеству, так и по качеству.

Проверка экономической безопасности с точки зрения важных потоков, отражающих сущность такой безопасности, должна основываться на следующих критериях:

- оценка экономической мощи (мощности) страны и возможностей ее расширения - оценка уровня использования ресурсов, капитала и рабочей силы в стране в той мере, в какой это исключает возникновение внутренних и внешних рисков в связи с этим ;

- оценка конкурентоспособности национальной экономики страны;
- оценка целостности границы страны и ее экономической среды;
- оценка устойчивости и стабильности социальной ситуации и предотвращение социальных конфликтов.

Поскольку система здравоохранения является социальной сферой, требующей больших расходов из государственного бюджета, необходимо было провести масштабные реформы в этой сфере, перестроить больницы, оснастить их самым современным медицинским оборудованием, расширить экономические возможности государства. на строительство новых лечебно-диагностических центров.

Одним из важных направлений реформ, проводимых в системе здравоохранения, является внедрение в России обязательного медицинского страхования среди населения. Для этого в последние годы изучается международная практика, готовится законодательная база. Согласно системе обязательного медицинского страхования, Государственный фонд социальной защиты населения будет платить взносы на медицинское страхование пенсионеров, а государство будет платить за безработных граждан и получателей социальной помощи. В

результате появится возможность вовлечь все слои населения страны в сеть услуг медицинского страхования.

Продолжение реформ в системе здравоохранения, обеспечение населения страны качественными и доступными медицинскими услугами занимает особое место в Концепции развития РФ. Концепция предусматривает укрепление материально-технической базы здравоохранения, строительство, капитальный ремонт и реконструкцию новых медицинских учреждений, оснащение их самым современным медицинским оборудованием, планомерное продолжение реформы здравоохранения.<sup>5</sup>

Кроме того, через различные государственные программы будет осуществляться борьба с социальными заболеваниями (сахарный диабет, гемофилия, талассемия, онкологические заболевания, иммунопрофилактика, гемодиализ, туберкулез, СПИД и др.), санитарно-просветительская работа, борьба с наркоманией и алкоголизмом.

Государственная политика, направленная на охрану здоровья населения РФ и доведение медицинских услуг до уровня развитых стран мира, является одним из важных элементов долгосрочной стратегии развития страны. Таким образом, здоровый человек и крепкое здравоохранение позволяют реализовать человеческие ресурсы для обеспечения долгосрочного, устойчивого развития.

В этой статье профессора Беловой Л.А. «Роль системы здравоохранения в обеспечении экономической безопасности региона» представлены статистические данные об использовании медицинских услуг, ценах, расходах, занятости и рабочем времени, а также о национальной экономической деятельности для изучения экономической безопасности в обеспечении сферы здравоохранения. Некоторые из этих статистических данных основаны на выборочных опросах, проводимых ежемесячно или ежеквартально государственными органами или частными организациями, и доступны через 1-3 месяца после завершения периода. Они обеспечивают раннее указание на изменения, происходящие в

---

<sup>5</sup> Третьяк, В. В. Экономическая безопасность: сущность и условия формирования // Инновации. 2017. №1. С. 6.

экономике в целом и в секторе здравоохранения.

В сопроводительных таблицах представлены избранные квартальные статистические данные и сводка квартальной информации за календарный год за последние 3–10 лет. В дополнительных таблицах показано изменение по сравнению с тем же периодом годом ранее. Для квартальной информации этот расчет позволяет анализировать квартальные данные, чтобы сосредоточиться на направлении и величине изменений без вмешательства, вызванного сезонными колебаниями.

В национальных счетах здравоохранения такие показатели играют важную роль в оценке расходов на здравоохранение за последний исторический год. Более полная информация имеет тенденцию отставать от закрытия календарного года на 9–12 месяцев и более. Поэтому мы широко полагаемся на такие показатели, чтобы прогнозировать и прогнозировать изменения в расходах сектора здравоохранения за последний год. Другие индикаторы помогают определить конкретные причины (например, рост ценовой инфляции или снижение использования) изменения расходов.

В следующих разделах мы определим важные показатели здравоохранения и национальной экономической деятельности. Мы обсудим последние изменения в данных годовых и квартальных показателей. Наконец, мы опишем, как можно использовать показатели для прогнозирования тенденций в расходах на здравоохранение и доли национальной экономической деятельности, направленной на закупки медицинских услуг.

Для целей расходов на здравоохранение статистические данные обследований по доходам, анализируются при оценке роста самой крупной составляющей затрат на здравоохранение — расходов на внебольничные больницы. Исследование также выявляет важные факторы, влияющие на модели роста расходов, такие как изменение количества действующих коек, количество

госпитализаций, продолжительность пребывания, использование амбулаторных учреждений и количество операций.<sup>6</sup>

К ключевым критериям обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения в настоящее время относят:

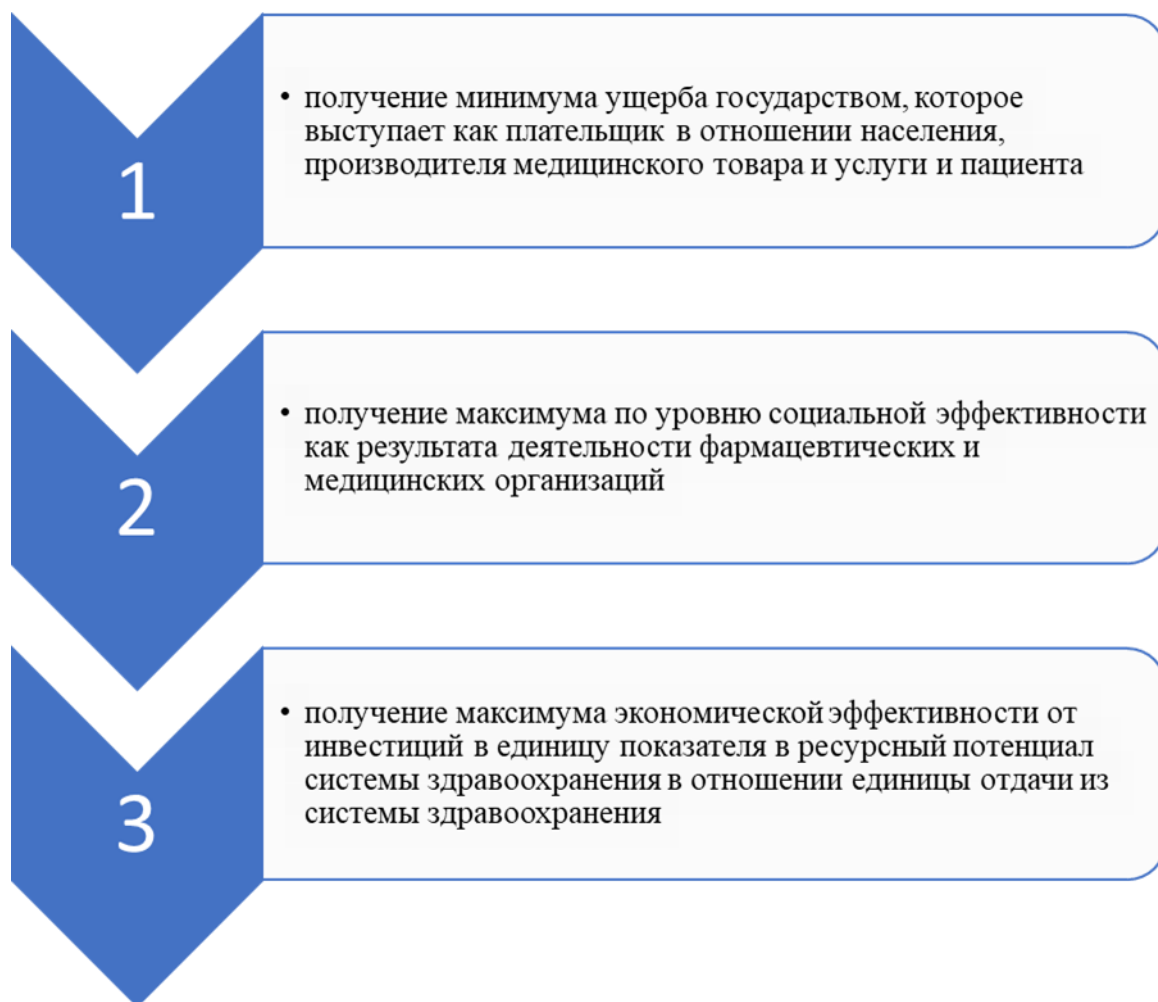


Рисунок 5 - Критерии обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения

Учитывая специфику сферы здравоохранения, в табл. 1 дана характеристика самых влиятельных составляющих экономической безопасности сферы здравоохранения (порядок перечисления сделано с учетом весомости составляющей).

<sup>6</sup> Поздеева О.Г. Исследование экономической безопасности социально незащищенных слоев населения в регионе // Экономика и бизнес: теория и практика. 2022. № 3. С.53.

Таблица 1 - Составляющие экономической безопасности сферы здравоохранения

Составляющие экономической безопасности	Характеристика составляющей экономической безопасности
Финансовая	Указывает на эффективное использование финансовых ресурсов. Основными проблемами являются неправильное финансовое планирование, управление активами, некорректная ценовая политика, неправильно выбранная финансовая стратегия и т. д..
Интеллектуальная и кадровая	Отвечает за сохранность интеллектуального потенциала. Угрозами становится недостаточная квалификация персонала, низкая производительность, неправильное управление интеллектуальной собственностью
Технико-технологическая	Основной задачей является соответствие технологий и оборудования современным аналогам с точки зрения использования ресурсов. Основной проблемой является физический и моральный износ базы.
Политико-правовая	Правовое обеспечение деятельности сферы, соблюдение действующего законодательства на всех уровнях его деятельности. Причинами возникновения проблем является невыполнение договорных отношений, хозяйственные споры, изменение положений законодательства, экономическая и политическая блокада, эмбарго.

Для определения пороговых значений этих показателей (индикаторов) применительно к экономической безопасности здравоохранения необходимо выяснить основные условия функционирования экономической системы отрасли и наиболее важные характеризующие их показатели; факторы ее дестабилизации; возможности проявления различных угроз и пути их предотвращения и поддержания стабильности<sup>7</sup>

Согласно Всемирной организации здравоохранения, система здравоохранения состоит из всех организаций, людей и действий, основной целью которых является укрепление, восстановление или поддержание здоровья. Это

<sup>7</sup> Мунтиян, В.И. Экономическая безопасность РФ. - М.: Либра, 2019. С.89.



включает усилия по влиянию на детерминанты здоровья, а также более непосредственную деятельность, направленную на улучшение здоровья.

Таким образом, система здравоохранения представляет собой нечто большее, чем пирамида государственных учреждений, которые предоставляют персональные медицинские услуги, но включает в себя учреждения, людей и ресурсы, задействованные, например, в оказании медицинской помощи отдельным лицам.

## 2 АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

### 2.1 Характеристика сферы здравоохранения Амурской области, актуальные проблемы и угрозы в области обеспечения ее экономической безопасности

Глобальные системы здравоохранения» (ВОЗ) — первое международное общество, целью которого является исследование систем здравоохранения и содействие практическому применению существующих знаний. ВОЗ объединяет исследователей, политиков, доноров, исполнителей, гражданское общество и другие заинтересованные стороны со всего мира. 1900 членов ВОЗ работают вместе, чтобы генерировать необходимые научные данные, распространять эти знания и способствовать их использованию для развития и укрепления здравоохранения.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 августа 2013 г. № 529н утверждена новая Единая номенклатура государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, которая представлена на рисунке 6.

Система здравоохранения Российской Федерации, как видно из рисунка, отличается большим разнообразием учреждений, как медицинских, так и управленческих.

Систему здравоохранения Амурской области возглавляет Министерство здравоохранения, которое проводит государственную политику и осуществляет функции по нормативно-правовому регулированию в сфере охраны здоровья граждан в Амурской области, контролю в сфере охраны здоровья, отраслевое или межотраслевое управление в наиболее важных отраслях и установленных сферах деятельности, оказанию государственных услуг в сфере охраны здоровья и управлению государственным имуществом, а также координирующий в

установленных случаях деятельность в этой сфере иных исполнительных органов государственной власти региона.

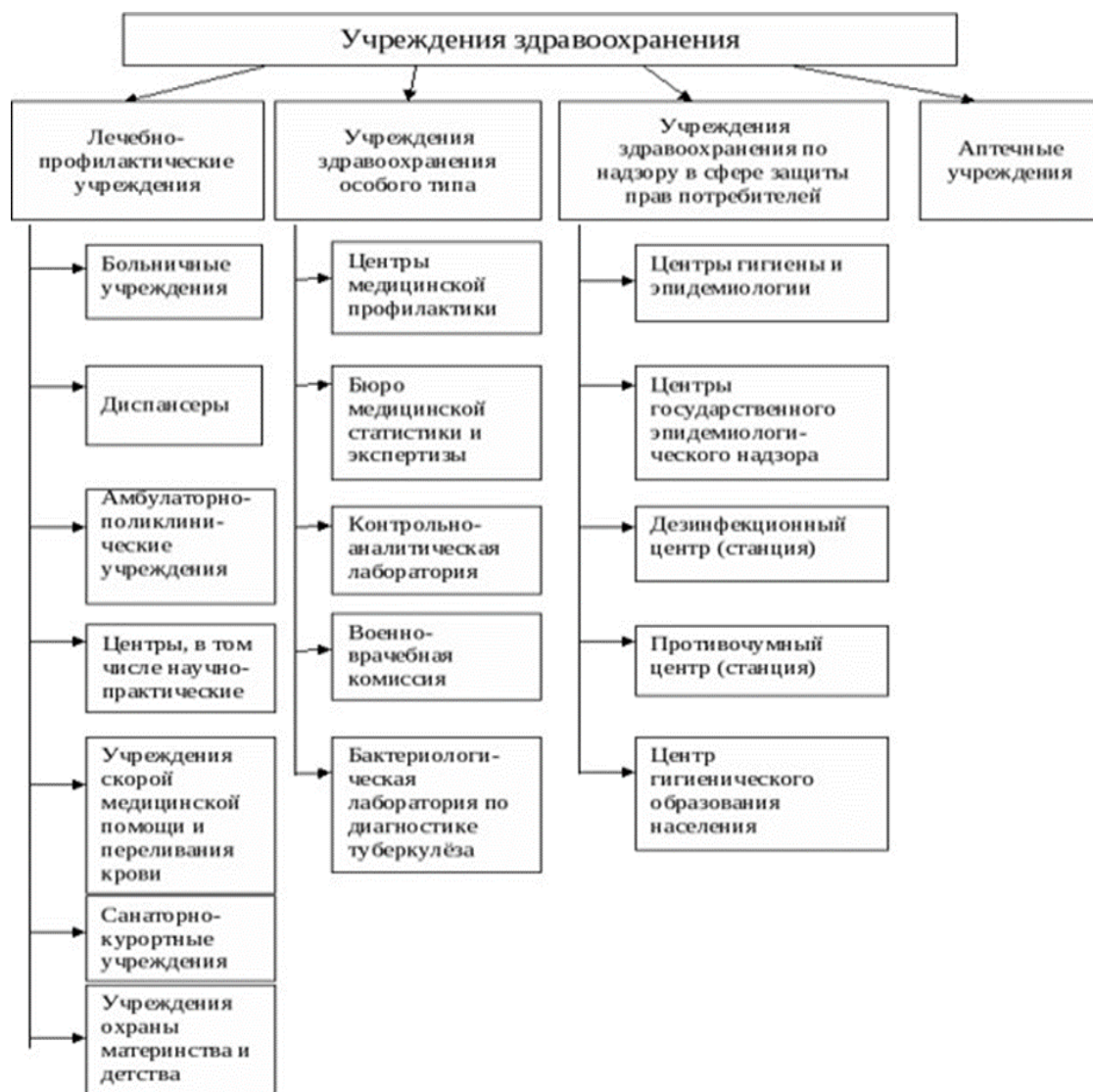


Рисунок 6 - Система здравоохранения Российской Федерации

Министерство здравоохранения области осуществляет функции и полномочия учредителя в отношении своих подведомственных бюджетных и автономных учреждений. Сеть бюджетных и автономных государственных учреждений министерства здравоохранения области составляет 51 учреждения, из них:

- государственных автономных учреждений – 22,
- государственных бюджетных учреждений – 29.

Структура министерства здравоохранения Амурской области представлена на рисунке 7.

В состав министерства входят 8 отделов, две службы которые осуществляют управление здравоохранением области, в том числе:

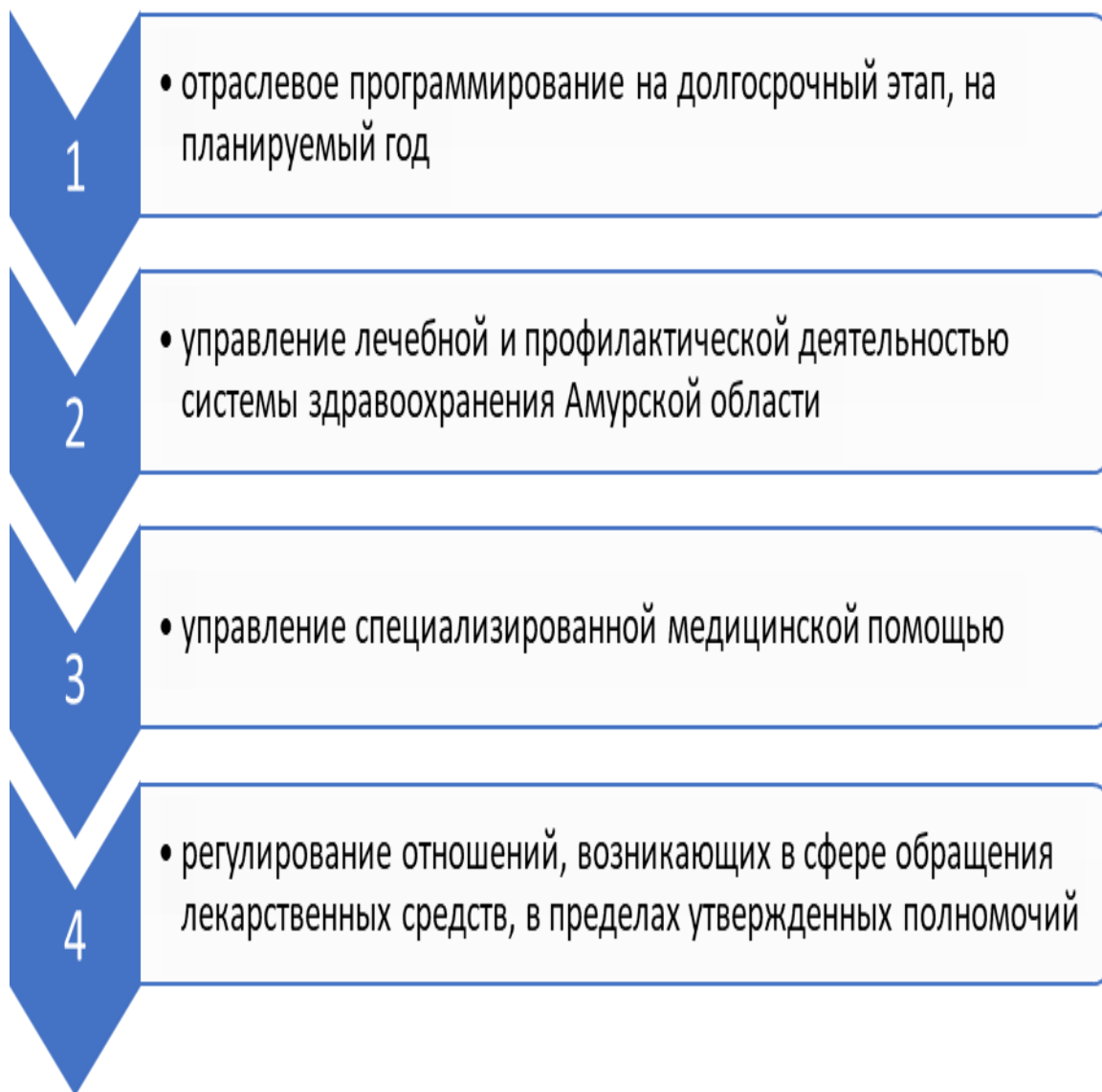


Рисунок - Управление системой здравоохранения

Более подробно задачи, функции, права и обязанности министерства здравоохранения Амурской области регламентированы постановлением от 3 августа 2007 года N 458 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Амурской области»(с изменениями на 11 января 2023 года)

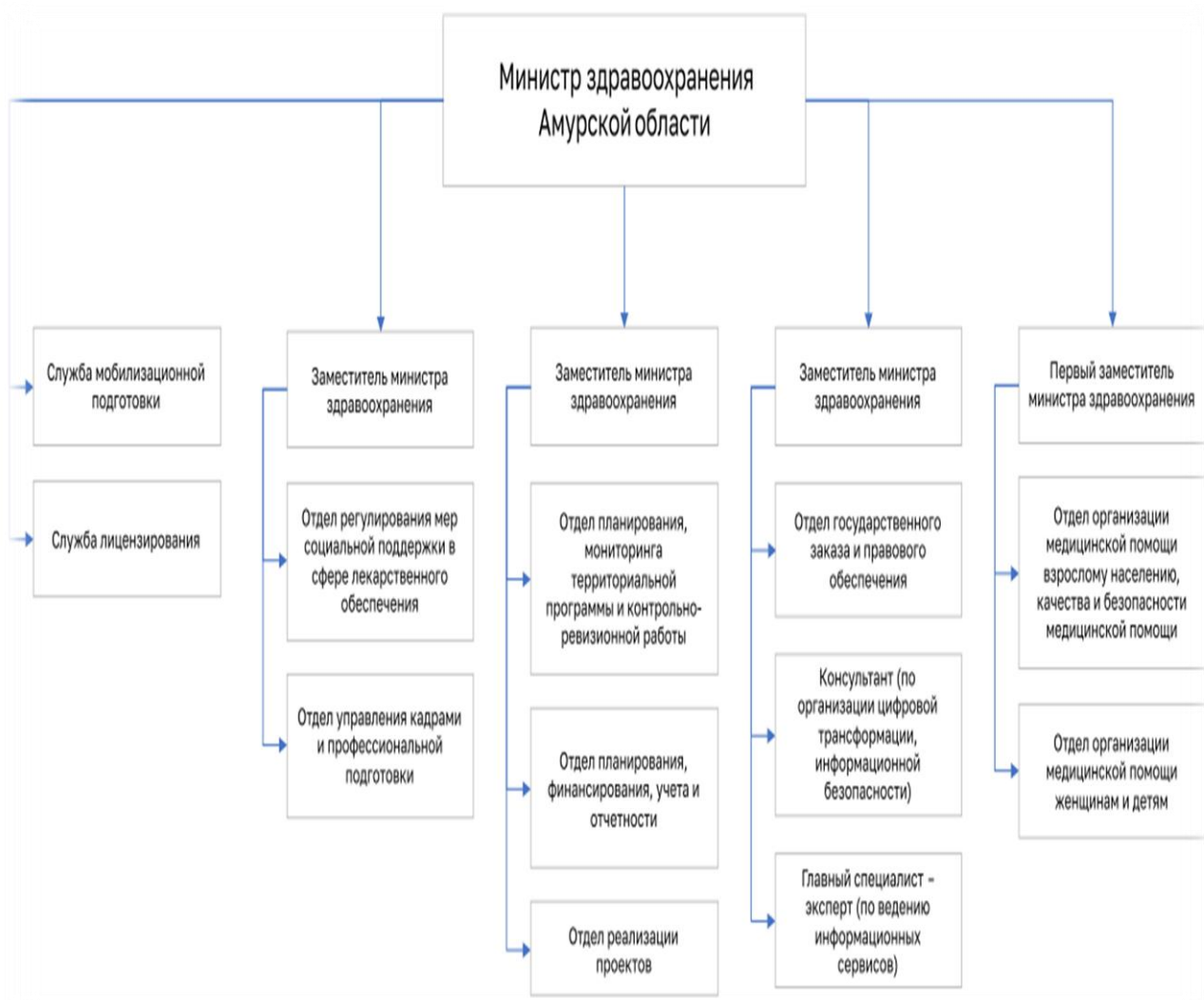


Рисунок 7 - Структура министерства здравоохранения Амурской области

Медицинская помощь оказывается во всех населенных пунктах Амурской области.

С 2012 года проведено укрупнение медицинских учреждений области, в результате количество медицинских учреждений области уменьшилось на 13 единиц и составило 51 учреждение, дополнительно на территории области действует 2 учреждения федерального подчинения.

Первичную медико-санитарную помощь оказывают 27 учреждений в которые входят 56 врачебных амбулаторий, 23 участковые больницы, 294 фельдшерско-акушерских пунктов, 64 домовых хозяйства.

Стационарную помощь оказывают 24 учреждения. Количество оказанных

медицинских услуг с применением высокотехнологичного оборудования выросло с 369 операций в 2010 году до 2,7 тыс. операций в 2020 году.

В сравнении с 2010 годом оснащение лабораторий необходимым оборудованием увеличилось на 37,0 %, количество аппаратов и оборудования для лучевой диагностики на 33,8 %.

За десять лет приобретено более 200 автомобилей, 33 мобильных медицинских комплексов (в 2010 году – использовалось 8 единиц передвижных медицинских комплексов). Дополнительная потребность в автомобилях для медицинских организаций составляет 30 автомобилей скорой медицинской помощи класса «В» и 50 единиц санитарного автомобильного транспорта.

Износ зданий и сооружений медицинских учреждений здравоохранения области остался на уровне 2010 года 38,5 %. При этом аварийные здания в учреждениях стационара отсутствуют, среди амбулаторно-поликлинических зданий аварийными признаны 481 единиц.

Доступ к сети Интернет имеют 100,0 % медицинских учреждений области, вместе с этим к интернету подключены 39,0 % фельдшерско-акушерских пунктов области. В электронный вид переведено 83,0 %, или 10 из 12 услуг сферы здравоохранения.

По состоянию на начало 2023 в сфере здравоохранения занято 11,96 тыс. человек, что составляет 3,3 % от количества занятых в экономике. Обеспеченность врачами в Амурской области составляет 53,9 на 10 тыс. населения, средним медицинским персоналом – 104,3 на 10 тыс. населения.

С 2012 года одним из механизмов решения кадрового дефицита является реализация программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер» по которым предусматриваются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам, прибывшим или переехавшим на работу в села, поселки или города с населением до 50 тысяч человек в размере 2 млн. рублей, фельдшер – 1 млн. рублей.

С начала работы программ данным механизмом воспользовалось более 500 специалистов, в том числе в 2022 году Приамурье пополнились 40 врача-

ми и 13 фельдшерами и медсестрами.

Повышение эффективности системы здравоохранения региона является одной из ключевых задач, которая стоит перед организаторами здравоохранения. Приоритетными являются медицинская и социальная эффективность, однако результирующая оценка связана и с экономической эффективностью. Критерии оценки эффективности делят на объективные и субъективные. К объективным критериям оценки относятся доступность и качество медицинской помощи, а также эффективность использования имеющихся ресурсов.

В Указе Президента России от 21.08.2012 № 1199 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» единственным показателем из 12, характеризующим региональное здравоохранение, является «смертность населения (без показателей смертности от внешних причин)»

Высшая школа организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) разработала рейтинг по оценке эффективности систем здравоохранения всех регионов Российской Федерации. Рейтинг регионов основан на базовых показателях системы здравоохранения. В качестве базовых показателей оценки рейтинга системы здравоохранения в выступили:

1) Показатели, заложенные в государственную программу «Развитие здравоохранения до 2025 года»:

- ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ);
- смертность населения трудоспособного возраста на 100 тыс. населения;
- смертность от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения;
- смертность от новообразований, в том числе от злокачественных;
- младенческая смертность на 1 тыс. родившихся живыми.

2) Обеспеченность медицинских организаций (МО) — показатели по здравоохранению в статистической системе Росстата:

- число больничных коек на 10 тыс. населения;

– мощность амбулаторно-поликлинических организаций на 10 тыс. населения;

– число врачей на 10 тыс. населения;

– численность среднего медперсонала на 10 тыс. населения.

3) Росстат: показатели по первичной заболеваемости

а) Первичная заболеваемость на 1000 человек населения — показатели по здравоохранению в статистической системе Росстата.

б) Показатели по первичной заболеваемости по основным классам болезней — показатели по здравоохранению в статистической системе Росстата:

– некоторые инфекционные и паразитарные болезни;

– новообразования;

– болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

– болезни нервной системы;

– болезни глаза и его придаточного аппарата;

– болезни уха и сосцевидного отростка;

– болезни системы кровообращения;

– болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

– болезни мочеполовой системы;

– врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения;

– травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин.

Анализ вариаций базовых показателей систем здравоохранения дает разделение регионов на шесть кластеров.



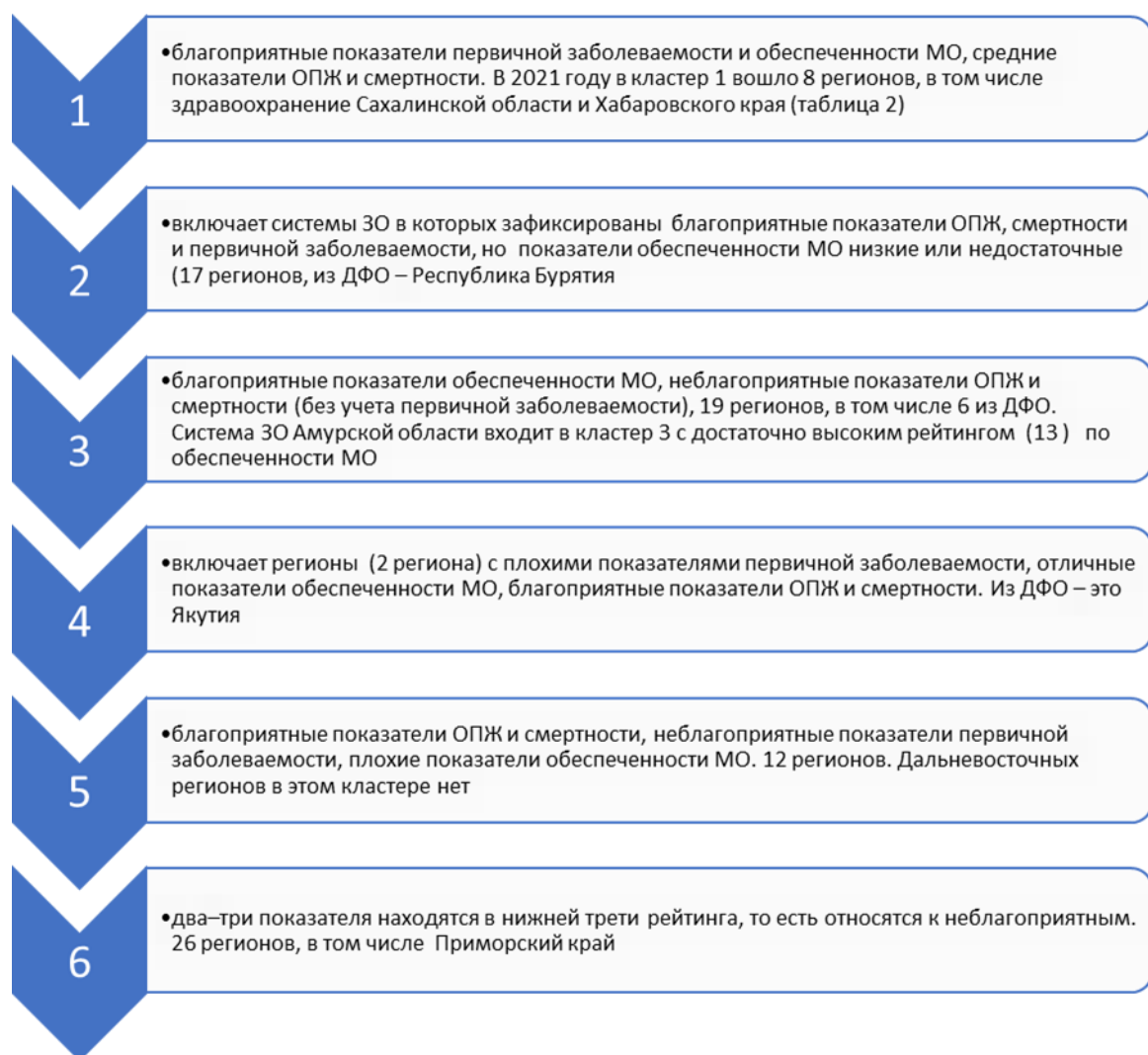


Рисунок – Система кластеров

Система здравоохранения Амурской области в итоговом рейтинге 2021 имеет показатель 61, очень неблагоприятную оценку по показателям государственной программы «Здравоохранение» (74) и показателя первичной заболеваемости (61).

Сравнительный анализ ранговых оценок показателей и итогового рейтинга систем здравоохранения в разрезе регионов представим в таблице 2.

Таблица 2 – Рейтинговая оценка систем ЗО регионов ДФО за 2021 од

Наименование региона	Номер кластера	Итоговый рейтинг показателя ЗО	Ранг по ГП «Здравоохранение»	Ранг обеспеченности МО	Ранг первичной заболеваемости
Сахалинская область	1	5	37	5	22

## Продолжение таблицы 2

Республику Бурятия	2	10	24	50	10
Магаданская область	3	13	69	2	31
Камчатский край	3	19	45	6	43
Республика Саха (Якутия)	4	19	7	11	76
Хабаровский край	1	21	51	24	1
Забайкальский край	3	30	68	15	29
Еврейская АО	3	32	80	19	15
Чукотская АО	3	58	63	1	82
Амурская область	3	61	74	13	61
Приморский край	6	70	73	45	48

В рейтинге систем ЗО регионов РФ — 2021 по базовым показателям эффективности систем здравоохранения Амурская область занимает 61 позицию. Падение рейтинга системы здравоохранения Амурской области за три года составила 24 пункта. В таблице 3 представлены рейтинги систем здравоохранения административно территориальных образований ДФО в сравнении за 2019 и 2021 гг.

Таблица 3 – Рейтинг систем здравоохранения административно территориальных образований ДФО (2019 и 2021 гг.)

Наименование	Рейтинг 2021	Рейтинг 2019	Рост или падение
Сахалинская область	5	18	13
Республику Бурятия	10	16	6
Магаданская область	13	3	-10
Камчатский край	19	27	8
Республика Саха (Якутия)	19	20	1
Хабаровский край	21	15	-6
Забайкальский край	30	27	-3
Еврейская АО	32	42	10
Чукотская АО	58	60	2
Амурская область	61	37	-24
Приморский край	70	55	-15

Одним из действенных инструментов для выявления и идентификации возможностей и угроз, а также идентификация сильных и слабых сторон системы здравоохранения является SWOT анализ. Используя этот метод, можно выделить преимущества и недостатки сферы здравоохранения области, которые

могут оказывать положительное или негативное влияние на рассматриваемую сферу.

Таблица 4 – SWOT-анализ системы здравоохранения Амурской области

Сильные стороны (S)	Слабые стороны (W)
<ul style="list-style-type: none"> <li>— существует обширная законодательная база, которая постоянно совершенствуется;</li> <li>— в институциональном аспекте – существует отдельное министерство – Минздрав Амурской области;</li> <li>— реорганизована и улучшается материально-техническая база (МТБ) здравоохранения;</li> <li>— ужесточился контроль за расходованием денежных средств в здравоохранении;</li> <li>— рост числа «бережливых поликлиник» в рамках пилотного проекта;</li> <li>— эффективные меры по профилактике абортотв;</li> <li>— массовые профилактические скрининги здоровья (осмотры и диспансеризация), что способствует улучшению выявлений заболеваний на ранних стадиях, снижению смертности;</li> <li>— сформирована комплексная система обеспечения качества, эффективности и безопасности лекарственных препаратов.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— сохраняется естественная убыль населения;</li> <li>— падение рождаемости последние 2 года;</li> <li>— неэффективность системы обязательного медицинского страхования (ОМС);</li> <li>— неэффективная оптимизация: сокращается, в первую очередь, первичная медицинская помощь, число больниц, диспансеров и т.д.;</li> <li>— коррупционная составляющая;</li> <li>— недостаточный уровень социальных гарантий и оплаты труда медработников и финансирования системы высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП);</li> <li>— низкий уровень квалификации медицинских работников, качества подготовки и переподготовки специалистов здравоохранения;</li> <li>— снижение расходов федерального бюджета на здравоохранение как в абсолютном, так и в процентном выражении;</li> <li>— неудовлетворительное качество и несвоевременность оказания бесплатных медуслуг.</li> </ul>
Угрозы (Т)	Возможности (О)
<ul style="list-style-type: none"> <li>— ухудшение общей эпидемиологической ситуации в мире, массовое распространение заболеваний, увеличение случаев травм и отравлений;</li> <li>— отток кадров из сферы здравоохранения;</li> <li>— отток медицинских кадров из региона;</li> <li>— неполное выполнение федеральных и региональных программ развития в сфере здравоохранения.</li> <li>— риск возникновения техногенных и экологических проблем, которые приведут к непомерной нагрузке на медицинские учреждения.</li> <li>— социальная незащищенность медицинских работников и недостаточное финансирование системы высокотехнологичной медицинской помощи;</li> <li>— снижение уровня квалификации медицинских работников, ухудшение качества подготовки и переподготовки специалистов здравоохранения, старение кадров;</li> <li>— зависимость от иностранных производителей лекарственных средств, расходных материалов, медицинского оборудования и т.д., при этом данная угроза обостряется в условиях санкций;</li> <li>— развитие инфекционных вспышек вокруг наших границ, что иногда приводит к заносу инфекции, возникновению эпидемий, увеличению числа заболеваний</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— повышение доли гос. расходов на здравоохранение в общей сумме расходов и в % к ВРП;</li> <li>— повышение з/п медработников;</li> <li>— повышение уровня подготовки медработников и качества оказываемых мед. услуг;</li> <li>— непосредственный государственный контроль и возвращение к прямому бюджетному финансированию;</li> <li>— развитие первичной медицинской помощи;</li> <li>— развитие «электронного здравоохранения»;</li> <li>— рост числа «бережливых» поликлиник;</li> <li>— привлечение инвестиций: высокий инвестиционный потенциал здравоохранения, определяется, прежде всего, степенью износа ОФ;</li> <li>— повышение интереса представителей бизнеса и органов госвласти субъектов РФ развитию медицинской инфраструктуры в рамках государственно-частного партнерства (ГЧП).</li> </ul>

Выявленные в результате проведенного SWOT-анализа системы здравоохранения Амурской области угрозы в том числе могут негативно влиять на экономическую безопасность сферы здравоохранения. Экономическая безопасность сферы здравоохранения обусловлена состоянием ресурсного, в том числе кадрового, финансового потенциалов системы, и уровнем развития производственной инфраструктуры здравоохранения, гарантирующей качество и доступность медицинской помощи в соответствии с текущими потребностями населения и обеспечивающими инновационное развитие системы и распространение передовых медицинских технологий в соответствии с будущими потребностями. Снижение качества и доступности медицинской помощи приводит к снижению качества человеческих ресурсов. А показатель ожидаемой продолжительности жизни, анализируемый выше, напрямую зависит от состояния здоровья населения, которое связано с уровнем развития системы здравоохранения, в том числе регионов.

7 мая 2018 года вступая в должность президент РФ подписал Указ «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 года». Указ направлен на осуществление прорывного научно-технологического и социально-экономического развития Российской Федерации, увеличения численности населения страны, повышение уровня жизни граждан, создание комфортных условий для их проживания, а также условий и возможностей для самореализации и раскрытия таланта каждого человека.

Полный список приоритетных национальных задач обозначен в первом пункте документа, два из которых имеют прямое отношение к системам здравоохранения страны и, как следствие, регионов. Это в регионах страны, в том числе в Амурской области, необходимо обеспечить устойчивый естественный рост численности населения и повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет (к 2030 году – до 80 лет).

Указом Президента РФ от 6 июня 2019 г. N 254 была утверждена стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года. Стратегия включает в себя не только оценку состояния нацбезопасности в сфере

охраны здоровья граждан, но и цели, основные задачи и приоритетные направления развития здравоохранения, а также основные этапы, ожидаемые результаты и механизмы реализации.

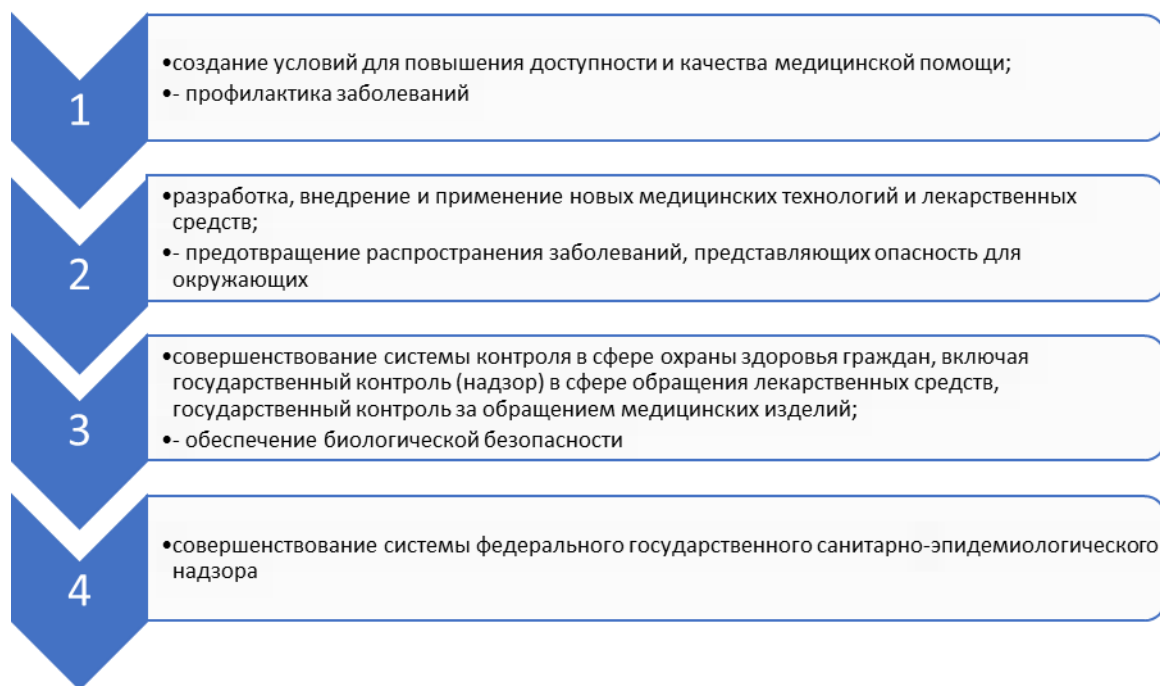


Рисунок 8 – Основными задачами развития здравоохранения в РФ

Ожидается, что реализация Стратегии позволит создать условия для:

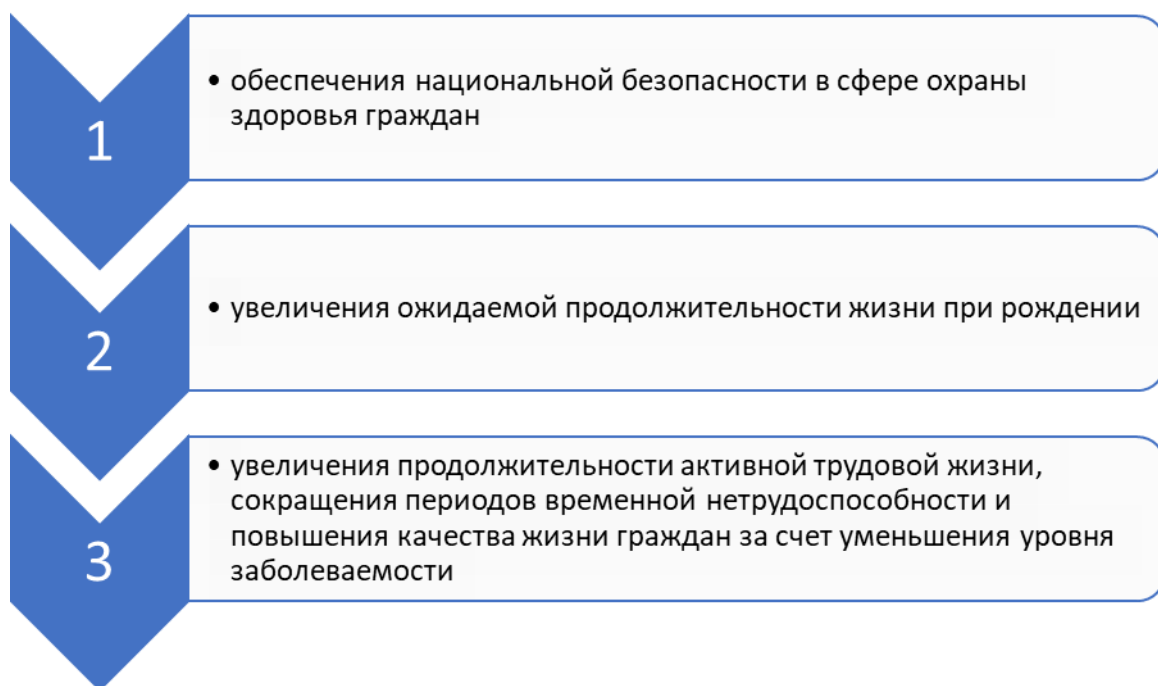


Рисунок 9 - реализация Стратегии

В таблице 5 представлены основные цели, целевые показатели национального проекта РФ «Здравоохранение» на 2021-2024 гг, и фактические значения целевых показателей сферы здравоохранения Амурской области за 2021 год.

Таблица 5 – Цели и целевые показатели национального проекта РФ «Здравоохранение»

Цель, целевой показатель, дополнительный показатель	Базовое значение	Значения по годам				
		2021		2022	2023	2024
		цель	факт	цель	цель	цель
Целевой показатель: снижение смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тыс. населения)	484,5	401	807,9	383	365	350
Целевой показатель: снижение смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. населения)	587,6	505	655,8	485	465	450
Целевой показатель: снижение смертности от новообразований, в том числе от злокачественных (до 185 случаев на 100 тыс. населения)	200,6	193,5	222,9	189,5	187	185
Целевой показатель: снижение младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей)	5,6	5,0	4,8	4,8	4,6	4,5
Цель: ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь						
Целевой показатель: укомплектованность врачебных должностей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (физическими лицами при коэффициенте совместительства 1,2),%	79,7	86	82,1	89	92	95
Целевой показатель: укомплектованность должностей среднего медицинского персонала в подразделениях оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (физическими лицами при коэффициенте совместительства 1,2),%	88,8	92	91,0	93	94	95
Целевой показатель: число специалистов, вовлеченных в систему непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий (тыс. чел.)	109	850	10,7	1170	1500	1880
Цель: обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год						
Целевой показатель: охват всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами, %	39,7	45,0	66,6	53,5	59,7	70,0

Анализируя данные представленные в таблице можно сделать вывод, что большинство значений целевых показателей программы «Здравоохранение» системой здравоохранения Амурской области по итогам 2021 года не выполнены. А по такому показателю как снижение смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тыс. населения) Амурская область вошла в топ-10 регионов с максимальной смертностью (рисунок 7).

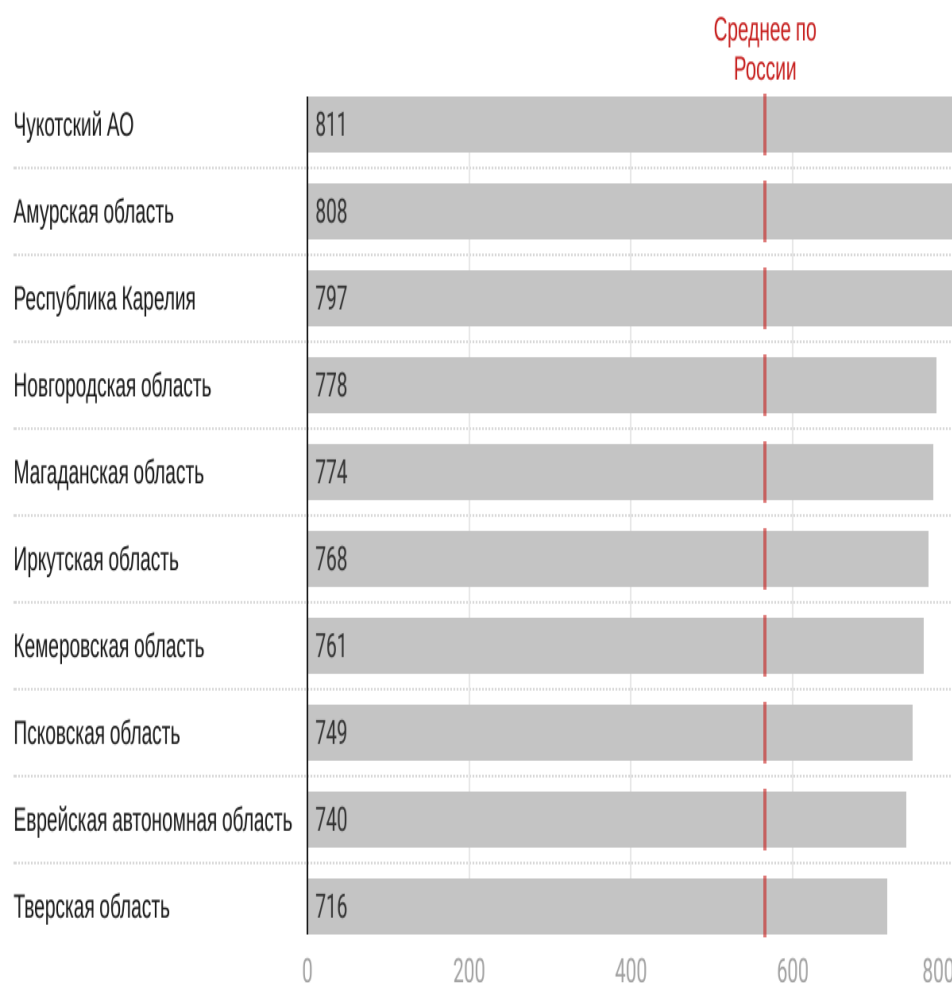


Рисунок 10 – Топ-10 регионов России с максимальной смертностью трудоспособного населения

Распоряжением Правительства РФ от 28 ноября 2020 г. N 3155-р утвержден плана мероприятий по реализации Стратегии развития здравоохранения в РФ на период до 2025 г. Документ содержит 20 пунктов, распределённых по шести направлениям:

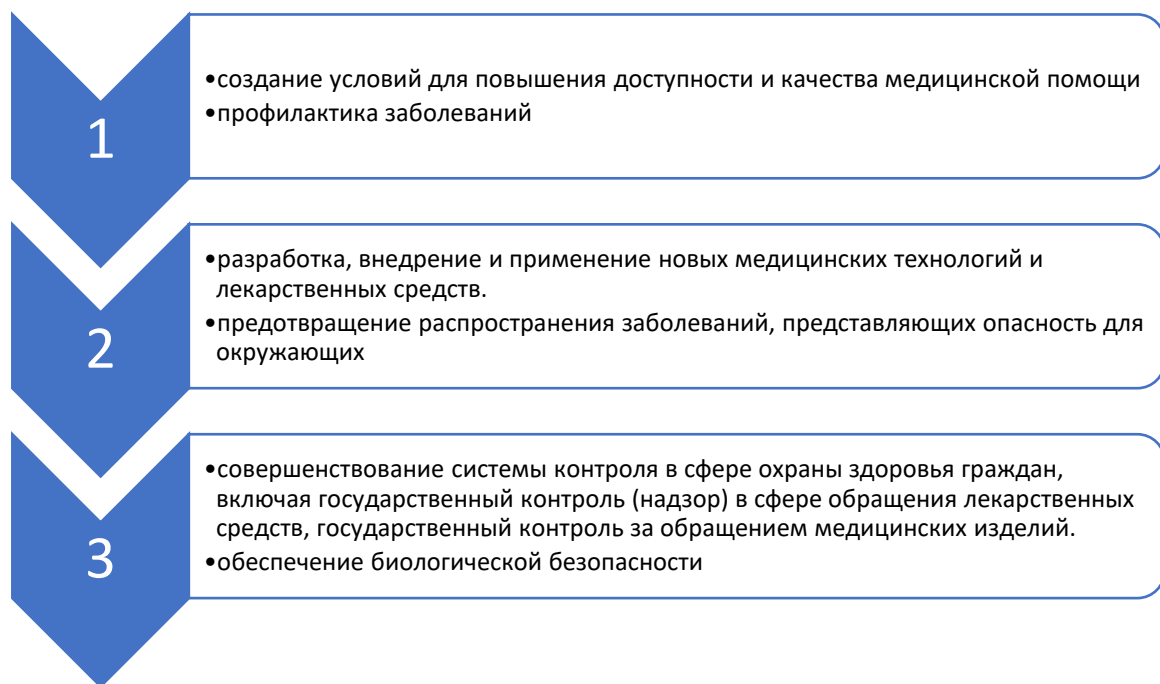


Рисунок 11 – Направления

Эти направления затрагивают самый широкий спектр задач – от внедрения новых технологий и повышения доступности, качества медицинской помощи до предотвращения опасных заболеваний и обеспечения биологической безопасности.

## **2.2 Анализ обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области**

Оценка обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения проводится на основе мониторинга показателей (индикаторов) экономической безопасности отрасли. При этом, как отмечалось выше, единой методики или единой системы показателей (индикаторов) экономической безопасности сферы здравоохранения в настоящее время не сформировано.

Так как основными задачами системы здравоохранения является – уменьшение медико-социальных последствий болезней, увеличение доступности и качества медицинской помощи, а так же повышение средней продолжительности жизни и снижение смертности для анализа обеспеченности экономической безопасности в сфере здравоохранения Амурской области будем использовать перечень таких показателей предложенных в статье профессора Бе-



ловой Л.А. «Роль системы здравоохранения в обеспечении экономической безопасности региона»

Показатели состояния системы здравоохранения, обеспечивающие экономическую безопасность, принято делить на четыре группы (рисунок 8).

В каждой группе определены показатели обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения.

Рассмотрим показатели обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения Амурской области более подробно.



Рисунок 12 - Группы показателей обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения

Значение показателей материально-технического обеспечения Амурской области представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Динамика показателей материально- технического обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения Амурской области за 2019-2022 гг.<sup>8</sup>

Наименование показателей	Значения показателей по годам				Темп роста, %		
	2019	2020	2021	2022	2020/ 2019	2021/ 2020	2022/ 2021
число больничных организаций	41	39	42	42	95,12	107,69	100
число коек в больничных организациях	7534	7426	7589	6763	98,57	102,19	89,11
число врачебных амбулаторных поликлинических организаций	167	164	187	170	98,20	114,02	90,91
мощность амбулаторных поликлинических организаций, посещений в смену	23417	23334	33004,8	28100	99,65	141,44	85,14
число фельдшерско- акушерских пунктов	316	320	317	294	101,27	99,06	92,74
число станций скорой помощи	22	23	22	22	104,55	95,65	100,00

В 2022 году медицинскую помощь населению оказывали 42 больничные организации на 7,6 тыс. коек, 22 станции скорой помощи.

В 2021 году обеспеченность населения больничными койками составила 7589 против 7426 коек в 2019 году. Увеличение обеспеченности населения больничными койками обусловлено развертыванием дополнительных больничных коек в связи с распространением новой коронавирусной инфекции. Поэтому в 2022 г. показатель резко падает до 6763 коек.

Обеспеченность амурчан амбулаторно-поликлиническими организациями традиционно снижается до 2021 г., а в 2021 г. резко растет на 41,44 %.

Показатели рассмотренные в таблице, относящиеся к материально- техническому обеспечению экономической безопасности в сфере здравоохранения Амурской области в 2022 году практически все упали, так снижение произошло:

<sup>8</sup> Здравоохранение и медицинское обслуживание в Амурской области: сборник / Амурстат. Благовещенск, 2022. С. 30.

- число коек в больничных организациях снизилось с 10,19 % в 2021 г. до 89,11 % в 2022 г.;

- число врачебных амбулаторных поликлинических организаций аналогично упало с 114,02 % до 90,91 %;

- мощность амбулаторных поликлинических организаций, посещений в смену снизилась почти в 2 раза;

- число фельдшерско-акушерских пунктов падает с 2020 г. и на 2022 г. составила 92,74 %.

Число больничных организаций и станций скорой помощи находятся в нормативном значении – 100 % и никакого отрицательного влияния не оказали на материально-технического обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения Амурской области.

Следующая группа показателей обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения -это показатели кадрового обеспечения. Качество первичной медицинской помощи во многом определяется обеспеченностью кадрами.

Динамика показателей кадрового обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения Амурской области за 2019-2022 гг. представлена в таблице 7.

В 2020 году в области медицинскую помощь оказывали 4,4 тыс. врачей (по сравнению с 2019 г. – уменьшение на 6 чел.) и 8,4 тыс. лиц среднего медицинского персонала (рост на 25 чел.). Так, в 2021 г. наблюдается рост численности врачей на 1,34 %, и рост среднего медицинского персонала на 0,04 %. В 2022 г. же оба показателя снижаются.

Таблица 7 – Динамика показателей кадрового обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения Амурской области за 2019-2022 гг

Наименование показателей	Значения показателей по годам				Темп роста,%		
	2019	2020	2021	2022	2020/ 2019	2021/ 2020	2022/ 2021
численность врачей	4335	4329	4387	4075	99,86	101,34	92,89
численность среднего медицинского персонала	8396	8421	8424	7886	100,30	100,04	93,61
отношение численности врачей к численности среднего медицинского персонала	0,52	0,51	0,52	0,52	99,57	101,30	100,00

Так видим, снижение показателей кадрового обеспечения за 2019-2022 гг. по 2 показателям: численность врачей упала в сравнении с 2021 г. до более чем на 7%., численность среднего медицинского персонала тоже имеет тенденции снижения. При этом отношение численности врачей к численности среднего медицинского персонала в 2022 г. осталось на уровне 2021 г.

Значительную роль в обеспечении экономической безопасности играют инвестиции. Инновации в здравоохранении могут увеличить эффективность внедренных новшеств в данный сектор экономики. Автор методики предлагает включить в эту группу четыре показателя. Инвестиционное обеспечение экономической безопасности в сфере здравоохранения Амурской области за 2019-2022 гг. представлен в таблице 8.

Анализ изменения этих показателей на анализируемый период показывает, что за анализируемый период объем платных медицинских услуг населению вырос в Амурской области на 618,3 млн. руб., однако значение индекса физического объема платных услуг населения отрасли здравоохранения снижается по сравнению с его значение в 2021 году более чем на 13%. Индекс физического объема платных услуг населению – относительный показатель, характеризующий изменение (динамику) объема платных услуг населению в текущем периоде по сравнению с базисным периодом в сопоставимых ценах. Этот индекс показывает, что объем платных услуг населению уменьшился на более чем 13

% в результате изменения только его физического объема при исключении влияния ценового фактора.

Таблица 8 – Динамика показателей инвестиционного обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения Амурской области за 2019-2022 гг.

Наименование показателей	Значения показателей по годам				Темп роста, %		
	2019	2020	2021	2022	2020/2019	2021/2020	2022/2021
инвестиции в основной капитал направленные на здравоохранение, млн. руб	1260,5	2248,3	2036	2036	178,37	90,56	100,00
объем платных медицинских услуг населению, млн. руб	2549,1	2464,4	2961,1	3167,4	96,68	120,16	106,97
индекс физического объема платных услуг населения отрасли здравоохранения	98,8	93,3	113,5	99,1	94,43	121,65	87,31
индекс физического объема инвестиций в основной капитал отрасли здравоохранения	257,5	178,4	90,6	90,6	69,27	50,77	100,00

Инвестиции в основной капитал направленные на здравоохранение Амурской области за анализируемый период выросли с 1,2 до 2 млрд. руб., при этом индекс физического объема инвестиций в основной капитал отрасли здравоохранения в регионе резко снижается. Этот индекс отражает изменение объема показателя, не связанное с изменением цен.

Далее рассмотрим финансово-экономических показатели обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения. Обеспечение экономической безопасности сферы здравоохранения осуществляется за счет государственных субсидий на финансовое обеспечение, средств обязательного медицинского и федерального социального страхования, а также за счет государственных программ на развитие объектов здравоохранения.

Автор методики, считает что анализ трех показателей, таких как доля здравоохранения в ВРП, государственные расходы на здравоохранение и раз-

мер среднемесячной заработной платы работников здравоохранения достаточен для оценки обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения регионов.

Динамика показателей финансово-экономического обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения Амурской области за 2019-2022 гг. представлены в таблице 9.

Таблица 9– Динамика показателей финансово-экономического обеспечения экономической безопасности в сфере здравоохранения Амурской области за 2019-2022 гг.

Наименование показателей	Значения показателей по годам				Темп роста, %		
	2019	2020	2021	2022	2020/2019	2021/2020	2022/2021
доля здравоохранения в ВРП	1,35	2,41	2,25	2,25	178,31	93,45	100,00
государственные расходы на здравоохранение, млн. руб	5348,5	10831	11960,4	8447	202,51	110,42	70,6
среднемесячная заработная плата работников здравоохранения, руб	44585	51711	53062	55758,3	115,98	102,61	105,08

Анализ расчетов, представленных в таблице показывает, что в основном все анализируемые показатели имеет положительную тенденцию. Так заметно увеличился вклад сферы здравоохранения Амурской области в ВРП с 1,5 % в 2019 г. до 2,25 % в 2022 г. Выросла за анализируемый период среднемесячная заработная работников здравоохранения Амурской области за анализируемый период в абсолютном выражении на более чем 11 тыс. рублей, что составило 25% к уровню заработной платы 2019 года. Увеличились государственные расходы на здравоохранения Амурской области с 5,3 млрд.руб. в 2019 г. до 11,9 млрд. руб в 2021, что составило рост в 2,2 раз, однако уже в 2022 государство сокращает финансирование сферы здравоохранения, что сказалось и на региональных бюджетах, расходы бюджета на здравоохранение Амурской области были сокращены на 29,4 %.

Рассмотрим более детально государственные расходы на здравоохранение Амурской области (таблица 10).

Таблица 10 – Анализ динамики расходов на здравоохранение Амурской области за 2020-2022 гг.

Показатель, млн. руб.	Значение показателя			Абсолютное изменение		Темп роста, %	
	2020	2021	2022	2021 от 2020	2022 от 2021	2021 от 2020	2022 от 2021
1	2	3	4	5	6	7	8
Стационарная медицинская помощь	3399	3859	2967	460	-892	113,53	76,89
Амбулаторная помощь	2340	3271	2985	931	-286	139,79	91,26
Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов	18	23	40	5	17	127,78	173,91
Скорая медицинская помощь	385	494	536	109	42	128,31	108,50
Санаторно-оздоровительная помощь	123	160	175	37	15	130,08	109,38
Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов	132	173	154	41	-19	131,06	89,02
Другие вопросы в области здравоохранения	4440	3987	1590	-453	-2397	89,80	39,88
Всего расходов	10837	11967	8447	1130	-3520	110,43	70,59

Расходы областного бюджета на здравоохранение не имеет постоянной тенденции. В 2021 году они выросли на 1130 млн. руб., но на 2022 год сократились на 3520 млн. руб. В 2021 году рост наблюдается практически по всем видам расходов, кроме расходов на другие вопросы в области здравоохранения – они сократились на 453 млн. руб. Наибольший рост расходов приходится на амбулаторную помощь – 931 млн. руб. Рост данной статьи расходов обусловлен большим направлением средств на закупку тест-полосок, оказание амбулаторной скорой помощи при заболевании COVID-19 и другое. В 2022 году снижение расходов обусловлено снижением по статье стационарная медицинская помощь на 892 млн. руб., амбулаторная помощь на 286 млн. руб., заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонен-

тов на 19 млн. руб. и другие вопросы в области здравоохранения на 2397 млн. руб. Далее отразим исполнение расходов на здравоохранение (таблица 11).

Таблица 11 – Анализ исполнения расходов на здравоохранение за 2020-2022 гг.

Год	План, млн. руб	Факт, млн.руб	% исполнения
2020	11581	10837	93,58
2021	12443	11967	96,17
2022	8720	8447	96,87

Как мы видим, на протяжении всего периода расходы не выполнены в полном объеме. Самый низкий процент исполнения обязательств по расходам наблюдается в 2020 году - 93,58 %. В целом, неисполнение связано с тем, что финансовые затраты на бесплатную помощь населению были уменьшены в объемах по сравнению с базовой программой ОМС, принятой на федеральном уровне.

Проведем анализ государственных расходов бюджета Амурской области на здравоохранение в разрезе программ отрасли.

Национальный проект «Здравоохранение»-один из национальных проектов в России на период с 2019 по 2024 годы. В феврале 2020 года руководителем проекта назначен глава Минздрава Михаил Мурашко. Куратор проекта – заместитель председателя правительства Татьяна Голикова. Основные цели, целевые показатели национального проекта РФ «Здравоохранение» на 2021-2024 гг, и фактические значения целевых показателей сферы здравоохранения Амурской области за 2021 год представлены в пункте 2.1. данной работы таблице 2.

Региональные составляющие Амурской области национального проекта «Здравоохранение» представлены в приложении А: региональный проект "Первичная медико-санитарная помощь"; региональный проект "Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями"; региональный проект "Борьба с онкологическими заболеваниями"; региональный проект "Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям"; региональный проект "Обеспечение медицинских организаций



системы здравоохранения квалифицированными кадрами"; региональный проект "Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ) "; региональный проект "Развитие экспорта медицинских услуг"; региональный проект "Модернизация первичного звена здравоохранения"

Анализ динамики исполнения подпрограмм государственной программы «Развитие здравоохранения Амурской области» представлен в таблице

Таблица 12 – Динамика исполнения подпрограмм государственной программы «Развитие здравоохранения Амурской области»

Наименование	Процент выполнения			Изменение	
	2020	2021	2022	2021/ 2020	2022/ 2021
1	2	3	4	5	6
Подпрограмма «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»	86,3	89,9	95,2	3,6	5,3
Подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»	95,9	97,6	97,2	1,7	-0,4
Подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка»	91,4	100	100	8,6	0
Подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»	100	99,5	100	-0,5	0,5
Подпрограмма «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»	83,3	93,2	97,8	9,9	4,6
Подпрограмма «Обеспечение реализации основных направлений государственной политики в сфере реализации государственной программы»	99,5	99,9	99,8	0,4	-0,1
Подпрограмма «Развитие информатизации в здравоохранении»	97,7	96,9	96,5	-0,8	-0,4
Подпрограмма «Противодействие злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту»	83,9	100		16,1	

Во исполнение федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и распоряжение Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 № 2599-р в Амурской области была утверждена государственная программа «Развитие здравоохранения Амурской области». В рамках данной государственной программы были разработаны подпрограммы, перечень которых представлен в таблице 13. В приложении А представлен анализ исполнения государственной программы «Развитие здравоохранения Амурской области» в разрезе подпрограмм и основных мероприятий за 2020-2022 гг.

Мы видим, что снижения исполнения наблюдается только по 3 подпрограммам.

По подпрограмме «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации» сложившийся уровень исполнения расходов областного бюджета обусловлен наличием экономии, сложившейся по результатам проведения конкурсных процедур, нарушением подрядчиками сроков выполнения работ, а также уменьшением количества донаций крови, осуществляемых за плату.

По подпрограмме «Обеспечение реализации основных направлений государственной политики в сфере реализации государственной программы» сложившийся уровень исполнения расходов областного бюджета обусловлен наличием экономии, сложившейся по результатам проведения конкурсных процедур.

А также по подпрограмме «Развитие информатизации в здравоохранении», по данной программе снижений происходит в 2021 году на 0,8 % и на 0,4 % в 2022 г.

Перейдем к анализу расходов на здравоохранение (таблица 6).

На национальный проект «Здравоохранение» было выделено 1.6 миллиарда рублей, из них 420 миллионов – средства из федерального бюджета.

В рамках нацпроекта «Здравоохранение» реализовывалось семь региональных проектов. Особое внимание уделялось развитию информационных систем здравоохранения.

В рамках национального проекта переоснащены первичные сосудистые отделения в Зее, Свободном, Тынде. Больные сердечно-сосудистыми заболеваниями были на 100% обеспечены льготными лекарствами.

На проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» в 2021 году было выделено более одного млрд. рублей. Проведено дооснащение областного онкодиспансера. Организовано восемь центров амбулаторной онкологической помощи.

Также завершено оснащение оборудованием семи детских поликлиник.

Также в настоящее время действует программа по здравоохранению «Развитие здравоохранения Амурской области» на региональном уровне.

Проанализируем исполнение данной программы за 2020-2022 года.

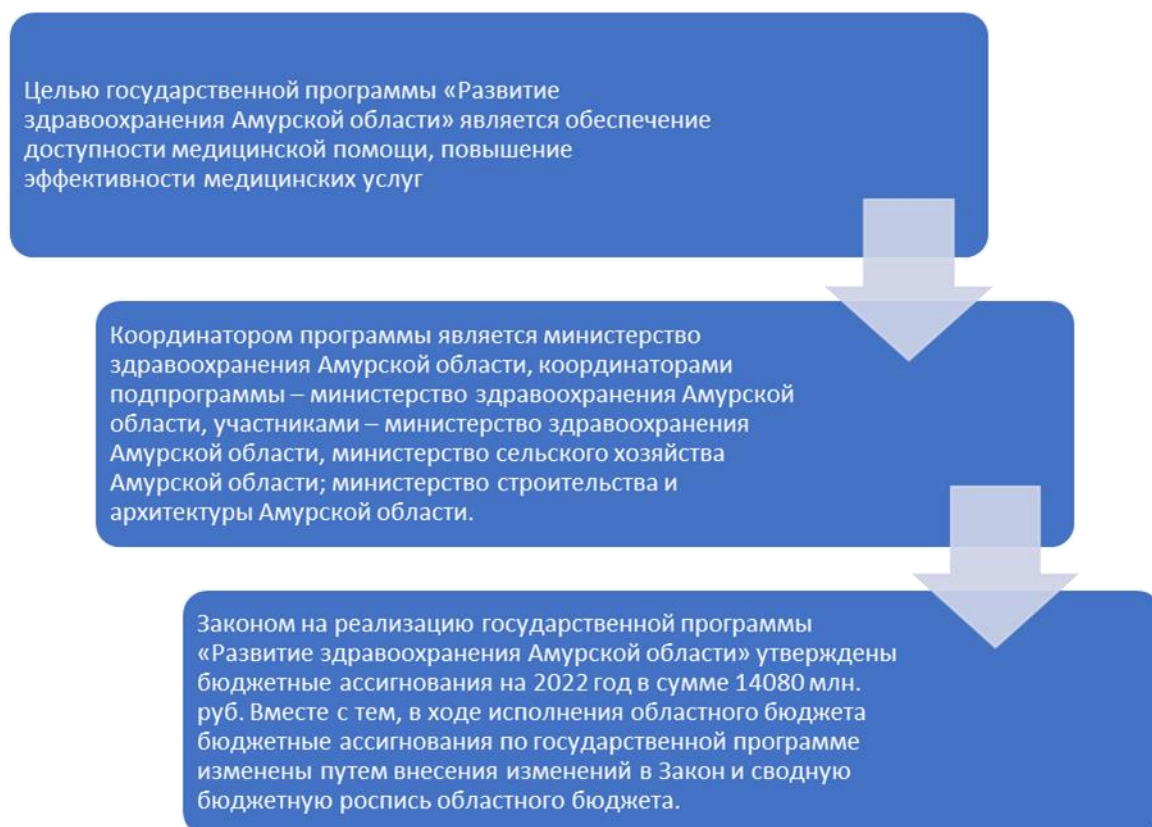


Рисунок 13 - Исполнение программы

Наряду с общими подходами по формированию проекта областного бюджета, на увеличение расходов по государственной программе повлияло увеличение расходов на приобретение лекарственных препаратов для отдельных категорий граждан, а также социальных выплат отдельным категориям граждан.

Исходные данные представлены в приложении А.

Анализ исполнения государственной программы «Развитие здравоохранения Амурской области» в разрезе подпрограмм за 2020-2022 гг. в таблице 13.

Таблица 13 – Анализ исполнения государственной программы «Развитие здравоохранения Амурской области» в разрезе подпрограмм за 2020-2022 гг.

Наименование	2020 год			2021 год			2022 год		
	План, млн. Р	Факт, млн. Р	%	План, млн. Р	Факт, млн. Р	%	План, млн. Р	Факт, млн. Р	%
Государственная программа «Развитие здравоохранения Амурской области»	15921,9	15232,9	95,7	17630,4	17112,1	97,1	14080,3	13807,1	98,1
Подпрограмма «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»	2 453,2	2 116,3	86,3	3 155,5	2 835,3	89,9	2 617,2	2 491,6	95,2
Подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»	6 841,0	6 557,7	95,9	7 545,5	7 365,5	97,6	4 279,0	4 159,0	97,2
Подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка»	225,5	206,2	91,4	153,2	153,2	100	142,8	142,8	100
Подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»	71,0	71,0	100	217,0	216,0	99,5	175,0	175,0	100
Подпрограмма «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»	63,4	52,8	83,3	69,1	64,4	93,2	68,9	67,4	97,8
Подпрограмма «Обеспечение реализации основных направлений государственной политики в сфере реализации государственной программы»	5 718,0	5 690,0	99,5	6 198,6	6 190,4	99,9	6 455,4	6 440,7	99,8
Подпрограмма «Развитие информатизации в здравоохранении»	397,7	388,5	97,7	121,6	117,8	96,9	103,4	99,8	96,5
Подпрограмма «Противодействие злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту»	1,3	1,1	83,9	0,9	0,9	100			

Анализ исполнения государственной программы «Развитие здравоохранения Амурской области» в разрезе подпрограмм за 2020-2022 гг показал не до выполнение плана на 100 % за весь период, что говорит о неэффективном контроле сферы здравоохранения на уровне Правительства Амурской области.

Так, самый низкий уровень исполнения расходов областного бюджета по подпрограмме «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни.

Развитие первичной медико-санитарной помощи» обусловлен наличием экономии, сложившейся по результатам проведения конкурсных процедур, а также нарушением подрядчиками сроков выполнения работ.

### **2.3 Оценка уровня обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области**

Проведем оценку уровня обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области за три года по методике предложенной в диссертационном исследовании Щвец Ю.Ю. «Развитие методологии и инструментария мониторинга социально-экономической безопасности системы здравоохранения» адаптированной под группы и перечень показателей, предложенных профессором Беловой Л.А.

При использовании метода расстояний по всем показателям определяется наилучшее (или оптимальное) значение, которое принимается за эталон. Впоследствии все показатели были стандартизированы посредством сопоставления с эталонным значением.

Рейтинговая оценка показателей определяется по формуле 1:

$$P_j = \sqrt{(1 - x_{1j})^2 + (1 - x_{2j})^2 + \dots + (1 - x_{nj})^2}, \quad (1)$$

где  $x_{1j}$ ,  $x_{2j}$ , ...,  $x_{nj}$  – стандартизированные показатели.

Близость показателя к нулевому значению дает возможность делать вывод о незначительном отставании от эталона.

Таким образом, объект обеспечивает большую экономическую безопасность.

Необходимо отметить, что настоящий метод является наиболее предпочтительным. Тем не менее алгоритм следует применять с осторожностью при наличии отрицательных значений показателей, поскольку это может привести к искажениям результата

Результаты расчета уровня обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области таблице

Таблица 14 - Оценка уровня обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области

Наименование показателя	Значение относительно лучшего				Комплексный показатель ЭБ			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Число больничных организаций	0,98	0,93	1	1	0,00057	0,00510	0	0
Число коек в больничных организациях	0,99	0,98	1	0,89	0,00005	0,00046	0	0,01185
Число врачебных амбулаторных поликлинических организаций	0,89	0,88	1	0,91	0,01144	0,01513	0	0,00826
Мощность амбулаторных поликлинических организаций, посещений в смену	0,71	0,71	1	0,85	0,08439	0,08585	0	0,02208
Число фельдшерско-акушерских пунктов	0,99	1	0,99	0,92	0,00016	0	0,00009	0,00660
Число станций скорой помощи	0,96	1	0,96	0,96	0,00189	0	0,00189	0,00189
Численность врачей	0,99	0,99	1	0,93	0,00014	0,00017	0	0,00506
Численность среднего медицинского персонала	1	1	1	0,94	0,00001	0	0	0,00408
Отношение численности врачей к численности среднего медицинского персонала	1,00	1	0,99	0,99	0,00002	0	0,00017	0,00013
Доля здравоохранения в ВРП	0,56	1,0	0,93	0,93	0,19288	0	0,00430	0,00444
Государственные расходы на здравоохранение, млн.руб	0,45	0,91	1	0,71	0,30561	0,00891	0	0,0863
Среднемесячная заработная плата работников здравоохранения, руб	0,80	0,93	0,95	1	0,04016	0,00527	0,00234	0
Инвестиции в основной капитал направленные на здравоохранение, млн.руб	0,56	1	0,91	0,91	0,19303	0	0,00892	0,00892
Объем платных медицинских услуг населению, млн.руб	0,80	0,78	0,93	1	0,03811	0,04926	0,00424	0
Индекс физического объема платных услуг населения отрасли здравоохранения	0,87	0,82	1	0,87	0,01677	0,03167	0	0,01610
Индекс физического объема инвестиций в основной капитал отрасли здравоохранения	1,00	0,69	0,35	0,35	0	0,09446	0,42033	0,42012
Сумма квадратов отклонения					0,885	0,296	0,442	0,596
Комплексный показатель ЭБ					0,940	0,720	0,66	0,77200

Так, на данную динамику оказало снижение численности врачей, посещения больных врачами значительно уменьшилось, при этом происходит снижение открытых поликлиник, все это создает угрозу экономической безопасности в сфере здравоохранения.

## 3 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОВЫШЕНИЮ УРОВНЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### **3.1 Предложения по улучшению обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области**

Система здравоохранения состоит из всех организаций, учреждений, ресурсов и людей, основной целью которых является улучшение здоровья.

В 2000 году система здравоохранения России заняла первое место в мире по версии Всемирной организации здравоохранения. И все же, более чем 20 лет спустя, знаменитая российская система борется с одним кризисом за другим, каждый из которых кажется более серьезным, чем предыдущий. Проблемы, с которыми сталкивается российская система здравоохранения, возникают в то время, когда спрос на медицинские услуги растет. Русское население становится все старше. Исследования показывают, что в 2050 году люди в возрасте 75 лет и старше будут составлять 16% населения, и что 20% из них будут иметь три хронических заболевания или лечение. Повсюду предупреждающие признаки того, что система здравоохранения изо всех сил пытается приспособиться к растущему спросу на услуги.

За последние 15 лет отделения неотложной помощи слишком часто были переполнены пациентами: более 20 миллионов посещений в год (по сравнению с 7 миллионами посещений в 1990 году). Пандемия COVID-19 ухудшила и без того хрупкую ситуацию, привлекая больше внимания к существующим проблемам в службах экстренной помощи России. На самом деле 50% медицинских работников сообщили, что стали жертвами выгорания, а 63% признались, что испытывали по крайней мере один симптом, связанный с профессиональным истощением. Нагрузка на экстренные службы привела к массовому исходу медицинских работников, уволившихся со своих должностей, что привело к нехватке квалифицированных специалистов. Несколько отделений экстренной помощи закрыты по всей стране. В разгар кризиса летом



2022 года почти 120 травмунктов (20% вместимости страны) были вынуждены частично или полностью закрыться из-за нехватки персонала.

Продолжающийся кризис в службах неотложной помощи — лишь один из симптомов более масштабного кризиса, затрагивающего всю российскую систему здравоохранения, включая амбулаторное лечение.

Поскольку система здравоохранения продолжает сталкиваться с кризисом за кризисом, пациенты выражают обеспокоенность по поводу качества получаемой ими помощи. Согласно недавнему опросу, 74% населения считают, что качество системы здравоохранения за последние годы ухудшилось. И 90% поставщиков медицинских услуг разделяют эту точку зрения. В январе 2023 года президент объявил о нескольких возможных решениях, позволяющих вывести систему здравоохранения из « бесконечного кризиса », в который она попала. После консультаций с заинтересованными сторонами системы здравоохранения в 2020 году после первой волны COVID-19, которые привели к повышению оплаты труда медицинских работников. Кроме того, президент подчеркнул необходимость сокращения административных задач, которые отнимают у медицинских работников время, которое они могут проводить с пациентами как в больницах, так и в амбулаторных условиях. Доступ к медицинской помощи, чрезмерная зависимость от больниц и недостаточное внимание к профилактической помощи — проблемы, которые должно преодолеть правительство, колоссальны и требуют серьезных изменений в организации и оказании медицинской помощи в стране.

Так, видим, что в настоящее время в здравоохранении Амурской области складывается следующая ситуация. Потребитель платит государству за пользование услугами здравоохранения, а государство не в состоянии эффективно использовать полученные средства, например, повысить уровень технической оснащённости, так происходит снижение числа станций скорой помощи, а также числа фельдшерско-акушерских пунктов. Важной проблемой является наличие двухканального финансирования. Это связано с наличием особенности в си-

стеме российского здравоохранения. Особенность состоит в приспособлении сложившейся модели к негосударственной схеме страхования.

Так рассмотрим исполнение расходов областного бюджета по государственной программе за 3 года, для изучения инвестиций направленных на здравоохранение в Амурской области.

Исполнение расходов областного бюджета по государственной программе в 2019-2022 гг. в разрезе министерств Амурской области в таблице 15.

Таблица 15 - Исполнение расходов областного бюджета по государственной программе в 2019-2022 гг. в разрезе министерств Амурской области

Наименование министерства	2019			2020			2021			2022		
	План	факт	%	План	факт	%	План	факт	%	План	факт	%
здравоохранения Амурской области	9920	9852,4	99,3	15756,4	15144,1	96,1	17387,4	17006,5	97,8	13651,8	13396,8	98,1
строительства и архитектуры Амурской области	45,5	19,1	41,9	165,5	88,7	53,6	243	149,1	61,3	428,5	410,2	95,7
образования и науки Амурской области	0,69	0,69	100,0									

млн.руб.

Действующая государственная программа «Развитие здравоохранения Амурской области не выполнена за весь период на 100 %, что свидетельствует о сокращении финансирования государственной программы.

В этой связи многие медицинские учреждения области сталкиваются с проблемой устаревания оборудования, актуализируется проблема бесплатного и льготного лекарственного обеспечения населения. Поэтому на данный момент остается актуальным увеличить финансирование программы за счет привлечения финансирования крупных организаций города, взамен рекламы в бюджетных учреждениях здравоохранения.

Так одной из проблем является отношение численности врачей к численности среднего медицинского персонала.

Поэтому проведем оценку подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения».

Целью подпрограммы являются обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами.

Исполнение расходов областного бюджета по подпрограмме в 2021-2022 гг. в таблице 16 содержится.

Таблица 16 - Исполнение расходов областного бюджета по подпрограмме в 2021-2022 гг.

млн.руб.

Наименование основного мероприятия	2021			2022		
	план	факт	%	план	факт	%
Социальная поддержка отдельных категорий медицинских работников	117	116	99,1	157	157	100,0
Региональный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»	100	100	100,0	18	18	100,0

Так, видим, что в 2021 году исполнение по социальной поддержке не выполнялось,

Изменяющиеся потребности населения в медицинской помощи, в том числе старение населения и рост распространенности хронических заболеваний, существенно нарушили существующую организационную структуру системы здравоохранения, которая традиционно была сосредоточена на больницах и неотложной помощи.

Способ подготовки специалистов в сфере здравоохранения также может объяснить стационарно-ориентированный подход системы здравоохранения. Подготовка медицинских работников в значительной степени сосредоточена на больницах и не совсем подходит для нужд и задач амбулаторного лечения. Стажировки проходят преимущественно в учреждениях здравоохранения. Кро-

ме того, медицинские работники не обучены основным навыкам управления и сотрудничества. Согласно отчету , опубликованному в 2020 году, специалисты-практики, выполняющие управленческие функции, сообщили, что им не была предоставлена необходимая подготовка в области управления. Развитие управленческих способностей медицинских работников имеет важное значение для укрепления сотрудничества между всеми заинтересованными сторонами.

В результате намеченных мероприятий 2022 г. достигнуты следующие результаты:



Рисунок 14 – Намеченные мероприятия в 2022 г.

Но при этом не выполнено финансирование в 2021 г. по социальной поддержке отдельных категорий медицинских работников, что может влиять на снижение врачей. Но так как численность врачей упала в 2022 г. с 101,3 % до 92,89 %, это говорит, что принимаемые меры не эффективны. И необходимо пересмотреть их.

Так как во 2 главе выявили, что по подпрограмме «Развитие информатизации в здравоохранении» каждый год происходит снижение исполнения расходов. Поэтому более подробно рассмотрим по каким мероприятиям

Таблица 18 – Оценка исполнения мероприятий по подпрограмме «Развитие информатизации в здравоохранении»

Наименование	2020 год			2021 год			2022 год		
	План, млн. Р	Факт, млн. Р	%	План, млн. Р	Факт, млн. Р	%	План, млн. Р	Факт, млн. Р	%
Подпрограмма «Развитие информатизации в здравоохранении»	397,7	388,5	97,7	121,6	117,8	96,9	103,4	99,8	96,5
Основное мероприятие «Информатизация здравоохранения, включая телемедицинские технологии»	26,6	26,6	100	30,9	30,9	100	37,3	37,3	100
Основное мероприятие «Региональный проект «Информационная инфраструктура»							6,9	6,9	100
Основное мероприятие «Региональный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)»	371,1	361,9	97,5	90,7	87,0	95,8	59,2	55,6	93,9

Задача, с которой сталкивается Россия при реформировании своей системы здравоохранения, заключается в эффективном развертывании путей оказания медицинской помощи, объединяющих стационарное лечение, амбулаторное лечение и долгосрочный уход на дому. Эти новые пути оказания медицинской помощи требуют большей координации между поставщиками медицинских услуг. Но поскольку они часто расположены далеко друг от друга, эффективное сотрудничество и общение могут быть более сложными. Для облегчения такой координации необходимо принять ряд мер. Цифровые инструменты позволяют упростить обмен информацией между поставщиками медицинских услуг.

Весьма странно, что за все время существования самых разных медицинских информационных систем (МИС) единого толкования и общего признания, что такое «медицинская информационная система» или каковы ее главные цели и задачи автоматизации учреждений здравоохранения, фактически нет. Попытки систематизации и упорядочивания терминологии и классификации стали появляться последние несколько лет. До этого под термином МИС могли понимать все, что угодно, начиная от небольшого приложения для занесения талонов амбулаторного пациента и карт выбывшего из стационара с последующим расчетом нескольких отчетов и выгрузкой реестра по ОМС – и до настоящего крупным систем, насчитывающих сотни функций с возможностью полноценной автоматизации учреждений здравоохранения. В целом в учреждениях системы здравоохранения не создается единого информационного пространства, исходя из этого, электронный обмен сведениями и данными между организациями затруднен. Также нельзя оставить без внимания то, что в настоящее время окончательно еще не сформирован единый подход к организации разработки, внедрения и использования информационно-коммуникационных технологий в медицинских организациях и учреждениях.

На основании этого, можно отметить следующие проблемы здравоохранения в сфере информатизации:

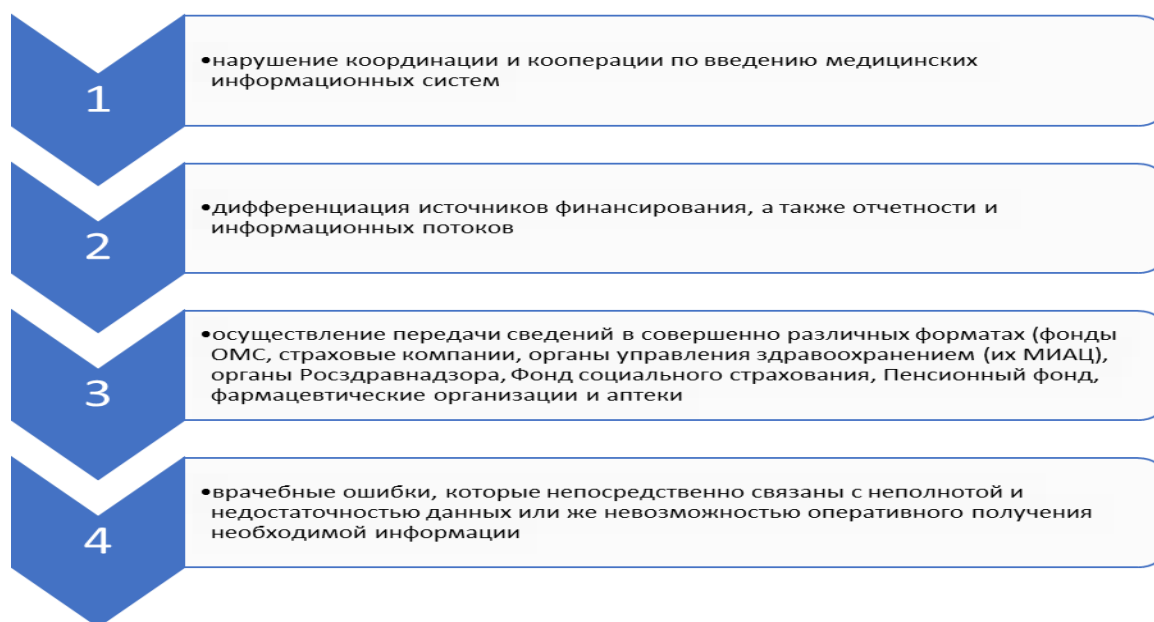


Рисунок 15 - Проблемы здравоохранения

По результатам анализа Всемирной организации здравоохранения было выявлено, что около 20% врачебных ошибок были связаны именно с этим, также были получены сведения, что около 50% рабочего времени у медицинского работника уходит на поиск необходимой информации и ведение документации, что становится результатом уменьшения времени, посвященного больным, и увеличению продолжительности ожидания приема для другого пациента;

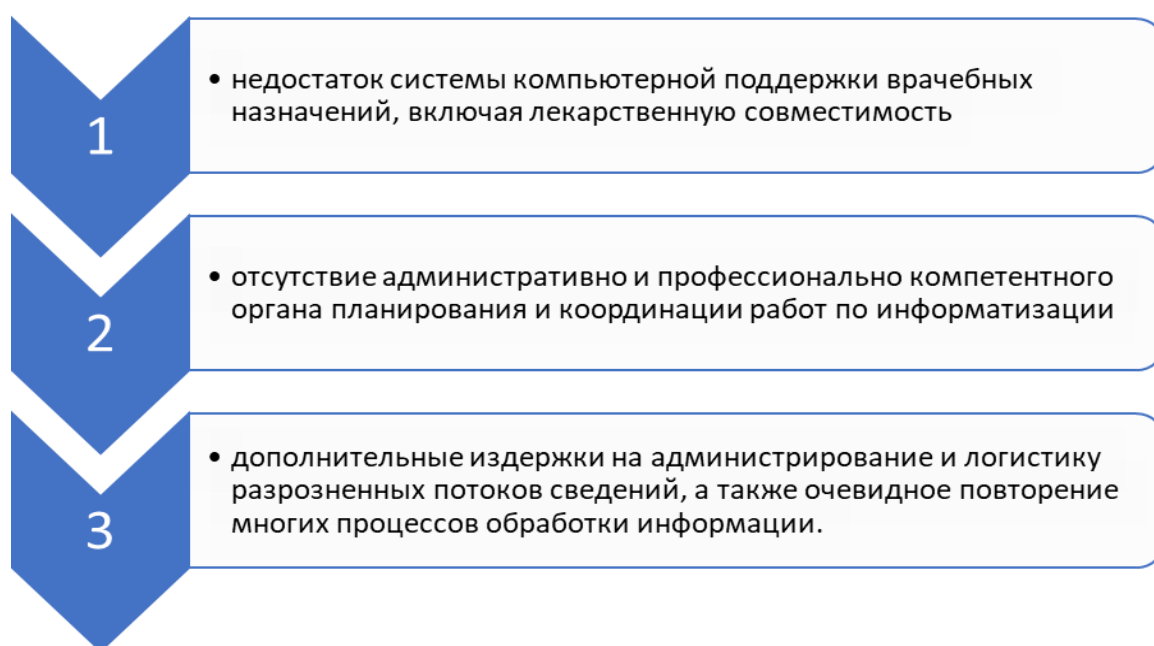


Рисунок 16 – Проблемы

Были выявлены основные проблемы функционирования системы здравоохранения Амурской области, такие как: проблемы финансирования и недостаток ресурсов, проблемы кадрового обеспечения и проблемы, связанные с автоматизацией всего процесса предоставления медицинских услуг, в том числе обеспечения необходимой информацией во избежание врачебных ошибок.

Представим таблицу с выявленными проблемами и решениями по ним.

Таблица 19 – Выявленные проблемы обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области

Проблема	Решение
Нехватки поликлиник	развитие механизмов государственно-частного партнерства, привлечение частного капитала для развития инфраструктуры здравоохранения
доля здравоохранения в ВРП	
отношение численности врачей к численности среднего медицинского персонала	<ul style="list-style-type: none"> <li>- заключение контракта с перспективными будущими врачами за счет средств Амурской области</li> <li>- социальная защита медицинских работников, совершенствование уровня квалификации и повышение степени профессиональной ответственности работников здравоохранения; совершенствование системы оплаты труда медицинских работников с учетом качества их деятельности</li> </ul>

Еще одним реальным источником финансирования ряда учреждений организации могут стать финансовые ресурсы организаций. Для этого необходимо на уровне Правительства Амурской области разработать налоговые льготы по налогу на прибыль юридическим лицам, содержащим на своем балансе объекты социально-культурной сферы, такие как медико-стационарные части и другие лечебные объекты.

### **3.2 Оценка эффективности предложенных мероприятий по улучшению обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области**

Российская система здравоохранения исторически отдавала приоритет лечению, а не профилактике. Действительно, модель финансирования системы здравоохранения, в основном основанная на плате за услугу, не стимулирует профилактику, поскольку эти услуги могут не покрываться (или покрываться недостаточно) национальной системой медицинского страхования. Бюджет со-



циального обеспечения, который утверждается правительством и формулируется с годовыми целями, не предлагает многолетней перспективы, которая, тем не менее, имеет решающее значение для запуска всеобъемлющей политики предотвращения.

Чтобы восстановить привлекательность амбулаторной помощи как профессии, правительство поощряет развитие групповой практики. Эти учреждения, такие как медицинские центры с полным спектром услуг и местные сети врачей, стремятся противодействовать изоляции, с которой сталкиваются медицинские работники, и улучшать координацию между ними. Количество этих учреждений удвоилось в период с 2017 по 2022 год. К концу 2022 года в России насчитывалось более 2200 медицинских центров и почти 400 местных сетей практикующих врачей. В настоящее время создается около 400 дополнительных местных сетей практикующих врачей, цель состоит в том, чтобы иметь 1000 из них по всей стране в течение следующих нескольких лет.

Организации здравоохранения преодолевают эти барьеры, увеличивая часы работы. Продление рабочего времени является одним из основных столпов медицинского дома, ориентированного на пациента.

Кроме того, некоторые организации используют медицинские ИТ и подключенное здравоохранение, чтобы позволить пациентам обращаться за медицинской консультацией, не приходя в офис. Телемедицина позволяет пациенту получать медицинскую помощь, не привязываясь к графику работы офиса, который не соответствует потребностям пациента.

Центры неотложной медицинской помощи и розничные клиники также являются новыми игроками, позволяющими пациентам подключаться к медицинской помощи в нерабочее время врача.

Однако это просто исправления. Организации, которые могут манипулировать своим рабочим временем или распределять встречи таким образом, чтобы пациенты могли обращаться к своим врачам в удобное время, скорее всего, увидят больше доступа пациентов.

Пациенты, проживающие в сельской местности, непропорционально чаще испытывают трудности с доступом к своему врачу, чем пациенты, проживающие в городских или пригородных районах.

По данным , по состоянию на 2020 год около 57 миллионов жили в сельской местности. Эти люди сталкиваются с целым рядом проблем, начиная от того, где они живут, и заканчивая наличием достаточного количества врачей для оказания помощи.

Сельские жители часто сталкиваются с препятствиями на пути к медицинскому обслуживанию, которые ограничивают их возможности в получении необходимого ухода. Для того, чтобы сельские жители имели достаточный доступ, необходимые и надлежащие медицинские услуги должны быть доступны и доступны своевременно.

Хотя проблемы с доступом к медицинской помощи, с которыми сталкиваются сельские жители, разнообразны, в основном они делятся на две категории: географическая удаленность от поставщика медицинских услуг и нехватка поставщиков.

Телемедицина, которая пережила бум во время пандемии, доказала свою эффективность в частичном сокращении этого разрыва. Поставщики медицинских услуг могут использовать телемедицину с прямым доступом к потребителю, чтобы помочь сельским пациентам получить доступ к неотложной помощи, такой как лечение хронических заболеваний, из дома. Кроме того, услуги телемедицины эффективны для соединения небольших больниц с более крупными академическими медицинскими центрами во время неотложной медицинской помощи.

Но пациенты, живущие в сельской местности, также должны бороться с нехваткой врачей. Согласно статистическим данным, соотношение пациентов и врачей первичной медико-санитарной помощи в сельской местности составляет 39,8 врача на 100 000 человек по сравнению с 53,3 врача на 100 000 человек в городских районах.

И поскольку страна видит надвигающуюся нехватку клиницистов даже в

городских районах, пациенты в сельских районах чувствуют себя еще более остро. Цифры, опубликованные за 2020 год, показали, что, несмотря на то, что персонал поставщиков первичной медико-санитарной помощи увеличивается по всей стране, разрыв в рабочей силе между сельскими и городскими районами растет.

Медицинские работники призывают к изменениям в политике, которые помогут направить больше ресурсов в сельские организации, испытывающие нехватку рабочей силы. Кроме того, законодательные поправки, расширяющие сферу действия законов о практике для зарегистрированных медсестер и фельдшеров с передовой практикой, могут помочь закрыть некоторые пробелы в уходе.

Даже когда у пациента есть доступ к врачу и он может записаться на прием, транспортные барьеры могут помешать пациентам увидеть своих врачей. Пациенты, которые физически не могут водить машину, сталкиваются с финансовыми трудностями или по каким-либо иным причинам не могут добраться до офиса врача, часто остаются без медицинской помощи.

Согласно статистике, около 3,5 миллионов пациентов остаются без медицинской помощи, потому что они не могут получить доступ к транспорту к своим поставщикам. Транспорт является важнейшей социальной детерминантой здоровья, которая недавно привлекла внимание всей страны.

Организации здравоохранения начали решать эту проблему, рассматривая транспорт как ключевую социальную детерминанту здоровья, для которой у них есть жизнеспособное решение и доказуемая окупаемость инвестиций. Благодаря партнерским отношениям с поставщиками неэкстренных медицинских перевозок и новыми компаниями по совместному использованию поездок, такими как Uber и Яндекс, поставщики медицинских услуг и плательщики разработали программы, помогающие своим пациентам на пути к выздоровлению.

Наконец, правительство поощряет использование цифровых технологий в здравоохранении (в частности, телемедицины) для улучшения доступа к меди-

цинской помощи. Инструменты телемедицины позволяют пациентам обращаться за медицинской помощью к поставщикам медицинских услуг, находящимся далеко от дома. После пандемии произошел всплеск внедрения цифровых технологий в здравоохранение, особенно в телемедицину. В результате количество телеконсультаций резко увеличилось: 75% врачей использовали этот инструмент во время пандемии (по сравнению с менее чем 5% до 2020 года). С тех пор эта тенденция получила широкое распространение на Телеэкспертиза покрывается национальной системой медицинского страхования с 2022 года, позволяя медицинским работникам узнавать мнение более опытного коллеги по конкретному вопросу посредством удаленного общения.

Так как число врачебных амбулаторных поликлинических организаций, которые в 2022 г. упали с 187 ед. до 170 ед., что свидетельствует о нехватке поликлиник для населения. Поэтому можем сделать вывод что необходимо привлекать инвестиции для строительства новых поликлиник в селах, районах.

Необходимо создать благоприятные условия для привлечения благотворительных взносов государственных и частных учреждений, которые должны быть освобождены от налогов.

Развитие частно-государственного партнерства (далее – ЧГП), а также сектора негосударственных институтов социальной защиты населения, в том числе интеграция негосударственного благотворительного сектора в систему социальной защиты общества, реализация инновационно-инвестиционных механизмов развития элементов социальной защиты населения.

Таким образом было проведено исследование по обзвону таких компаний, как ООО «Авоська», ООО «Кэш энд Кэрри», ООО «Арт-маркет опт» и других крупных организаций.

В результате чего, выявили, что они готовы спонсировать крупные мероприятия области по строительству объектов здравоохранения, взамен данным организациям предлагается размещение рекламы на стендах, некоторых скорых помощках в данных учреждениях.

Так по подпрограмме «Развитие системы оказания первичной медико-

санитарной помощи» на создание и замена фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий для населенных пунктов с численностью населения от 100 до 2000 человек - было потрачено 116,2 млн.руб. в 2021 г.

Так, 20 % от этой суммы согласились инвестировать крупные предприятия Амурской области

Таким образом, в результате осуществления инвестирования за счет средств инвесторов в обмен на рекламу, сумма денежных поступлений в Министерство здравоохранения Амурской области составит:

$$116,2 \times 20 / 100 = 23,24 \text{ млн. руб.}$$

Таблица 20 – Эффективность привлечения инвесторов по развитию системы оказания первичной медико-санитарной помощи в Амурской области

Наименование	Расчет эффективности предложения	Сумма, млн.руб.
Затраты на финансирование, тыс. руб.		116,2
Инвестирование средств за счет крупных организаций Амурской области, %		20
Дополнительные средства от денежных поступлений Минспорт Амурской области в результате инвестирования, тыс.руб.	$116,2 \times 20 / 100$	23,24

Расходы бюджета Амурской области после мероприятия в итоге составят:

$$116,2 - 23,24 = 93 \text{ млн.руб.}$$

Так, в результате привлечения инвестиций в финансирование развития системы оказания первичной медико-санитарной помощи в Амурской области в Амурской области расходы бюджета сократятся на 23,24 тыс.руб., что позволит оставшуюся сумму потратить на другие мероприятия государственной программы «Развитие здравоохранения Амурской области» для создание условий, обеспечивающих возможность гражданам Амурской области получить качественную квалифицированную помощь.

Также полученные средства можно отправить на строительство новых поликлиник. Предположительно построиться 1 поликлиника.

Таблица 21 – Расчет эффективности от инвесторов по развитию системы оказания первичной медико-санитарной помощи в Амурской области

Наименование	расчет	эффективность
Затраты на строительство поликлиники, млн.руб.		23,24
число врачебных амбулаторных поликлинических организаций, ед	170+1	171

Таким образом, число врачебных амбулаторных поликлинических организаций вырастет.

2) Также для привлечения квалифицированных врачей предлагается заключение контракта с больницей врачей из Амурской медицинской академии, которые закончили 5 курс.

Предлагается проведение на конкурсной основе для выпускников Вуза экзамена и по рекомендациям преподавателя каждый год выбирать 2-3 студентов, для дальнейшего их обучения в аспирантуре по необходимой квалификации для больниц, и заключать с ними контракт на 10 лет.

По контракту Министерства здравоохранения обязуется оплатить учебу данным студентам, взамен они отрабатывают 10 лет в любом учреждении Амурской области.

Затраты на обучение закладываются в размере 198000 руб. в год на 1 студента.

Так, ординатура в учебном заведении Моники в Москве составляет 2 года в размере от 198-210 тыс.руб., дороже обойдутся рентгенологи, хирурги, урологи – 264 тыс.руб.. Аспирантура 4 года.

Проживание планируется в общежитии при вузе.

Рассчитаем затраты на 2 года на 3 чел.

$(198000 \times 3 \text{ чел.}) \times 2 \text{ года} = 1188 \text{ тыс.руб.}$

Так за 2 года уйдет с бюджета 1,2 млн.руб.

Так посчитаем экономическую эффективность от предложенного мероприятия.

Таблица 22 – Расчет эффективности от заключения контракта с перспективными врачами для увеличения численности врачей за счет средств Амурской области

Наименование	расчет	эффективность
Затраты на обучение , млн.руб.		1,2
Количество врачей после мероприятия, чел.	4075+3	4078
мощность амбулаторных поликлинических организаций, посещений в смену	28100+21	28121

Рассчитаем мощность амбулаторных поликлинических организаций, посещений в смену:

$$28100 / 4078 = 7 \text{ посещений приходится примерно на 1 врача.}$$

Расчет мощность амбулаторных поликлинических организаций, посещений в смену после мероприятия:

$$7 \times 3 \text{ врача} = 21 \text{ посещение.}$$

Тем самым, в результате заключение контракта с перспективными врачами и за счет затрат бюджета в размере 1,2 млн.руб. мы улучшим показатели по посещаемости врачей и увеличится количество квалифицированных врачей, что повысит обеспечение экономической безопасности в сфере здравоохранения.

Анализ показателей обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области по методике представлен в таблице 23.

Высокая стоимость медицинского обслуживания, особенно высокие расходы пациентов из собственного кармана, является хорошо задокументированным барьером для доступа к медицинской помощи. Когда пациенты не могут позволить себе медицинское обслуживание или вынуждены выбирать между медицинским обслуживанием и оплатой других коммунальных услуг, таких как квартплата, ипотека или питание, они часто остаются без доступа к медицинскому обслуживанию.

Таблица 23 - Анализ показателей обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области по методике

Наименование показателей		Значения показателей по годам				
		2019	2020	2021	2022	Прогноз
Показатели материально-технического обеспечения	число больничных организаций	41	39	42	42	42
	число коек в больничных организациях	7534	7426	7589	6763	6763
	число врачебных амбулаторных поликлинических организаций	167	164	187	170	171
	мощность амбулаторных поликлинических организаций, посещений в смену	23417	23334	33004,8	28100	28121
	число фельдшерско-акушерских пунктов	316	320	317	294	294
	число станций скорой помощи	22	23	22	22	22
Показатели кадрового обеспечения	численность врачей	4335	4329	4387	4075	4078
	численность среднего медицинского персонала	8396	8421	8424	7886	7886
	отношение численности врачей к численности среднего медицинского персонала	0,52	0,51	0,52	0,52	0,52
Показатели финансово-экономического обеспечения	доля здравоохранения в ВРП	1,35	2,41	2,25	2,25	2,25
	государственные расходы на здравоохранение, млн. руб	5348,5	10831	11960,4	13807	13807
	среднемесячная заработная плата работников здравоохранения, руб	44585	51711	53062	55758,3	55758,3
	инвестиции в основной капитал направленные на здравоохранение, млн. руб	1260,5	2248,3	2036	2036	2059
Показатели инвестиционного обеспечения	объем платных медицинских услуг населению, млн. руб	2549,1	2464,4	2961,1	3167,4	3167,4
	индекс физического объема платных услуг населения отрасли здравоохранения	98,8	93,3	113,5	99,1	99,1
	индекс физического объема инвестиций в основной капитал отрасли здравоохранения	257,5	178,4	90,6	90,6	101,1

Так по рассчитанной таблице, видно, что мощность амбулаторных поликлинических организаций, посещений в смену в 2022 году упала до 85,14 %, что обусловлено экономическим кризисом. Объем амбулаторно-поликлинической помощи определяется количеством посещений врачей, поэтому необходимо обратить внимание на количество врачей в Амурской области. Так видим, что численность врачей упала в 2022 г. с 101,3 % до 92,89 %. Что говорит о нехватки персонала врачей, поэтому необходимо увеличить чис-



ленность врачей. Предположу, что из-за оттока населения в Амурской области, происходит снижение численности врачей, поэтому необходимо на уровне Правительства Амурской области создать необходимые условия для студентов окончивших медицинский институт, а также улучшить условия для врачей работающих в больницах.

Таблица 24 - Оценка уровня обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области

Наименование показателя	Значение относительно лучшего					Комплексный показатель ЭБ				
	2019	2020	2021	2022	Прогноз	2019	2020	2021	2022	Прогноз
Число больничных организаций	0,98	0,93	1	1	1	0,00057	0,00510	0	0	0
Число коек в больничных организациях	0,99	0,98	1	0,89	0,89	0,00005	0,00046	0	0,01185	0,01185
Число врачебных амбулаторных поликлинических организаций	0,89	0,88	1	0,91	0,92	0,01144	0,01513	0	0,00826	0,0064
Мощность амбулаторных поликлинических организаций, посещений в смену	0,71	0,71	1	0,85	0,86	0,08439	0,08585	0	0,02208	0,0196
Число фельдшерско-акушерских пунктов	0,99	1	0,99	0,92	0,92	0,00016	0	0,00009	0,00660	0,00660
Число станций скорой помощи	0,96	1	0,96	0,96	0,96	0,00189	0	0,00189	0,00189	0,00189
Численность врачей	0,99	0,99	1	0,93	0,94	0,00014	0,00017	0	0,00506	
Численность среднего медицинского персонала	1	1	1	0,94	0,94	0,00001	0	0	0,00408	0,00408
Отношение численности врачей к численности среднего медицинского персонала	1,00	1	0,99	0,99	0,99	0,00002	0	0,00017	0,00013	0,00013
Доля здравоохранения в ВРП	0,56	1,0	0,93	0,93	0,93	0,19288	0	0,00430	0,00444	0,00444
Государственные расходы на здравоохранение, млн.руб	0,45	0,91	1	0,71	0,71	0,30561	0,00891	0	0,0863	0,0863
Среднемесячная заработная плата работников здравоохранения, руб	0,80	0,93	0,95	1	1	0,04016	0,00527	0,00234	0	0
Инвестиции в основной капитал направленные на здравоохранение, млн.руб	0,56	1	0,91	0,91	0,96	0,19303	0	0,00892	0,00892	0,0016
Объем платных медицинских услуг населению, млн.руб	0,80	0,78	0,93	1	1	0,03811	0,04926	0,00424	0	0
Индекс физического объема платных услуг населения отрасли здравоохранения	0,87	0,82	1	0,87	1	0,01677	0,03167	0	0,01610	0,01610
Индекс физического объема инвестиций в основной капитал отрасли здравоохранения	1,00	0,69	0,35	0,35	0,40	0	0,09446	0,42033	0,42012	0,36
Сумма квадратов отклонения						0,885	0,296	0,442	0,596	0,519
Комплексный показатель ЭБ						<b>0,940</b>	<b>0,720</b>	<b>0,66</b>	<b>0,772</b>	<b>0,72</b>

По прогнозу вырастут несколько показателей которые могут повлиять на динамику уровня обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В условиях рыночной экономики достижения, достигнутые в прошлом году в области развития здравоохранения и охраны здоровья населения в нашей стране, напрямую связаны с экономической безопасностью страны. В результате реформ в области здравоохранения можно считать яркими проявлениями исключительной заботы и внимания к здоровью людей на государственном уровне.

Здравоохранение обеспечило подъем и осуществило все возможные меры для всестороннего развития экономической безопасности. За этот период были построены сотни современных объектов здравоохранения, реконструировано более половины действующих медицинских учреждений,

Таким образом, наше здравоохранение уверенно жило, успешно развивалось и стояло на страже здоровья нашего народа, прежде всего на этой прочной основе, в нынешних сложных экономических условиях.

Таким образом, это дает основания для того, чтобы вывести экономическую безопасность на передний план нового глобального соглашения.

Неадекватное здравоохранение распространено во всем мире во всех странах, и ни в одной стране нет идеальной системы здравоохранения. Здоровье является одним из основных прав человека, и улучшение здравоохранения должно быть целью каждой страны. Системы здравоохранения, существующие в разных странах, находятся под сильным влиянием норм и ценностей, преобладающих в соответствующих обществах, и часто отражают глубоко укоренившиеся социальные и культурные ожидания и нормы. Хотя эти фундаментальные ценности формируются вне формальной структуры системы здравоохранения, они часто определяют ее общий характер. Проблемы, с которыми сталкивается каждая страна при попытке построить систему оказания медицинской помощи, могут сильно различаться в зависимости от их потребностей, на которые влияет широкий спектр факторов, включая экономику, климат, численность населения и т. д. Нет полностью одинаковых систем здравоохранения,

и ни одна совершенно беспроблемны, и поэтому метод, который работает в одной стране, не может быть полностью перенесен в другую из-за различных проблем со здоровьем, приоритетов и мышления.

Здоровье — это основное право человека, и забота, улучшающая жизнь всех граждан, улучшит страну в целом. Таким образом, улучшения в здравоохранении и устойчивая система здравоохранения обеспечат качественную помощь всем гражданам. должна быть главной целью каждой страны.

Анализ исполнения государственной программы «Развитие здравоохранения Амурской области» в разрезе подпрограмм за 2020-2022 гг. показал не до выполнение плана на 100 % за весь период, что говорит о неэффективном контроле сферы здравоохранения на уровне Правительства Амурской области.

Так, самый низкий уровень исполнения расходов областного бюджета по подпрограмме «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни.

Развитие первичной медико-санитарной помощи» обусловлен наличием экономии, сложившейся по результатам проведения конкурсных процедур, а также нарушением подрядчиками сроков выполнения работ.

Уровень обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области в 2020 г. упал с 0,92 до 0,52, снижение составило 0,4, что является хорошей тенденцией, так как близость показателя к нулевому значению дает возможность делать вывод о незначительном отставании от эталона. В 2021 г. ситуация усугубилась и показатель вырос на 0,14.

При этом в отношении к 2019 г., показатель все равно снизился на 0,26, но роста в 2022 г. говорит о угрозе обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области. А в 2022 году показатель продолжил рост, что негативно сказывается на сфере обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения в области.

Так, на данную динамику оказало снижение численности врачей, посещения больных врачами значительно уменьшилось, при этом происходит сниже-

ние открытых поликлиник, все это создает угрозу экономической безопасности в сфере здравоохранения.

Мощность амбулаторных поликлинических организаций, посещений в смену в 2022 году упала до 85,14 %, что обусловлено экономическим кризисом. Объем амбулаторно-поликлинической помощи определяется количеством посещений врачей, поэтому необходимо обратить внимание на количество врачей в Амурской области. Так видим, что численность врачей упала в 2022 г. с 101,3 % до 92,89 %. Что говорит о нехватки персонала врачей, поэтому необходимо увеличить численность врачей. Предположу, что из-за оттока населения в Амурской области, происходит снижение численности врачей, поэтому необходимо на уровне Правительства Амурской области создать необходимые условия для студентов окончивших медицинский институт, а также улучшить условия для врачей работающих в больницах.

По прогнозу вырастут несколько показателей которые могут повлиять на динамику уровня обеспечения экономической безопасности сферы здравоохранения Амурской области

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1 Андросова, Л.Д. Теоретико - методологические аспекты категории «экономическая безопасность» / Л.Д. Андросова // Научное обозрение. Актуальные проблемы и перспективы развития экономики: российский и зарубежный опыт. - 2021. - № 2. – С. 22-24.

2 Андросова, Л. Д. Обеспечение безопасности личности, общества и государства: концептуально-теоретический аспект / Л.Д. Андросова // Инновационная наука. — 2020. — № 8–1. — С. 10–14.

3 Ахметшина, Е. В. Концептуальный подход к анализу процессов инвестиционной безопасности государства / Е.В. Ахметшина // Финансы Башкортостана. — 2019. — № 4. — С. 75–78.

3 Бандурка, А. М. Основы экономической безопасности / А. М. Бандурка, В. Е. Духов, К. Я. Петрова, М. Черняков. - Х.: Изд-во Наука, 2022. - 236 с.

4 Брандуков, М. Перспективы развития инвестиций в РФ / М. Брандуков. - М.: Норма, 2019.– 231 с.

5 Бугаева, М.В. Состояние уровня экономической безопасности регионов на примере Ростовской области / М.В. Бугаева, Н.В. Морозова, А.А. Хатько // Научно-методический электронный журнал «Концепт». - 2018. - № 24. - С. 19–24.

6 Быков, В.П. Экономическая безопасность регионов и преодоление угроз в современных условиях / В.П. Быков, О.А. Дембовская, Е.М. Лебедько // Экономика и эффективность организации производства. - 2021. - № 5. - С. 60-63.

7 Вершинин, П.С. Тенденции и проблемы обеспечения экономической безопасности региона / П.С. Вершинин // Национальная безопасность и стратегическое планирование. - 2022. - № 4. - С. 104-108.

8 Дворядкина Е.Б. Экономическая безопасность: учеб. пособие / Е.Б. Дворядкина, Я.П. Силин, Н.В. Новикова. - Екатеринбург: Изд-во Урал. гос.

экон. ун-та, 2019. – 194 с.

9 Губский, Б. В. Экономическая безопасность: методология измерения, состояние и стратегия обеспечения: Монография / Б. В. Губский. - М.: Экономический анализ, 2020. - 122 с.

10 Гаврилов, А. И. Региональная экономика и управление : учеб. пособие для вузов / А. И. Гаврилов. — М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2019. – 478 с.

11 Дворянков, В.А. Экономическая безопасность. Теория и реальность угроз. Тюмень: Изд-во ТюмГУ, 2022. - 356 с.

12 Завадников, В. О конструктивной экономической политике правительств (властей) в период кризиса / В. Завадников // Экономическая политика. - 2019. - № 2. - С. 5–11.

13 Загашвили В.С. Экономическая безопасность России / В.С. Загашвили. М.: «Юристъ», 2022. – 254 с.

14 Ермошенко, М. М. Финансовая безопасность государства: национальные интересы, реальные угрозы, стратегия обеспечения [Текст] / Н. Н. Ермошенко. - М. : КНТЭУ, 2020. - 309 с.

15 Зянько, В. Глобализация и инновационный процесс: их взаимовлияние [Текст] / Зянько // Экономика. - 2020. - №2. - С.84-89.

16 Илларионов, А. Критерии экономической безопасности / А. Илларионов // Вопросы экономики. – 2020. - № 10. - С. 35–57.

17 Кудрин, А. Ведущие страны в глобальной экономике / А. Кудрин // Экономическая политика. - 2020. - № 5. - С. 5–8.

18 Кнобель, А.Ю. Участие регионов в финансовой безопасности страны: анализ конкурентоспособности / А.Ю. Кнобель. - М.: Дело, 2021. - 140 с

19 Коковский, Л. Критерии и показатели географического измерения экономической безопасности / Л. Коковский. // Экономическая и социальная география. - 2019. - №1. - С. 67-74.

20 Комарова, О.В. Анализ индикаторов экономической безопасности региона / О.В. Комаров // Экономика и менеджмент. — 2019. - № 7. — С. 96-103.

- 21 Конституция РФ. – М.: Норма, 2022. – 391 с.
- 22 Кондаков, И. А. Угрозы экономической безопасности региона и пути их преодоления / И. А. Кондаков, Т. В. Ускова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. - 2020. - № 2. - С. 37–50.
- 23 Королюк, Е.В. Ключевые направления обеспечения экономической безопасности государства / Е.В. Королюк // Условия, императивы и альтернативы развития современного общества: экономика, управление, социология, право : материалы международной научно-практической конференции / под ред. Е.В. Королюк. - 2019. - № 3. - С. 91-94.
- 24 Кудрин, А. Е. Новая модель роста для российской экономики / А.Е. Кудрин // Вопросы экономики. - 2021. - № 12. - С. 4–36.
- 25 Кудрин, А. Ведущие страны в глобальной экономике / А. Кудрин // Экономическая политика. - 2020. - № 5. - С. 5–8.
- 26 Лепкина, Ю. Г. Особенности кредитования сельскохозяйственных кооперативов в системе финансовых отношений / Ю.Г. Лепкина. – Саранск: Норма. – 2022. – 54 с.
- 27 Логинов, К.К. Анализ индикаторов региональной экономической безопасности / К.К. Логинов // Вестник СибАДИ. - 2019. - № 2. - С.132-139.
- 28 Матвейчева, И. Ф. Оценка деятельности кредитных кооперативов в России / И.Ф. Матвейчева // Молодой ученый. – 2019. – №24. – С. 144 -146.
- 29 Митяков, С.Н. Экономическая безопасность регионов Приволжского федерального округа / С.Н. Митяков, Е.С. Митяков, Н.А. Романова // Экономика региона. - 2021. - № 3. - С. 81-91.
- 30 Мартыненко, В. В. Теоретико-методические основы оценки экономической безопасности национальной экономики / В. Мартыненко. // Экономическое пространство. - 2021. - №93. - С. 131-140.
- 31 Мунтиян, В.И. Экономическая безопасность РФ. - М. : Либра, 2019. - 462 с.
- 32 Налоговый Кодекс РФ. – М.: Норма, 2022. – 391 с.



- 33 Новикова, И.В. Индикаторы экономической безопасности региона / И.В. Новикова // Вестник. - 2019. - № 330. - С.132-138.
- 34 Некрасов, Н. Н. Региональная экономика / Н. Н. Некрасов. — М., 2019. – 367 с.
- 35 Поздеева, О.Г. Исследование экономической безопасности социально незащищенных слоев населения в регионе / О.Г. Поздеева, О.А. Савичева // Экономика и бизнес: теория и практика. - 2021. - № 3. - С.53-57.
- 36 Петров, И. В. Некоторые аспекты классификации индикаторов экономической безопасности региона / И. В. Петров, Т. М. Оганян // Пространство экономики. — 2019. — № 1–3. — С. 201–204.
- 37 Сурженко, Л. В. Современные угрозы экономической безопасности России / Л.В. Сурженко // Молодой ученый. — 2020. — № 8. — С. 3-5.
- 38 Саенко, А. С. Методология оценки экономической безопасности РФ: системный подход / А. С. Саенко. // Научный вестник ОГЭУ. - 2019. - №15. - С. 19-28.
- 39 Стратегией экономической безопасности России на период до 2030 года (Стратегия), утвержденной Указом Президента России от 13.05.2017 № 208: (дата обращения : 20.04.2023)
- 40 Терехов, Е. Экономическая безопасность государства и возможности ее измерения / Е. Терехов // Экономический анализ. - 2022. - №11. - С. 160-165.
- 41 Третьяк, В. В. Экономическая безопасность: сущность и условия формирования / В. Третьяк, Т. Н. Гордиенко // Инновации. - 2022. - №1. - С. 6-8.
- 42 Ткаченко, Ю.А. Понятие экономической безопасности и ее значение в современных экономических условиях / Ю.А. Ткаченко, В.С. Ларин // Белгородский экономический вестник. – 2016. – № 2 (82). – С. 56–61.
- 43 Черненко, Е.В. Критерии экономической безопасности / Е.В. Черненко // Бухгалтерский учет. – 2020. – № 18. – С. 62–66.
- 44 Черненко, Е.В. Международные аспекты и стратегические оценки

экономической безопасности России в условиях геополитической нестабильности / Е.В. Черненко // Бухгалтерский учет. – 2021. – № 17. – С. 62–66.

45 Чичканов, В.П. Анализ подходов к оценке региональных процессов формирования социально-экономической безопасности / В.П. Чичканов // Экономика региона. - 2020. - № 3. - С.654-669.

46 Шкляр, М. Ф. Основы национальной безопасности / М.Ф. Шкляр. – М. : Дашков и Ко, 2019. – 334 с.

47 Шкляр, М.Ф. Условия и факторы устойчивого развития региональных экономических систем / М.Ф. Шкляр. – М. : Дашков и Ко, 2019. – 348 с.

48 Шлемко, В. Т. Экономическая безопасность: сущность и направления обеспечения: Монография / В. Т. Шлемко, И. Ф. Бинько. - М. : НИСИ, 2021. - 144 с.

49 Яшин, С.Н. Концептуальные вопросы оценки экономической безопасности регионов / С. Н. Яшин, Е. Н. Пузов // Финансы и кредит. - 2020. - № 1. - С. 15-19.

50 Яни, П.С. Экономическая безопасность России: угрозы и их отражение / П.С. Яни // Экономический анализ. - 2022. - № 11. – С. 47-59.