

Т.Ю. СЕРЕБРЯКОВА, А.Н. ГАЙФУЛЛИН

**ОЦЕНКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН В 2005–2021 ГОДАХ**

Ключевые слова: здравоохранение, заболеваемость, социально-экономические показатели, результат деятельности, Республика Татарстан.

Республика Татарстан находится в Приволжском федеральном округе и занимает одно из последних мест в рейтинге по числу больничных коек, приходящихся на 10 000 человек. Следует отметить также неблагоприятные данные по количеству медперсонала, количеству населения, приходящегося на одно место в стационаре, количеству приемов в смену. В то же время регион характеризуется неплохими социально-экономическими показателями в области здравоохранения. Среди них главными являются не только стабильные данные по заболеваемости и смертности, но и условия финансирования здравоохранения. Вышесказанное требует исследований для оценки указанных тенденций.

Цель исследования заключается в оценке факторов влияния на показатели здравоохранения Республики Татарстан.

Материалы и методы. В ходе изучения теоретических и практических положений использовались общенаучные методы познания: сравнение, абстрагирование, синтез, индукция и дедукция, а также методы статистического анализа. Информационной базой исследования послужили данные Министерства финансов Российской Федерации об использовании консолидированных бюджетов Российской Федерации и ее субъектов, а также опубликованные на сайте Росстата показатели развития здравоохранения, транспорта и др.

Результаты исследования. Несмотря на значительное сокращение числа больницы, медицинского персонала, коечного фонда в сельской местности, в Республике Татарстан удается сохранять показатели заболеваемости и смертности населения на одном и том же уровне с небольшим ростом во время пандемии. Этому способствовало привлечение населения к занятиям спортом, а также альтернативные способы оказания медицинских услуг сельским жителям. Новым услугам в здравоохранении благоприятствует хорошая транспортная доступность районных и регионального центров, созданные в них условия для оказания медицинской помощи сельским жителям. Активно используются новые методы оказания лечебной и профилактической помощи, например, посредством использования выездных бригад, дистанционных консультаций, а также перенаправления потоков больных в районные и региональные центры. Финансирование здравоохранения не всегда было на достаточном уровне, но в последние годы улучшилось, что положительно характеризует состояние охраны здоровья в республике.

Выводы. Республика Татарстан характеризуется неплохими социально-экономическими показателями в области здравоохранения. Сокращение числа медицинских учреждений не повлияло негативно на показатели заболеваемости и смертности населения республики. В определенной мере это происходит благодаря развитой транспортной сети, что способствует оказанию помощи выездными бригадами, а также перенаправлению потоков заболевших в районные и региональные центры. Финансирование здравоохранения в последние годы улучшилось, что также послужило успешности функционирования медицинских учреждений.

Важным направлением деятельности государства является организация здравоохранения на всей территории страны, обеспечивающая равные возможности получения качественных медицинских услуг на основе их доступности. Как и всякая отрасль, здравоохранение характеризуется уникальными показателями, отражающими ее социальную и экономическую эффективность. Как правило, все

показатели обобщаются в органах статистического наблюдения, и они в большей степени характеризуют экстенсивную составляющую здравоохранения. Для характеристики интенсивности используются некоторые данные, но и они не вполне отражают истинную картину в здравоохранении. Например, можно считать интенсивными показатели количества посещений в смену, численности населения, приходящегося на одну больничную койку. Однако эти данные не характеризуют интенсивность загрузки коек в месяц или врачей в одну смену. Данные о финансировании также отражают абсолютные величины денежных расходов, но не дают возможности проследить эффект от этих расходов непосредственно. Только косвенным образом можно предположить наличие причин и последствий для динамических изменений тех или иных данных. Необходимо подчеркнуть, что показателей, характеризующих здравоохранение, значительное количество, при этом они разнятся по уровням: регионы обобщают информацию не в том ракурсе, что федерация в разрезе регионов. Это затрудняет исследование регионального здравоохранения и понимание факторов и причин развития тех или иных процессов, отражаемых в показателях. Этот момент делает настоящее исследование востребованным и актуальным. Однако следует признать, что оно лишь фрагментарно освещает рациональность функционирования здравоохранения в Республике Татарстан, в частности в ее сельских территориях.

Цель исследования – определить факторы, оказавшие влияние на стабильность результативных показателей здравоохранения на основании имеющихся статистических данных.

Материалы и методы. В ходе изучения теоретических и практических положений использовались общенаучные методы познания: сравнение, абстрагирование, синтез, индукция и дедукция, а также методы статистического анализа. Информационной базой исследования послужили данные Министерства финансов Российской Федерации об использовании консолидированных бюджетов Российской Федерации и ее субъектов, а также опубликованные на сайте Росстата показатели развития здравоохранения, транспорта и др.

Результаты. Начиная с 2010 г. органы статистики не обобщают сведения о количестве лечебных учреждений, врачей, посещений больными, заболеваемости в разрезе городских и сельских поселений. Региональные органы статистики также не выделяют указанные сведения в своих сборниках. Причины этого не вполне обоснованы, но понятны – сокращение медицинских услуг, оказываемых сельскому населению на местах за период с 2010 по 2022 г. Очевидное отсутствие позитивных тенденций и нежелание обнажать проблему послужили причиной сворачивания информационной открытости в этом вопросе. Между тем региональные данные по результатам работы системы здравоохранения в Республике Татарстан показывают не вполне успешную динамику (табл. 1). Так, по показателям «число больничных коек» и «число больничных коек на 10 000 населения» Республика Татарстан занимает в рейтинге всех российских регионов 81-е место, а среди регионов Приволжского федерального округа – последнее, 14-е, место. При этом число больничных коек на 10 000 человек с 2005 г. сократилось на 60%, что, во-первых, является самым худшим показателем в Приволжскому федеральному округу (по округу «падение» на 71%, а по России – на 72%), во-вторых, явно не способствует улучшению качества лечения (рис. 1).

Таблица 1

Число больничных коек на конец года по регионам и федеральным округам за 2005–2021 гг., тыс. коек

Субъекты РФ, федеральные округа	Всего, тыс. коек / годы					
	2005	2015	2019	2020	2021	2021/2005
РФ	1575,4	1222,0	1173,6	1188,8	1162,10	0,74
ЦФО	428,2	306,8	301,9	311,5	291,5	0,68
СЗФО	148,1	118,9	113,8	112,6	112,5	0,76
ЮФО	144,8	130,9	129,3	129,6	129,8	0,90
СКО	64,8	70,9	70,8	76,2	70,3	1,08
ПФО	340,2	247,2	231,1	231,3	229,1	0,67
Республика Башкортостан	39,2	32,6	31,3	32	31,2	0,80
Республика Марий Эл	8,9	6,2	5,3	5,5	5,5	0,62
Республика Мордовия	10,9	6,6	6,2	6,3	6,1	0,56
Республика Татарстан	40,3	25,4	24,6	24,9	24,9	0,62
Удмуртская Республика	19,3	14,1	11,2	11,5	11,6	0,60
Чувашская Республика	14,3	10,4	9,9	10,3	9,8	0,69
Пермский край	32,2	22,7	20,4	19,2	19,3	0,60
Кировская область	21,3	11,7	11,1	11,1	11,1	0,52
Нижегородская область	43,9	29,1	28,3	28,4	28,5	0,65
Оренбургская область	26,6	17,2	15,2	15,2	14,7	0,55
Пензенская область	14,9	11	10,5	10,4	10,4	0,70
Самарская область	28	25,1	23,2	23,5	23,3	0,83
Саратовская область	27,3	24,5	24,2	23,2	23,1	0,85
Ульяновская область	12,9	10,7	9,7	9,9	9,8	0,76
УФО	133,5	101,6	96,4	99,4	101,8	0,76
СФО	208	162,1	152,2	151,5	150,1	0,72
ДФО	107,7	83,5	78,2	76,7	76,8	0,71

Примечание. Табл. 1 составлена авторами на основании данных Росстата [9].

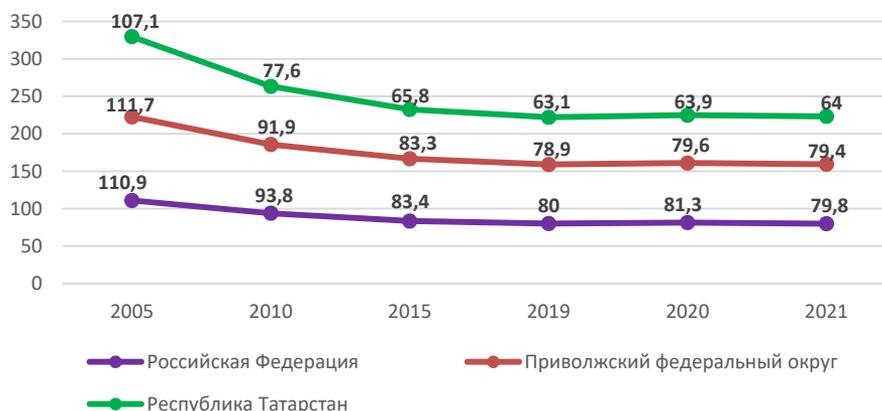


Рис. 1. Число больничных коек на 10 000 человек населения на конец года в Республике Татарстан за 2005–2021 гг., тыс. коек [9]

Рассматривая другие показатели, характеризующие здравоохранение в Республике Татарстан, можно сделать аналогичные выводы: возросла на 67%

численность населения, приходящаяся на 1 больничную койку, что также в ПФО один из худших показателей; количество посещений больниц в смену возросло на 10%, что свидетельствует о сокращении больничных учреждений и врачей; по числу врачей на 10 000 человек показатель сократился на 1%, но это, казалось бы, незначительное сокращение врачей ставит Татарстан на 59-е место среди российских регионов, правда, это не самый плохой показатель по ПФО, он на 8% ниже среднего по ПФО (табл. 2). Таким образом, республика по этим индикаторам показывает в целом не очень хороший результат, при том, что начиная с 2015–2017 гг. наблюдается относительная стабилизация основных показателей функционирования (количество больниц, коек, персонала и т.п.) здравоохранения (табл. 1–2, рис. 1).

Таблица 2

**Показатели функционирования здравоохранения в регионах
и федеральных округах РФ в 2005–2021 гг.**

Регион, округ	Численность населения на одну больничную койку на конец года, человек					Количество посещений больниц, тыс. в смену				
	2005	2019	2020	2021	2021/ 2005	2005	2019	2020	2021	2021/ 2005
РФ	90,2	125	123	125,3	1,39	3637,9	4072,4	4147,3	4253,4	1,17
ЦФО	89	130,6	126	134,1	1,51	1024,9	1117,4	1142,3	1231,3	1,20
СЗФО	92,6	122,9	123,8	123,5	1,33	402,7	462,3	464,6	478,8	1,19
ЮФО	95,5	127,4	127,2	126,6	1,33	314,7	394	394,8	404,7	1,29
СКО	121,5	140,3	130,8	142,2	1,17	127,6	194,2	228	189,2	1,48
ПФО	89,5	126,7	125,7	125,9	1,41	719,3	804	810,1	806,9	1,12
Республика Башкортостан	103,8	128,8	125,5	128,2	1,24	95,6	107	110,8	108,7	1,14
Республика Марий Эл	80,2	127,7	123,5	121,8	1,52	21,7	21,7	21,6	22	1,01
Республика Мордовия	79,5	126,9	124,2	125,9	1,58	17,4	21	21,6	21,5	1,24
Республика Татарстан	93,4	158,4	156,4	156,3	1,67	85,3	93,9	94,5	93,8	1,10
Удмуртская Республика	79,9	134,3	130,4	128,2	1,60	40,2	48,8	51,7	45,5	1,13
Чувашская Республика	89,1	123	117	122,8	1,38	37,9	41,2	41,7	42	1,11
Пермский край	84,3	127,1	134,5	132,6	1,57	54,1	59	58,9	58,8	1,09
Кировская область	66,6	114,1	113	111	1,67	34,5	36,4	36,1	36,5	1,06
Нижегородская область	77,8	113,4	111,9	110,4	1,42	81,7	95,6	93,7	95,8	1,17
Оренбургская область	78,7	129	127,5	131,2	1,67	53,4	56,8	56,8	58,2	1,09
Пензенская область	95,3	124,2	124,2	123,1	1,29	29,8	33,9	33,7	34,5	1,16
Самарская область	115	137,2	134,1	134,5	1,17	72,6	83,3	84,7	84,8	1,17
Саратовская область	94,8	100	103,1	102	1,08	62,3	69,8	69,2	69,8	1,12
Ульяновская область	103,7	127,1	123,1	123,2	1,19	32,8	35,6	35,1	35	1,07
УФО	90,8	128,2	124	120,7	1,33	325,6	361,9	374,1	385,1	1,18
СФО	83,7	112,5	112,3	112,5	1,34	507,3	502,2	499,9	510,9	1,01
ДФО	79,4	104,5	105,9	105,3	1,33	215,8	236,3	233,6	246,4	1,14

Окончание табл. 2

Регион, округ	Число врачей на 10 000 человек, человек						Заболеваемость на 1000 человек				
	2005	2019	2020	2021	2021/2005	место	2005	2019	2020	2021	2005/2021
РФ	48,6	48,7	50,4	51	1,05	0	743,7	780,2	759,9	857,1	1,15
ЦФО	50,9	49,6	53,6	54,8	1,08	2	694,9	703	702,4	792,6	1,14
СЗФО	54,3	59,8	61,6	62,8	1,16	1	758,9	924,5	884,8	1 030,4	1,36
ЮФО	43,6	43,3	44,6	44,8	1,03	7	677,8	711,7	660,5	753,8	1,11
СКО	42,5	42,9	44,1	44,1	1,04	8	701,7	641,6	617,4	688,9	0,98
ПФО	46,7	46,7	47,6	47,7	1,02	5	810,3	836,2	816,8	907,6	1,12
Республика Башкортостан	41,7	43,4	44,8	44,6	1,07	57	807	856,4	916,4	1 035,0	1,28
Республика Марий Эл	34,1	36,2	36,4	37	1,09	80	743,3	995,7	904,8	1 002,3	1,35
Республика Мордовия	51,4	53,4	54,6	56	1,09	16	681,8	678,8	694,5	767,4	1,13
Республика Татарстан	44,9	42,8	44,3	44,4	0,99	59	804,5	799	800,6	838,6	1,04
Удмуртская Республика	56,9	49,6	51,2	52,3	0,92	25	893,7	913,3	851,7	911,9	1,02
Чувашская Республика	47,6	49,5	50,6	51,6	1,08	27	858,6	864,7	828,1	881	1,03
Пермский край	55,1	50,6	50,4	49,2	0,89	41	894,4	921,8	862,5	974,9	1,09
Кировская область	46,3	48,5	49,7	49,5	1,07	37	739,9	761,6	778,2	910,8	1,23
Нижегородская область	44,5	48,3	48,4	49,3	1,11	39	739,5	912,9	853,1	981,8	1,33
Оренбургская область	50,2	46,4	46,5	45,9	0,91	50	891,4	774	737,8	844,3	0,95
Пензенская область	37	42,6	45	46,1	1,25	49	848,8	716	741,6	795,2	0,94
Самарская область	48,2	48,8	49,4	49,2	1,02	40	855,3	881	822,9	923,4	1,08
Саратовская область	52,7	50,8	51,4	51,6	0,98	26	688,4	735,5	718,4	783,6	1,14
Ульяновская область	35,5	42,5	43	42,3	1,19	68	858,5	783,7	747,7	848,5	0,99
УФО	42,5	46	47,1	47,4	1,12	6	786	839,9	838	944,7	1,20
СФО	51,6	48,8	49,2	49,4	0,96	4	801,5	837,5	809,3	909,5	1,13
ДФО	52,3	53,9	54	53,6	1,02	3	730,7	772,1	748	838,6	1,15

Примечание. Табл. 2 составлена авторами на основании данных Росстата [9].

Понятие эффективности работы системы здравоохранения включает в себя сложное сочетание технологической (медицинской), социальной и экономической результативности. Приоритетной для достижения социальной эффективности является технологическая (медицинская). Оценка экономической эффективности является важной с точки зрения контроля обоснованности расхода, а также достижений социальной эффективности. Об эффективности этой работы можно судить по показателям медицинской и социальной результативности, которые измеряются с помощью множества специфических показателей, в число которых входят показатели заболеваемости и смертности населения.

Рассматривая показатели заболеваемости населения (табл. 2), можно констатировать, что она в 2021 г. возросла, но это был год был пандемийным. В 2020 г. показатели заболеваемости оставались на уровне 2005 г.

Следует обратить внимание на смертность, показатели которой в республике по сравнению с показателями по ПФО и общероссийским значительно ниже. Наблюдаемый рост в 2020 и 2021 гг., очевидно, связан с пандемией (табл. 3). По показателям коэффициента смертности республика занимает 22-е место среди всех регионов (табл. 4). Приведенные значения показателей заболеваемости и смертности говорят о том, что произошедшие изменения в оснащении и кадровом составе медицинских организаций не повлияли отрицательно на обеспечение медицинскими услугами жителей республики.

Таблица 3

Показатели смертности без учета внешних причин на 100 000 человек
за 2011, 2015, 2019–2021 гг.

Субъекты РФ, федеральные округа	2011	2015	2019	2020	2021
Российская Федерация	1207,6	1182,3	1131,5	1364,9	1578,6
Приволжский федеральный округ	1269,0	1249,4	1186,8	1476,1	1680,8
Республика Башкортостан	1182,2	1181,9	1113,7	1395,9	1547,5
Республика Марий Эл	1218,7	1200,5	1072,1	1311,4	1531,1
Республика Мордовия	1343,3	1288,4	1222,3	1572,0	1775,1
Республика Татарстан	1111,3	1104,6	1023,6	1313,5	1465,8
Удмуртская Республика	1163,9	1133,7	1071,8	1303,1	1450,6
Чувашская Республика	1147,4	1126,7	1116,6	1407,0	1547,8
Пермский край	1276,4	1259,0	1203,2	1432,9	1602,1
Кировская область	1392,2	1364,0	1311,1	1561,5	1836,8
Нижегородская область	1511,0	1431,3	1370,2	1643,4	1898,5
Оренбургская область	1267,0	1271,5	1205,6	1532,9	1796,5
Пензенская область	1365,2	1356,2	1273,4	1630,6	1880,8
Самарская область	1269,0	1241,9	1186,2	1523,8	1682,5
Саратовская область	1293,2	1293,2	1266,8	1564,3	1908,8
Ульяновская область	1319,5	1346,9	1274,6	1583,9	1839,1

Примечание. Табл. 3 составлена авторами на основании данных Росстата [9].

Таблица 4

Общие коэффициенты смертности за 2005, 2010, 2015, 2019–2021 гг.

Субъекты РФ, федеральные округа	2005	2010	2015	2019	2020	2021	Место, занимаемое в Российской Федерации в 2021 г.
Российская Федерация	16,1	14,2	13	12,3	14,6	16,7	
Приволжский федеральный округ	16,5	15	13,9	12,9	15,9	17,9	8
Республика Башкортостан	14,2	13,4	13,3	12,1	15	16,5	35
Республика Марий Эл	17,1	15,2	13,8	12	14,4	16,7	37
Республика Мордовия	17,1	15,7	14,1	13,2	16,7	18,6	56
Республика Татарстан	13,8	13,1	12	11	13,9	15,5	22
Удмуртская Республика	15,5	13,9	12,9	11,9	14,1	15,6	26
Чувашская Республика	15,3	14,5	13,1	12,4	15,5	17	41
Пермский край	18,1	15,3	14,2	13,2	15,5	17,2	44
Кировская область	19,3	16,7	15,2	14,3	16,8	19,5	63
Нижегородская область	20	17,9	15,5	14,6	17,3	19,9	65
Оренбургская область	15,7	14,5	14	13	16,3	18,8	58
Пензенская область	18,1	15,9	14,8	14	17,5	19,9	66
Самарская область	16,1	15,2	14,2	13,2	16,7	18,4	54
Саратовская область	16,9	15,7	14,2	13,7	16,8	20,3	71
Ульяновская область	16,9	15,7	14,9	13,8	16,9	19,6	64

Примечание. Табл. 4 составлена авторами на основании данных Росстата [9].

Анализ финансирования здравоохранения в Республике Татарстан показал, что в 2015 г. из консолидированного бюджета затрачено 31 711,2 тыс. руб., что составляет 12,74%. В среднем на каждого жителя приходилось 8,2 тыс. руб. в год. В 2019 г. положение с финансированием из консолидированного бюджета ухудшилось, и расходы на здравоохранение составляли лишь 7,81%

от его величины, на одного жителя приходилось 6,44 тыс. руб. В 2021 г. резко возросли расходы на медицинское обслуживание, они достигли 10,94% от консолидированного бюджета, на одного человека сумма затрат составила 11,21 тыс. руб. в год [4]. Это ниже общероссийского показателя, но по Приволжскому федеральному округу это 2-е место после Республики Мордовия (рис. 2–4).

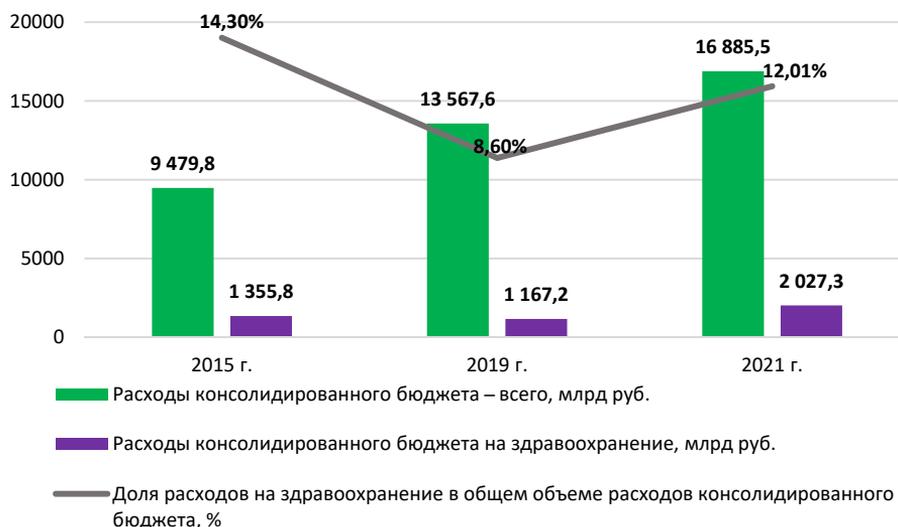


Рис. 2. Динамика изменения доли расходов на здравоохранение в общем объеме расходов консолидированного бюджета Российской Федерации за 2015–2021 гг. [4]

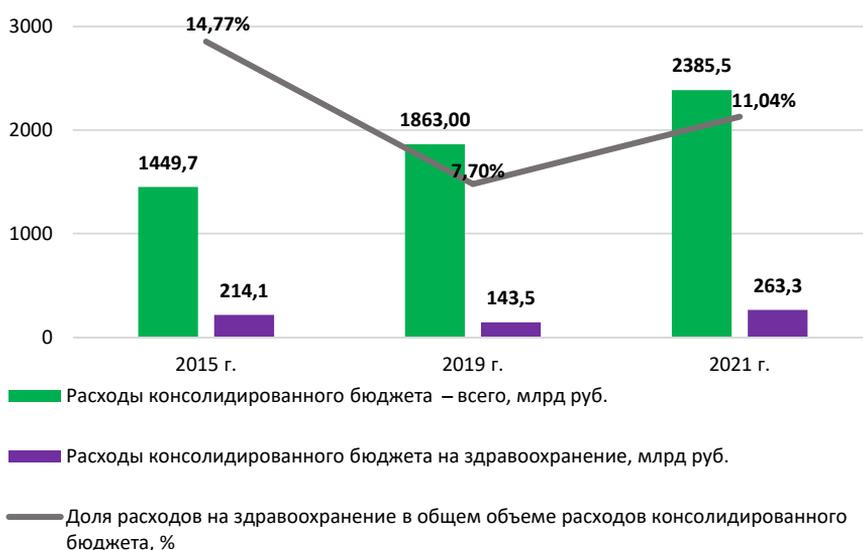


Рис. 3. Динамика изменения доли расходов на здравоохранение в общем объеме расходов консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации, входящих в Приволжский федеральный округ за 2015–2021 гг. [2]

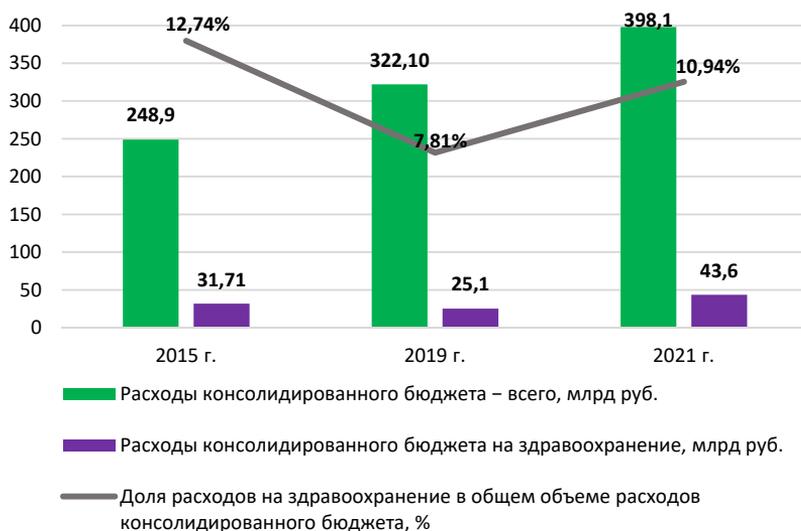


Рис. 4. Динамика изменения доли расходов на здравоохранение в общем объеме расходов консолидированного бюджета Республики Татарстан за 2015–2021 гг. [2]

В последние годы на федеральном уровне не публикуется информация по показателям здравоохранения в разрезе городских и сельских территорий регионов. Это лишает возможности оценить эффективность здравоохранения в разрезе городского и сельского населения. Этот аспект представляется важным для понимания социально-экономического развития регионов, поскольку доступность здравоохранения городского населения в больших масштабах в целом влияет на показатели региона, при этом сельские жители могут испытывать недостаточность в обеспечении охраны их здоровья.

В табл. 5 представлены данные по Республике Татарстан о динамике числа больничных учреждений в разрезе городских и сельских поселений.

Таблица 5

**Число больничных учреждений Республики Татарстан
в разрезе городского и сельского населения за 2005–2017 гг.
(данные на конец года)**

Показатель	2005	2010	2013	2014	2016	2017	Изменение	
							абс.	%
Больничных организаций	9479	6308	5870	5638	5433	5357	–4122	–44
в городских поселениях	5820	4959	4775	4574	4397	4351	–1469	–25
в сельских поселениях	3659	1349	1095	1064	1036	1006	–2653	–72
Доля сельских больничных организаций, %	38,6	21,39	18,65	18,87	19,07	18,78	–	–64

Примечание. Табл. 5 составлена авторами на основе данных Росстата [7, 10].

Как видно из табл. 5, при уменьшении больниц в среднем на 44% в городах их снижение составило лишь 25%, а на селе – 72%. При этом динамика численности городского и сельского населения (берутся данные на начало

исследуемых годов) показывает относительную стабильность соотношения в 2018–2023 гг., примерно 23% сельского и 77% городского [7]. Если сравнить с данными Всероссийской переписи населения 2010 года, то тогда соотношение выглядело так: 24,6% и 75,4%. То есть наблюдался отток населения из села в город. Темп уменьшения сельского населения в начале 2018 г. по сравнению с темпом в начале 2010 г. составил 7,0%, в то время как лечебные заведения на селе за этот же промежуток времени сократились на 25,0%. Эти данные свидетельствуют о том, что сдвиги в численности городского и сельского населения в определенной мере могли повлиять на снижение заболеваемости и смертности, поскольку городское население имеет лучшие возможности для лечения. Уменьшение лечебных учреждений на селе можно в определенной мере заменить новыми методами оказания медицинских услуг: дистанционное оказание услуг, выезд бригад врачей на село для диагностических процедур и медицинских осмотров, перенаправление сельских жителей в районные центры, что стало возможным благодаря улучшающейся транспортной доступности районных центров и сел. Подтверждением этого являются данные по показателю «Плотность автомобильных дорог общего пользования с твердым покрытием, километров дорог на 1000 кв. км территории» (далее плотность автомобильных дорог) [11]. Так, по России показатель «плотность дорог» в 2015 г. составил 61, в ПФО – 226, по Республике Татарстан – 423. В 2022 г. по Российской Федерации этот показатель составил 65, в ПФО – 242, в Республике Татарстан плотность автодорог составляет 471 и обеспечивает 1-е место республики в Приволжском федеральном округе [11]. Таким образом, в республике есть транспортные возможности для оказания медицинских услуг. Это, во-первых, применение выездных бригад, во-вторых, перенаправление сельских пациентов в районные центры и областной центр для оказания более качественных услуг.

Другим фактором являются спортивно-оздоровительные мероприятия. Численность систематически занимающихся физической культурой и спортом в 2020 г. в Республике Татарстан составила 1852,7 тыс. человек (на 3,8% больше, чем в 2019 г.). Исходя из этих данных на 1000 человек населения 512,6 активно и регулярно занимаются спортом. Это значение показывает рост по сравнению с аналогичным показателем в 2019 г. Процент женщин в общем количестве составляет 42. Всего в республике для спортивной подготовки жителей была задействована 6391 спортивная организация. Развитию спорта и приобщению к здоровому образу жизни способствуют занятия в спортивных кружках и секциях по месту жительства. Такие занятия проводились в 368 организациях, в них принимали участие 237,3 тыс. человек. В 170 детско-юношеских спортивных школах республики (ДЮСШ и СДЮСШОР) занималось 95,4 тыс. детей. Видами спорта, включенными во всероссийский реестр, занимались в 2020 г. 460,9 тыс. человек. Наиболее привлекательными являются: футбол (48,2 тыс. человек, или 10,4% от общего числа занимающихся), волейбол (45,5 тыс. человек, или 9,9%), плавание (38,5 тыс. человек, или 8,4%), баскетбол (33,5 тыс. человек, или 7,3%), лыжные гонки (31,1 тыс. человек, или 6,8%), хоккей (29,2 тыс. человек, или 6,3%), легкая атлетика (28,0 тыс. человек, или 6,1%) [3].

Обсуждение. Как заключает в своем исследовании Д.Н. Баранов, выявлена тенденция сокращения количества медицинских учреждений и, соответственно, койко-мест в больницах. Сокращение в серьезной мере коснулось медицинских учреждений, работающих в сельской местности. Это существенно влияет на доступность и качество медицинских услуг для жителей этих сельских поселений: наблюдается устойчивая тенденция сокращения числа медицинского персонала при одновременном увеличении трудовой нагрузки. В то же время внедрение цифровых технологий в медицине позволяет оптимизировать использование оборудования и работу медицинского персонала, что должно обеспечить доступность медицинских услуг для сельских жителей и необходимое их качество [1]. Этой же проблематике посвящена статья Г.Ф. Мингалеева, В.И. Погорельцев, Х.И. Фаттахова, О.Д. Рощина [6, 8].

По данным Д.В. Щербаква [13], для обеспечения медицинской помощью сельских жителей на основе улучшения транспортной доступности осуществляются следующие мероприятия: выезды мобильных бригад областных специалистов, проведение теле-, видеоконсультаций, осмотры с использованием флюорографических установок. Указанные меры помогают восполнить дефицит высокотехнологической помощи, по объективным причинам не вполне доступной по месту жительства. В этот же перечень следует включить санитарную авиацию, обслуживание населения сельских территорий в региональных и федеральных клинических медицинских центрах. Комплексные выездные бригады со специалистами по различным видам болезней рассматриваются в качестве одной из основных перспектив с учетом также того фактора, что сельских жители не часто обращаются для периодических осмотров. А именно такие медицинские услуги помогают в своевременном выявлении и лечении болезней, что снижает показатели смертности, но увеличивает показатели заболеваемости.

Б.Д. Цыренов, изучая качество медицинских услуг на селе, выявил, что степень удовлетворения сельских жителей Республики Бурятия системой здравоохранения составляет около 50%, «более трети населения сельской местности Республики Бурятия считают, что функционирующие медицинские учреждения не обеспечивают надлежащего уровня качества услуг» [12]. Несмотря на то, что в республике принимаются меры по обеспечению доступности для сельского населения медицинских услуг, в том числе высокотехнологических, ощущается недостаток в медицинских кадрах, причиной этого является низкая заработная плата, а также неконтролируемая и все увеличивающаяся нагрузка на медицинский персонал. Это приводит, с одной стороны, к врачебным ошибкам, с другой – к нежеланию работать в этой отрасли, особенно в сельской местности. По мнению Б.Д. Цыренова, «концепция трансформации медицины должна обеспечивать смещение полярности в сторону реализации внебольничной помощи» на базе «врачебной (семейной) практики через проведение структурной реорганизации стационарного сектора медицины в сельской местности» [12]. Основой такого развития, по мнению ученого, является «финансовая обеспеченность территориальных органов самоуправления и смежного финансирования, ... развитие транспортно-информационной инфраструктуры» [12].

Похожее мнение содержится в работе Е.С. Кусмагамбетовой и Е.А. Пархомова. В основных выводах по результатам статистических обобщений отмечается, что «в условиях реформирования здравоохранения наблюдаются такие отрицательные тенденции, как снижение инвестиций, сокращение числа медицинских учреждений в сельской местности, уменьшение врачей и медперсонала, в связи с чем медицинские услуги становятся малодоступными для сельян» [5]. Авторами предлагаются «мероприятия, необходимые для развития отрасли здравоохранения, среди которых можно выделить строительство и реконструкцию больниц и фельдшерско-акушерских пунктов; создание амбулаторий общей врачебной (семейной) практики в пределах транспортной и пешеходной доступности для сельских жителей; обеспечение села медицинскими кадрами и повышение их квалификации; организация возможностей для содействия охране здоровья граждан и проведения профилактических мероприятий; обеспечение медицинскими услугами жителей отдаленных сел (мобильные медицинские и диагностические пункты)» [5].

Высказываемые исследователями и практикующими врачами мнения согласуются с необходимостью развития и совершенствования структурной перестройки медицины на региональном уровне, поскольку ее результаты пока не обеспечивают необходимых показателей сбалансированности системы здравоохранения республики.

Выводы. Проведенное исследование и его результаты показывают, что функционирование здравоохранения в Республике Татарстан, несмотря на сокращение медицинских учреждений на селе, осуществляется в достаточной мере рационально. Об этом свидетельствуют показатели заболеваемости и смертности в совокупности с данными о финансировании здравоохранения из консолидированного бюджета. Очевидно, что в республике достаточно рационально используют наличие дорог, для обеспечения сельского населения медицинскими услугами в городских поселениях.

Здравоохранение в Республике Татарстан для сельского населения демонстрирует хорошие результаты. Следует учесть, что сельские жители составляют четверть всего населения региона, в связи с чем есть возможность для оказания им высокотехнологичной помощи в крупных городах, располагающих соответственной технической и кадровой базами. Медицинские услуги могут быть предоставлены альтернативными способами в районных и региональном центрах.

Литература

1. Баранов Д.Н. Современное состояние и направления трансформации здравоохранения в Российской Федерации // Вестник Московского университета им. С.Ю. Витте. Сер. 1. Экономика и управление. 2018. № 2(25). С. 69–76.
2. Данные об исполнении консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации [Электронный ресурс] // Минфин России: офиц. сайт. URL: <https://minfin.gov.ru/ru/performance/regions/operational/analysis> (дата обращения 15.06.2023).
3. Здравоохранение в России [Электронный ресурс] // Росстат: офиц. сайт. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> (дата обращения 15.06.2023).
4. Консолидированный бюджет Российской Федерации [Электронный ресурс] // Минфин России: офиц. сайт. URL: <https://minfin.gov.ru/ru/statistics/conbud> (дата обращения 15.06.2023).
5. Кусмагамбетова Е.С., Пархомов Е.А. Развитие здравоохранения как основы формирования социальной сферы сельских территорий // Международный научный вестник (Вестник Объединения православных ученых). 2019. № 3(23). С. 50–53.

6. Мингалеев Г.Ф., Погорельцев В.И., Фаттахов Х.И. Организация процессов в учреждениях здравоохранения в условиях бюджетного финансирования // Сборник научных трудов Всероссийской медицинской научно-практической конференции «Развитие российского здравоохранения на современном этапе» (Мурманск, 28 марта 2013 г.). М.: АдамантЪ, 2013. С. 60–65.

7. Население [Электронный ресурс] // Татарстанстат: офиц. сайт. URL: <https://16.rosstat.gov.ru/naselenie> (дата обращения: 15.06.2023).

8. Проблемы применения IT-технологий в медицине / Г.Ф. Мингалеев, В.В. Трутнев, Д.О. Роцин и др. // Сборник научных трудов Всероссийской медицинской научно-практической конференции «Развитие российского здравоохранения на современном этапе» (Мурманск, 28 марта 2013 г.). М.: АдамантЪ, 2013. С. 66–71.

9. Регионы России. Социально-экономические показатели [Электронный ресурс] // Росстат: офиц. сайт. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13204> (дата обращения: 15.06.2023).

10. Сельские территории Российской Федерации [Электронный ресурс] // Росстат: офиц. сайт. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/sel-terr.html> (дата обращения 15.06.2023).

11. Транспорт [Электронный ресурс] // Росстат: офиц. сайт. URL: <https://rosstat.gov.ru/statistics/transport> (дата обращения 15.06.2023).

12. Цыренов Б.Д. Проблемы и пути совершенствования социального обеспечения сельских территорий (на примере медицинских учреждений Республики Бурятия) // Экономика: вчера, сегодня, завтра. 2017. Т. 7, № 3А. С. 154–161.

13. Щербakov Д.В. Перспективные направления деятельности органов управления здравоохранением по решению проблем качества медицинских услуг в сельских районах Омской области // Сборник научных трудов Всероссийской медицинской научно-практической конференции «Развитие российского здравоохранения на современном этапе» (Мурманск, 28 марта 2013 г.). М.: АдамантЪ, 2013. С. 168–172.

СЕРЕБРЯКОВА ТАТЬЯНА ЮРЬЕВНА – доктор экономических наук, профессор кафедры экономики, Чебоксарский кооперативный институт (филиал) Российского университета кооперации, Россия, Чебоксары (serebrtata@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3823-8447>).

ГАЙФУЛЛИН АЙРАТ НУРИСЛАМОВИЧ – аспирант кафедры экономической безопасности, финансов и бухгалтерского учета, Российский университет кооперации, Россия, Мытищи (airat-vrach@mail.ru).

Tatiana Yu. SEREBRYAKOVA, Airat N. GAYFULLIN

ASSESSMENT OF THE FUNCTIONING OF HEALTH CARE IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN IN 2005–2021

Key words: *health care, morbidity, socio-economic indicators, result of activity.*

The Republic of Tatarstan is located in the Volga Federal District and occupies one of the last places in the ranking in terms of the number of hospital beds per 10,000 people. It should also be noted unfavorable data on the number of medical staff, the number of people per place in the hospital, the number of receptions per shift. At the same time, the region is characterized by good socio-economic indicators in the field of health. Among them, the main ones are not only stable data on morbidity and mortality, but also the conditions for financing health care. The above requires research to assess these trends.

The purpose of the study is to assess the factors influencing the health indicators of the Republic of Tatarstan.

Materials and methods. *In the course of studying theoretical and practical provisions, general scientific methods of cognition were used: comparison, abstraction, synthesis, induction and deduction, as well as methods of statistical analysis. The information base of the study was the data of the Ministry of Finance of the Russian Federation on the use of the consolidated budgets of the Russian Federation and its subjects, as well as indicators of the development of healthcare, transport, etc. published on the Rosstat website.*

The results of the study. Despite a significant reduction in the number of hospitals, medical personnel, and beds in rural areas, the Republic of Tatarstan manages to maintain morbidity and mortality rates at the same level with a slight increase during the pandemic. This was facilitated by the involvement of the population in sports, as well as alternative ways of providing medical services to rural residents. New health care services are favored by good transport accessibility of district and regional centers, conditions created in them for the provision of medical care to rural residents. New methods of providing curative and preventive care are being actively used, for example, through the use of mobile teams, remote consultations, as well as redirecting patient flows to district and regional centers. Financing of health care has not always been at a sufficient level, but in recent years it has improved, which positively characterizes the state of health care in the republic.

Conclusions. The Republic of Tatarstan is characterized by good socio-economic indicators in the field of healthcare. The reduction in the number of medical institutions did not adversely affect the morbidity and mortality rates of the population of the republic. To a certain extent, this is due to the developed transport network, which contributes to the provision of assistance by mobile teams, as well as the redirection of the flow of cases to district and regional centers. Financing of health care has improved in recent years, which has also contributed to the success of the functioning of medical institutions.

Литература

1. Baranov D.N. *Sovremennoe sostoyanie i napravleniya transformatsii zdavookhraneniya v Rossiiskoi federatsii* [Current Status and Directions of Transformation of Healthcare in the Russian Federation]. *Vestnik Moskovskogo universiteta im. S.Yu. Vitte. Ser. 1. Ekonomika i upravlenie*, 2018, no. 2(25), pp. 69–76.
2. *Dannye ob ispolnenii konsolidirovannykh byudzhetrov sub"ektov Rossiiskoi Federatsii* [Data on the execution of the consolidated budgets of the constituent entities of the Russian Federation]. In: *Minfin Rossii: ofits. sait* [Ministry of Finance of Russia: website]. Available at: <https://minfin.gov.ru/ru/performance/regions/operational/analysis> (Access Date: 2023, June 15).
3. *Zdavookhranenie v Rossii* [Healthcare in Russia]. In: *Rosstat: ofits. sait* [Rosstat: website]. Available at: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> (Access Date: 2023, June 15).
4. *Konsolidirovannyi byudzhets Rossiiskoi Federatsii* [Consolidated Budget of the Russian Federation]. In: *Minfin Rossii: ofits. sait* [Ministry of Finance of Russia: website]. Available at: <https://minfin.gov.ru/ru/statistics/conbud> (Access Date: 2023, June 15).
5. Kusmagambetova E.S., Parkhomov E.A. *Razvitie zdavookhraneniya kak osnovy formirovaniya sotsial'noi sfery sel'skikh territorii* [Development of Health Care as a Basis for the Formation of the Social Sphere of Rural Areas]. *Mezhdunarodnyi nauchnyi vestnik (Vestnik Ob"edineniya pravoslavnykh uchenykh)*, 2019, no. 3(23), pp. 50–53.
6. Mingaleev G.F., Pogorel'tsev V.I., Fattakhov Kh.I. *Organizatsiya protsessov v uchrezhdeniyakh zdavookhraneniya v usloviyakh byudzhetnogo finansirovaniya* [Organization of processes in health care institutions in the context of budget financing]. In: *Sbornik nauchnykh trudov Vserossiiskoi meditsinskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii «Razvitie rossiiskogo zdavookhraneniya na sovremennom etape» (Murmansk, 28 marta 2013 g.)* [Collection of scientific papers of the All-Russian Medical Scientific and Practical Conference "Development of Russian Health Care at the Present Stage" (Murmansk, March 28, 2013)]. Moscow, Adamant Publ., 2013, pp. 60–65.
7. *Naselenie* [Population]. In: *Tatarstanstat: ofits. sait* [Tatarstanstat: website]. Available at: <https://16.rosstat.gov.ru/naselenie> (Access Date: 2023, June 15).
8. Mingaleev G.F., Trutnev V.V., Roshchin D.O. et al. *Problemy primeneniya IT-tehnologii v meditsine* [Problems of using IT technologies in medicine]. In: *Sbornik nauchnykh trudov Vserossiiskoi meditsinskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii «Razvitie rossiiskogo zdavookhraneniya na sovremennom etape» (Murmansk, 28 marta 2013 g.)* [Collection of scientific papers of the All-Russian Medical Scientific and Practical Conference "Development of Russian Health Care at the Present Stage" (Murmansk, March 28, 2013)]. Moscow, Adamant Publ., 2013, pp. 66–71.
9. *Regiony Rossii. Sotsial'no-ekonomicheskie pokazateli* [Regions of Russia. Socio-economic indicators]. In: *Rosstat: ofits. sait* [Rosstat: website]. Available at: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13204> (Access Date: 2023, June 15).

10. *Sel'skie territorii Rossiiskoi Federatsii* [Rural areas of the Russian Federation]. In: *Rosstat: ofits. sait* [Rosstat: website]. Available at: <https://rosstat.gov.ru/statistics/transport> (Access Date: 2023, June 15).

11. *Transport* [Transport]. In: *Rosstat: ofits. sait* [Rosstat: website]. Available at: <https://rosstat.gov.ru/statistics/transport> (Access Date: 2023, June 15).

12. Tsyrenov B.D. *Problemy i puti sovershenstvovaniya sotsial'nogo obespecheniya sel'skikh territorii (na primere meditsinskikh uchrezhdenii Respubliki Buryatiya)* [Problems and ways of improving social welfare of rural areas (on the example of medical institutions of the Republic of Buryatia)]. *Ekonomika: vchera, segodnya, zavtra*, 2017, vol. 7, no. 3A, pp. 154–161.

13. Shcherbakov D.V. *Perspektivnye napravleniya deyatel'nosti organov upravleniya zdravookhraneniem po resheniyu problem kachestva meditsinskikh uslug v sel'skikh raionakh Omskoi oblasti* [Promising areas of activity of health authorities to solve the problems of quality of medical services in rural areas of the Omsk region]. In: *Sbornik nauchnykh trudov Vserossiiskoi meditsinskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii «Razvitie rossiiskogo zdravookhraneniya na sovremennom etape» (Murmansk, 28 marta 2013 g.)* [Collection of scientific papers of the All-Russian Medical Scientific and Practical Conference "Development of Russian Health Care at the Present Stage" (Murmansk, March 28, 2013)]. Moscow, Adamant[™] Publ., 2013, pp. 168–172.

TATYANA Yu. SEREBRYAKOVA – Doctor of Economics Sciences, Professor, Department of Economics, Cheboksary Cooperative Institute (branch) of the Russian University of Cooperation, Russia, Cheboksary (serebrtata@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3823-8447>).

AIRAT N. GAYFULLIN – Post-Graduate Student, Department of Economic Security, Finance and Accounting, Russian University of Cooperation, Russia, Mytishchi (airat--vrach@mail.ru).

Формат цитирования: *Серебрякова Т.Ю., Гайфуллин А.Н.* Оценка функционирования здравоохранения Республики Татарстан в 2005–2021 годах [Электронный ресурс] // *Oeconomia et Jus.* – 2023. – № 3. – С. 45–58. – URL: <http://oecomia-et-jus.ru/single/2023/3/5>. DOI: 10.47026/2499-9636-2023-3-45-58.