

УДК 332.14

ВАЛЕЕВА ГУЛЬНАРА ФАРИДОВНА

ассистент, Казанский (Приволжский) федеральный университет,
e-mail: gfvaleeva@gmail.com

ШЕРПУТОВСКИЙ ЮРИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ

аспирант, Казанский (Приволжский) федеральный университет,
e-mail: sherputovskiy-yuri@yandex.ru

DOI:10.26726/1812-7096-2020-12-32-45

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНОВ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Аннотация. Цель работы. Целью исследования является анализ показателей сферы здравоохранения регионов Приволжского федерального округа в динамике с 2013 г. Анализ включает себя показатели смертности, заболеваемости, инвалидизации, профилактики здоровья, финансовых, инфраструктурных и кадровых ресурсов системы здравоохранения как, с одной стороны, совокупности институтов и ресурсов, цель которых — улучшение здоровья населения, и, с другой стороны, как инструмента, с помощью которого государство как гарант охраны здоровья и оказания доступной и качественной медицинской помощи реализует свои задачи. **Метод или методология проведения работы.** Основным методом исследования является сравнительный анализ. **Результаты.** В процессе анализа выявлены положительные и негативные тенденции в сфере здравоохранения и общественного здоровья в рассматриваемых регионах. Регионами-лидерами оказались Нижегородская область и Республика Татарстан, наиболее отстающие результаты зафиксированы у Республики Марий Эл. В целом можно констатировать, что значения показателей регионов ПФО по сравнению со среднероссийскими значениями имеют положительные показатели и динамику показателей в сфере здравоохранения. **Область применения результатов.** Результаты исследования могут быть применены на практике органами региональной власти, отвечающими за функционирование и стратегическое развитие сферы здравоохранения, а также курирующих реализацию национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография». **Выводы.** В целом многие рассмотренные количественные значения регионов ПФО по сравнению со среднероссийскими значениями имеют положительную динамику показателей в сфере здравоохранения, но это ни в коем случае не констатирует, что нет необходимости усовершенствовать работу региональных систем здравоохранения и улучшать показатели общественного здоровья, ведь это, помимо решения социальных проблем, способствуют ускорению экономического развития региона. Пандемия COVID-2019 должна стать для современности ярким примером ценностного отношения к вопросам здоровья как индивида, так и системы здравоохранения в целом.

Ключевые слова: здравоохранение, региональное развитие, система здравоохранения, регионы ПФО, смертность.

VALEEVA GULNARA FARIDOVNA

Assistant, Kazan (Volga Region) Federal University,
e-mail: gfvaleeva@gmail.com

SHERPUTOVSKY YURI VLADIMIROVICH

Postgraduate student, Kazan (Volga Region) Federal University,
e-mail: sherputovskiy-yuri@yandex.ru

COMPARATIVE ANALYSIS OF HEALTH SECTOR INDICATORS REGIONS OF THE VOLGA FEDERAL DISTRICT

Abstract. The purpose of the work. The aim of the study is to analyze the indicators of the health sector of the regions of the Volga Federal District in the dynamics since 2013. The analysis includes mortality, morbidity, disability, health, financial, infrastructural and human resources of the health care system as, on the one hand, a set of institutions and resources aimed at improving the health of the population, and, on the other hand, as an instrument by which the state as a guarantor of health and providing affordable and quality health care is implementing your task. **The method or methodology of the work.** The main research method is comparative analysis. **Results.** The analysis revealed positive and negative trends in the field of health and public health in the regions under consideration. The leading regions were the Nizhny Novgorod Region and the Republic of Tatarstan, the most lagging results were recorded in the Republic of Mari El. In General we can say that the values of indicators of VFD regions compared with the average values are positive indicators and momentum indicators in the health sector. **The scope of the results.** The results of the study can be applied in practice by the regional authorities responsible for the functioning and strategic development of the health sector, as well as overseeing the implementation of the national projects "Health" and "Demography". **Conclusions.** Many of the quantitative values of VFD regions compared with the average values are positive indicators in the health sector, but it is in any case not stating that there is no need to improve the work of the regional health systems and to improve public health, because, in addition to solving social problems, accelerate economic development of the region. The COVID-2019 pandemic should become a vivid example of a value-based attitude to health issues for both the individual and the health system as a whole.

Keywords: healthcare, regional development, healthcare system, regions of the Volga Federal District, mortality.

Введение. Здоровье – это наиважнейшая ценность человека, пандемия COVID-2019 еще раз подчеркнула необходимость сохранения и укрепления здоровья: как для отдельного индивида, так и системы здравоохранения в целом.

Система здравоохранения, представляя собой совокупность институтов и ресурсов, главная цель которых – улучшение здоровья населения, является инструментом, с помощью которого государство как гарант охраны здоровья и оказания доступной и качественной медицинской помощи реализует свои задачи. Для ее функционирования необходимы ресурсы: кадровые, финансовые, информационные, управленческие, инфраструктурные, транспортные, коммуникационные [4].

Методы исследования. В статье будет проведен сравнительный анализ ресурсного потенциала системы здравоохранения на региональном уровне и динамика его развития с 2013 г.

Источником статистических данных, используемых в работе, является официальный сайт Федеральной службы государственной статистики.

Объектом исследования выбраны 14 регионов Приволжского федерального округа (далее – ПФО). Здесь проживает 21,3% от общего числа граждан страны, доля округа в общероссийском ВВП превышает 15%.

Результаты. Первый блок – показатели общественного здоровья: ожидаемая продолжительность жизни при рождении (табл. 1), смертность, заболеваемость и инвалидизация – наиболее результативные показатели функционирования системы здравоохранения [10].

Наиболее высокая ожидаемая продолжительность жизни в 2018 г. – в Республике Татарстан – 74,35 года, это девятое место по регионам России, в среднем же данный показатель в России равен 72,91 года. Уже на протяжении нескольких лет самый низкий показатель по продолжительности жизни среди регионов ПФО у Пермского края (в 2018 г. показатель равен 70, 72 года). В период с 2013 по 2018 гг. у всех рассматриваемых регионов данный показатель имеет положительную динамику, максимальный прирост у Республики Мордовия – 3,1. Перейдем к анализу показателей смертности (табл. 2).

Таблица 1

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет)

Регион	Год						Место, занимаемое в Российской Федерации 2018
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
ПФО	70,06	70,20	70,71	71,39	72,26	72,41	5
Республика Башкортостан (далее – Респ. Башкортостан)	69,63	69,76	70,08	71,00	71,73	72,06	42
Республика Марий Эл (далее – Респ. Марий Эл)	69,30	69,42	69,80	70,75	72,24	71,99	43
Республика Мордовия (далее – Респ. Мордовия)	70,56	71,38	72,06	72,25	73,40	73,66	16
Республика Татарстан (далее – Респ. Татарстан)	72,12	72,17	72,81	73,64	74,20	74,35	9
Удмуртская Республика (далее – Удмуртская Респ.)	69,92	70,03	70,46	70,86	72,06	72,45	35
Чувашская Республика (далее – Чувашская Респ.)	70,79	70,62	71,35	71,52	72,73	72,95	26
Пермский край	68,75	69,04	69,09	69,74	70,79	70,72	67
Кировская область (далее – Кировская обл.)	70,26	70,59	71,11	71,71	72,72	72,47	34
Нижегородская область (далее – Нижегородская обл.)	69,42	69,53	70,17	70,75	71,88	71,69	52
Оренбургская область (далее – Оренбургская обл.)	68,90	68,73	69,63	70,57	70,94	71,45	56
Пензенская область (далее – Пензенская обл.)	71,54	71,63	72,12	72,53	73,34	73,21	22
Самарская область (далее – Самарская обл.)	69,40	69,63	70,35	71,08	71,73	72,31	36
Саратовская область (далее – Саратовская обл.)	70,67	70,95	71,40	72,07	72,88	72,95	26
Ульяновская область (далее – Ульяновская обл.)	70,50	70,37	70,46	70,97	72,34	72,17	39

Таблица 2

Смертность населения по основным классам причин смерти в 2018 г.

Регион	Умершие от всех причин смерти	Из них по причинам смерти						
		Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	Из них туберкулез	Новообращенные	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Внешние причины смерти
РФ	1245,6	23,6	5,9	203,0	583,1	41,6	65,0	98,5
ПФО	1326,6	23,9	4,6	194,9	626,2	44,7	70,9	110,6
Респ. Башкортостан	1243,2	23,7	5,2	183,7	564,9	70,0	61,3	110,5
Респ. Марий Эл	1268,9	11,4	5,4	174,9	559,2	54,7	64,6	135,5
Респ. Мордовия	1339,9	10,5	3,0	174,8	416,4	33,2	55,9	96,8
Респ. Татарстан	1144,8	13,7	2,8	197,9	597,3	38,1	54,4	78,2
Удмуртская Респ.	1197,1	22,8	5,4	184,1	526,3	41,8	74,5	115,2
Чувашская Респ.	1259,9	10,2	3,9	155,6	500,8	68,9	69,5	143,8
Пермский край	1350,4	45,5	7,2	197,6	688,6	41,6	87,3	130,0
Кировская обл.	1490,0	7,9	2,8	227,9	674,4	56,1	66,0	128,8
Нижегородская обл.	1501,5	15,9	2,2	188,5	658,5	37,6	88,8	96,6
Оренбургская обл.	1329,1	35,8	6,9	231,7	638,2	36,4	76,2	109,4
Пензенская обл.	1449,3	11,8	4,0	200,1	765,7	44,0	77,4	129,4
Самарская обл.	1352,3	39,6	5,4	194,4	603,5	23,0	65,1	126,2
Саратовская обл.	1388,9	22,8	3,6	193,0	746,7	47,1	81,5	94,6
Ульяновская обл.	1419,4	35,7	7,9	216,2	722,4	43,1	67,0	120,0

*Источник: данные Росстата [11].

Самый высокий показатель умерших от всех причин в 2018 г. у Нижегородской области – 1501,5 человек на 100 000 человек населения: стоит отметить, что это превышает показатель по Приволжскому федеральному округу и по России в целом. Минимальное же количество умерших на 100 000 человек населения зафиксировано в Республике Татарстан – 1144,8. Рас-



Рис. 1. Смертность населения по основным классам причин смерти в 2018 г. (число умерших на 100 000 человек населения) в ПФО

Источник: составлено автором по данным Росстата [11].

Наиболее распространенная причина смертности во всех рассматриваемых регионах, как видно из рис. 1, – болезни системы кровообращения, далее – это новообразования. По умершим от болезней системы кровообращения наиболее высокий показатель у Пензенской области, по онкологическим заболеваниям – у Оренбургской области. Чувашская Республика имеет наиболее низкое количество умерших от новообразований среди рассмотренных регионов, а Республика Мордовия – от сердечно-сосудистых заболеваний.

Далее рассмотрим статистику по умершим в трудоспособном возрасте (табл. 3).

Регион	Всего, человек		На 1000 человек населения соответствующего пола и возраста	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
РФ	311272	82246	7,3	2,1
ПФО	66792	16974	7,9	2,2
Респ. Башкортостан	9782	2585	8,3	2,4
Респ. Марий Эл	1649	364	8,4	2,1
Респ. Мордовия	1663	374	6,7	1,8
Респ. Татарстан	7193	1655	6,4	1,6
Удмуртская Респ.	3473	788	8,1	2,0
Чувашская Респ.	2915	624	8,1	2,0
Пермский край	6783	1913	9,2	2,8
Кировская обл.	2925	607	8,2	1,9
Нижегородская обл.	7630	1931	8,2	2,3
Оренбургская обл.	4793	1325	8,5	2,6
Пензенская обл.	2759	676	7,3	2,0
Самарская обл.	7281	2044	8,0	2,4
Саратовская обл.	5042	1318	7,1	2,0
Ульяновская обл.	2904	770	8,1	2,4

Источник: данные Росстата [11].

Объективным по данному показателю является показатель, отражающий количество умерших в трудоспособном возрасте на 1000 человек населения соответствующего пола и возраста. Самые высокие показатели у Пермского края – значение 9,2 на 1000 мужчин и 2,8 на 1000 женщин. Минимальные же значения у Республики Татарстан: 6,4 и 1,6 соответственно.

С показателями смертности непосредственно связаны показатели заболеваемости, рассмотрим данный показатель в динамике за 2013–2018 гг. (табл. 4)

Таблица 4

Заболеваемость населения (зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом,

Регион	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Российская Федерация	799,4	787,1	778,2	785,3	778,9	782,1
Приволжский федеральный округ	873,6	872,3	870,7	857,5	840,1	846,0
Республика Башкортостан	841,3	862,6	849,8	844,9	836,8	843,9
Республика Марий Эл	869,8	882,4	915,0	935,7	929,4	936,9
Республика Мордовия	713,5	684,5	683,7	658,9	682,6	680,7
Республика Татарстан	831,6	841,1	804,2	792,3	794,0	775,1
Удмуртская Республика	942,2	945,4	968,2	991,0	995,0	954,6
Чувашская Республика	1039,2	1019,0	983,4	934,2	917,1	929,3
Пермский край	929,7	981,6	979,7	950,2	930,4	931,3
Кировская область	788,6	755,0	756,7	746,4	746,1	752,2
Нижегородская область	894,6	919,3	912,1	913,0	872,2	905,7
Оренбургская область	811,0	789,5	779,0	792,9	766,0	841,5
Пензенская область	736,1	717,3	747,0	732,8	733,0	755,5
Самарская область	1043,6	1016,0	1033,7	975,7	912,1	897,1
Саратовская область	763,5	736,6	751,2	749,4	727,9	733,5
Ульяновская область	914,8	853,0	891,7	872,4	876,4	874,1

Во-первых, самая высокая заболеваемость на 1000 человек населения в 2018 г. зафиксирована в Удмуртской Республике, а самая низкая – в Республике Мордовия. Во-вторых, необходимо отметить резкое снижение заболеваемости в Самарской области: с 1043,6 в 2013 г. до 897,1 в 2018. Показатели Чувашской Республики также фиксируют существенное снижение в данном временном диапазоне: с 1039,2 показатель понизился до 929,3. В семи рассматриваемых регионах имеется, хоть и невысокое, но все же возрастание показателей заболеваемости. Отдельно

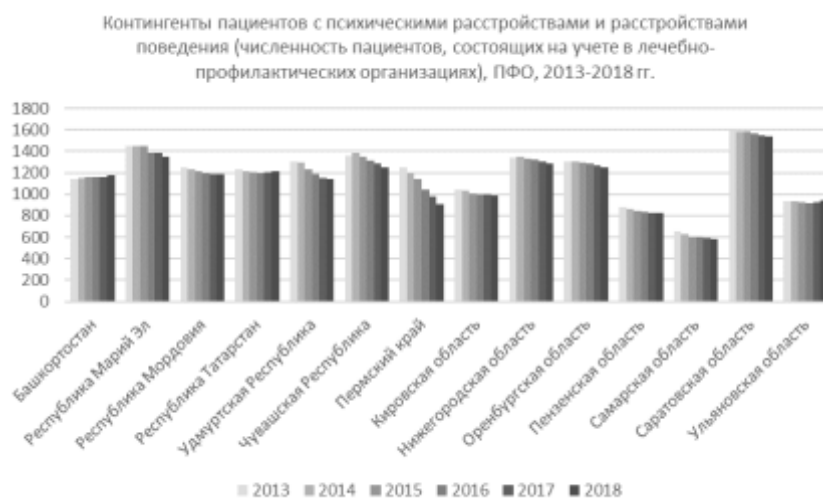


Рис. 2. Контингенты пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения (численность пациентов, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях), ПФО, 2013–2018 гг.

Здесь явно «антилидером» является Саратовская область с показателем, в 2018 г. равным 1540,9 пациентам, состоящим на учете в лечебно-профилактических организациях. Хотя данный показатель у региона и планомерно снижается с 2013 г., он все равно в 2,6 раз превышает



Рис.3. Численность лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами (человек), регионы ПФО 2013–2018 гг.

Источник: составлено автором по данным Росстата [11].

По численности лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, в 2018 г. наблюдается высокая дифференциация между регионами, наиболее высокая – почти в 5,5 раз – у Республик Башкортостан (17274 человек, впервые признанных инвалидами) и Марий Эл (3187 человек), при этом в 2018 г. у Республики Марий Эл этот показатель превысил значение 2017 г. на 416 человек. Далее рассмотрим общую численность инвалидов на 1000 человек



Рис.4. Общая численность инвалидов на 1000 человек населения на начало года, регионы ПФО, 2013–2019 гг.

Источник: составлено автором по данным Росстата [11].

Регионом, где зарегистрировано наименьшее количество инвалидов на 1000 человек населения, является Саратовская область, наибольшее же количество зафиксировано в Оренбургской области – 101,6. При этом стоит отметить, что несмотря на высокие значения количества человек, впервые признанных инвалидами в Республике Башкортостан (предыдущий анализируемый показатель), этот регион занимает второе место по наименьшему количеству инвалидов среди регионов ПФО.

Далее рассмотрим и проанализируем инфраструктурные ресурсы системы здравоохранения

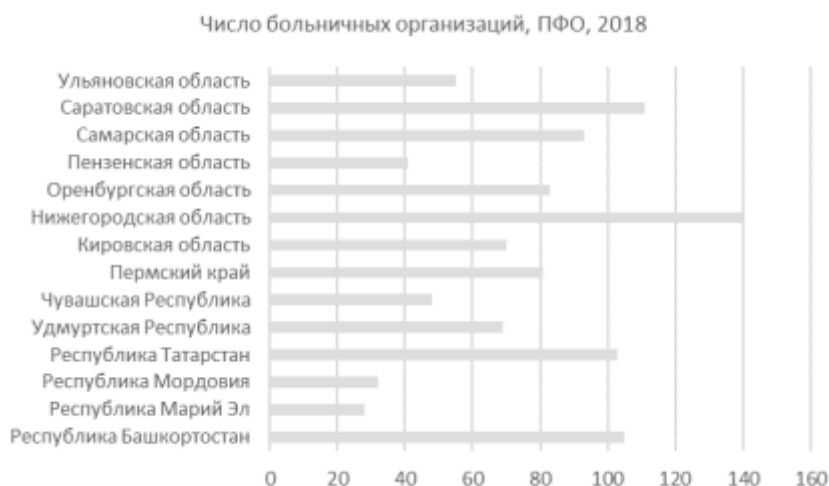


Рис. 5. Число больничных организаций, ПФО, 2018

Источник: составлено автором по данным Росстата [11].

Во-первых, стоит отметить снижение числа больничных организаций на федеральном и региональном уровнях – на 613 и 168 соответственно. Это – на наш взгляд, негативная тенденция, которая не способствует эффективной работе системы здравоохранения и противоречит принципам доступной медицинской помощи.

С 2013 г. снижение числа больничных организаций зафиксировано во всех регионах ПФО. В 2018 по сравнению с 2017 их число возросло лишь в двух рассматриваемых регионах – Нижегородской области (на 5) и Самарской области (на 3). В Нижегородской же области зафиксировано наибольшее число больничных организаций – 140, наименьшее же – в Республике Марий Эл – всего лишь 28. Далее рассмотрим число больничных коек на 10 000 человек в каждом из регионов ПФО и их динамику (табл. 5).

Регион	2013	2014	2015	2016	2017	2018
РФ	90,6	86,6	83,4	81,6	80,5	79,9
ПФО	89,5	86,6	83,3	81,5	80,5	80,1
Респ. Башкортостан	81,4	80,7	80,1	78,8	78,0	77,4
Респ. Марий Эл	98,6	95,3	90,3	83,5	82,0	80,6
Респ. Мордовия	101,4	93,0	81,5	80,5	77,9	79,0
Респ. Татарстан	71,6	65,9	65,8	65,2	63,4	63,3
Удмуртская Респ.	98,9	99,9	92,8	84,2	81,2	78,0
Чувашская Респ.	88,3	85,4	83,7	83,4	82,6	82,6
Пермский край	86,3	89,8	86,3	84,2	82,7	81,6
Кировская обл.	102,4	95,3	90,1	87,9	87,3	87,8
Нижегородская обл.	102,7	98,2	89,1	87,1	87,7	89,7
Оренбургская обл.	92,5	89,5	86,5	85,2	83,3	80,7
Пензенская обл.	86,3	83,8	81,2	80,4	79,5	79,6
Самарская обл.	87,8	82,8	78,4	76,2	74,0	73,9
Саратовская обл.	97,6	95,3	98,3	99,0	101,0	100,8
Ульяновская обл.	92,2	90,2	84,7	82,0	82,0	79,9

Источник: данные Росстата [11].

Наибольшая обеспеченность больничных коек на 10 000 на конец 2018 г. была зафиксирована в Саратовской области – 100,8, наименьшая – в Республике Татарстан – 63,3, при этом с каждым годом (с 2013 г.) здесь фиксируется снижение данного показателя. Рост с 2013 г. данного показателя зафиксирован лишь в лидирующем регионе, все остальные регионы, так же как и Татарстан, уменьшают обеспеченность больничных коек на 10 000 населения.

В связи с этим отдельно рассмотрим ввод в действие мощностей амбулаторно-поликлинических организаций в сельской местности (посещений в смену). Отметим, что данный показатель в России в период 2005–2018 гг. увеличился в 3,94 раза, а в ПФО в целом – в 3,41

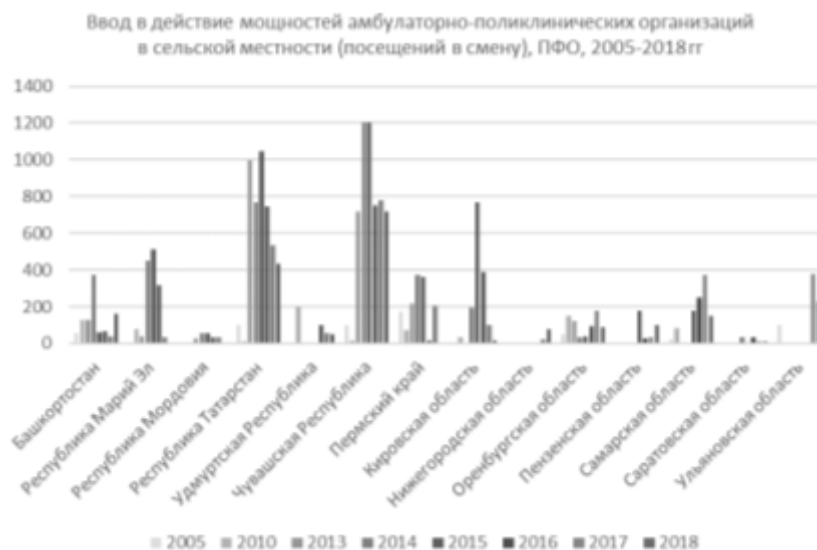


Рис. 6. Ввод в действие мощностей амбулаторно-поликлинических организаций в сельской местности (посещений в смену), ПФО, 2005–2018 гг.

Источник: составлено автором по данным Росстата [11].

На рис. 6 наглядно видно высокую дифференциацию по данному показателю. Например, в Чувашии в 2018 г. данный показатель равен 720, в Саратовской области – 8. В трех регионах в 2018 г. показатель равен 0 – это Республики Марий Эл, Мордовия и Пермский край.

Несомненно, на сегодняшний день профилактические меры укрепления здоровья – наиважнейший инструмент укрепления общественного здоровья и улучшения показателей системы



Рис. 7. Медицинские организации и подразделения, осуществляющие профилактическую работу среди населения, ПФО, 2018 г.

Центры медицинской профилактики по одному есть только в трех регионах: Республике Башкортостан, Нижегородской и Ульяновской областях. Наибольшее количество Центров здоровья в Республике Башкортостан – 32, наименьшее – 3 в Республике Марий Эл, как мы видим дифференциация более, чем в 10 раз. Также Республика Марий Эл имеет наименьшее количество отделений (кабинетов) медицинской профилактики амбулаторно-поликлинических организаций среди регионов – 21, лидирует же Нижегородская область – 116.

Говоря о здоровом образе жизни как об одном из ключевых элементов профилактических мер, рассмотрим показатели численности населения, занимающихся в физкультурно-оздоровительных клубах, секциях и группах (табл. 6).

Таблица 6

Регион	Год						
	2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018
РФ	26257,0	35314,9	39040,1	43464,4	46659,2	50109,2	54291,5
ПФО	5956,9	7970,1	8471,2	9220,4	9765,0	10265,0	11244,3
Респ. Башкортостан	833,9	1034,1	1090,0	1169,4	1293,1	1375,2	1601,0
Респ. Марий Эл	235,0	239,2	241,0	240,3	247,9	253,6	271,4
Респ. Мордовия	237,8	245,9	255,6	269,9	299,0	310,8	324,5
Респ. Татарстан	875,5	1233,6	1329,6	1418,8	1483,1	1556,6	1702,5
Удмуртская Респ.	298,0	420,2	436,4	449,7	471,6	508,1	523,1
Чувашская Респ.	348,9	398,9	430,5	449,0	463,9	478,3	511,0
Пермский край	393,7	503,0	537,9	739,4	781,3	817,6	887,1
Кировская обл.	244,9	310,5	331,5	369,1	388,1	405,3	434,5
Нижегородская обл.	456,5	891,4	956,9	1026,8	1097,5	1154,2	1234,6
Оренбургская обл.	449,3	559,6	584,1	601,6	632,5	663,7	788,7
Пензенская обл.	313,8	457,7	474,2	490,4	495,4	519,5	554,5
Самарская обл.	443,8	718,6	808,9	914,7	965,0	1013,2	1123,7
Саратовская обл.	589,1	645,2	656,5	699,4	717,7	770,1	825,3
Ульяновская обл.	236,7	312,2	338,1	382,0	429,0	438,8	462,4

По данному показателю в 2018 г. лидирует Республика Татарстан, показатель в 2018 г. – 1702,5 тыс. человек, с 2010 г. значение увеличилось на 827 тыс. человек. Минимальное же количество в Республике Марий Эл – 271,4. Наибольший прирост за рассмотренные 8 лет показала Республика Татарстан, но также стоит выделить прирост Нижегородской области – 778,1 тыс. чел. и Республики Башкортостан – 767,1.

Далее рассмотрим финансовые ресурсы системы здравоохранения (рис. 8).

В период с 2013 по 2018 гг. по России в целом расходы консолидированных бюджетов субъектов на здравоохранение сократились на 300089,6 млн руб.

По итогам 2018 г. по расходам консолидированных бюджетов на здравоохранение лидирует Республика Татарстан с показателем 24082 млн руб. Необходимо отметить, что в 2013–2015 гг. по данному показателю лидировала Республика Башкортостан, а затем, несмотря на снижение показателя в 2017 г., три года лидером являлась Республика Татарстан. Почти во всем рассматриваемом периоде самые низкие показатели расходов у Республики Марий Эл – в 2018 г. данный показатель равен 1433,4 (исключение составляет показатель 2931,9 в 2016 г. у Чувашской Республики). Данные крайне низкие показатели, на наш взгляд, объясняют низкие показатели региона по основным показателям системы здравоохранения региона.

Далее рассмотрим и проанализируем показатель инвестиций в основной капитал, направ-



Рис. 8. Расходы консолидированных бюджетов регионов ПФО на здравоохранение (млн руб.), 2013–2018 гг.



Рис. 9. Инвестиции в основной капитал, направленные на развитие здравоохранения, млн руб., ПФО 2013–2018 гг.

Источник: составлено автором по данным Росстата [11].

Здесь, аналогично предыдущему анализируемому показателю, лидером является Республика Татарстан. Данный регион с показателем 4711,6 превышает значение региона-аутсайдера Республики Марий Эл – 450,5 – более чем в 10 раз. Стоит отметить крайне высокий рост показателя Республики Башкортостан в 2014 г. – 8678,8 млн руб.: по сравнению с 2013 г. он увеличился вдвое, а затем в 2015 сократился почти вчетверо.

Перейдем к анализу среднемесячной номинальной начисленной заработной платы работников здравоохранения (табл. 7)

Как видно из данных, представленных в табл. 7, ни одно значение не достигло среднего значения по стране, а в целом по ПФО значение меньше среднероссийского на 10000 руб. Наибольшие значения имеют заработные платы медицинских работников в Республике Татарстан – 34909, наименьшие – в Республике Марий Эл – 24974. Конечно, данные по заработным платам будут сильно отличаться в 2020 г. в связи с дополнительными выплатами из-за пандемии коронавируса, однако по итогам представленных данных можно говорить о том, что заработные платы работников медицинской отрасли в регионах ПФО находятся на крайне невысоком уровне.

Рассмотрим кадровые ресурсы системы здравоохранения: численность врачей и среднего

Таблица 7

Среднемесячная номинальная начисленная заработная

Регион	Год					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
РФ	24570	27213	28318	29882	31980	40027
ПФО	18729	20976	21882	22937	24718	30440
Респ. Башкортостан	20410	22330	23580	25661	27075	32493
Респ. Марий Эл	14279	16388	17124	17884	19494	24974
Респ. Мордовия	15345	16860	18278	19959	21744	25713
Респ. Татарстан	20646	22884	24977	25111	26693	34909
Удмуртская Респ.	17704	20743	21434	22820	25549	31705
Чувашская Респ.	17448	19041	19688	20488	22393	27302
Пермский край	22413	25107	24789	25517	27452	32591
Кировская обл.	17715	19199	19829	21108	23064	27435
Нижегородская обл.	18730	21149	21615	22468	24837	30164
Оренбургская обл.	16681	19254	20293	22454	23730	29419
Пензенская обл.	17427	20264	21262	22524	24389	28941
Самарская обл.	19851	22151	23181	23824	25602	32038
Саратовская обл.	17166	19111	19685	20181	21331	26579
Ульяновская обл.	15837	17410	18123	19072	21492	26716

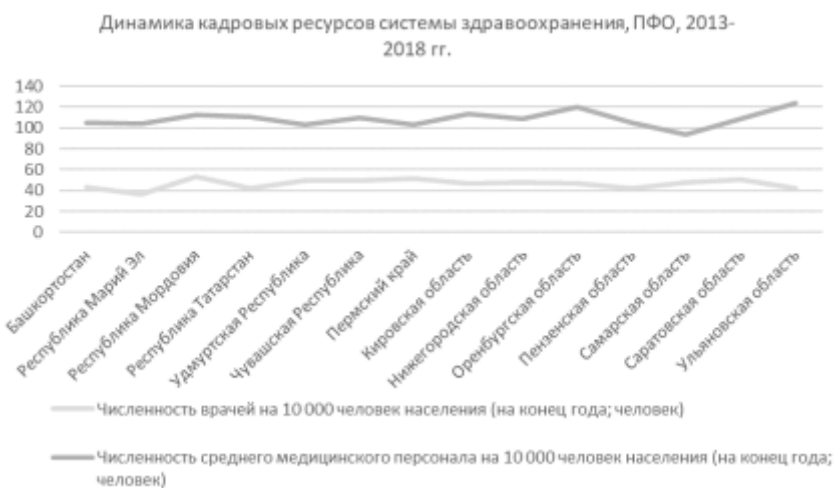


Рис. 10. Динамика кадровых ресурсов системы здравоохранения, ПФО, 2013–2018 гг.
 Источник: составлено автором по данным Росстата [11].

По численности врачей на 10 000 человек населения наиболее благополучная картина по итогам 2018 г. сложилась в Республике Мордовия – там показатель равен 53,5, наиболее неблагоприятная ситуация – в Республике Марий Эл (36,2). В целом по регионам ПФО средний показатель не достигает среднероссийского, равного 47,9 (у ПФО – 46,3).

По кадровому составу среднего медицинского персонала на 10 000 человек населения сложилась иная картина: лидером является Ульяновская область с значением, равным 123,3, а аутсайдером – Самарская область со значением 93,3. При этом среднее значение показателя по регионам ПФО (107,3) превышает среднероссийское значение 101,6.

Таким образом, мы комплексно рассмотрели ресурсный потенциал системы здравоохранения регионов ПФО. Анализ кадрового, инфраструктурного, финансового ресурсов, а также показателей общественного здоровья (заболеваемости, смертности, инвалидизации, ожидаемой продолжительности жизни) показал, что в целом значения показателей регионов ПФО по сравнению со среднероссийскими значениями имеют положительные показатели и динамику. Регионами-лидерами по рассматриваемым показателям стали Нижегородская область (низкие показатели смертности, большое количество больничных и профилактических учреждений) и Республика Татарстан (здесь активно внедряются принципы здорового образа жизни, высоко финансируется отрасль здравоохранения и сравнительно высокие заработные платы у медицинских работников).

Регион, у которого оказалось наибольшее количество отстающих позиций среди регионов ПФО, – Марий Эл. Среди всех регионов Марий Эл в 2018 г. занимал последнюю позицию по таким показателям, как: число больничных организаций (всего 28), Центров здоровья (3), отделений (кабинетов) медицинской профилактики амбулаторно-поликлинических организаций (21), численность занимающихся в физкультурно-оздоровительных клубах, секциях и группах (271,4 тыс. чел.), расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ на здравоохранение (1433,3 млн руб.), инвестиции в основной капитал, направленные на развитие здравоохранения (450,5 млн руб.), среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников здравоохранения (24974 руб.), численность врачей на 10 000 человек (36,2). Тем самым, Республика Марий Эл имеет отстающие от других регионов ПФО показатели по всем рассматриваемым нами блокам оценки системы здравоохранения, кроме блока заболеваемости и смертности. В связи с этим возникает вопрос: как может система здравоохранения, имея такие низкие значения по многим показателям, быть эффективной, то есть как Республика Марий Эл смогла добиться достаточно высокого показателя ожидаемой продолжительности жизни при столь низком уровне государственного финансирования здравоохранения?

На наш взгляд, система здравоохранения – это отрасль, государственное финансирование которой показывает заинтересованность государства в здоровом обществе, в улучшении показателей общественного здоровья, в повышении качества жизни населения. Мы согласны с тем, что финансовые вложения в сфере здравоохранения должны быть рациональными и эффективно расходоваться, но при этом «остаточный принцип» финансирования, свойственный федеральному уровню в т. ч., считаем недопустимым для сферы здравоохранения [5].

Выводы. В целом по проведенному анализу можно сделать вывод, что значения регионов ПФО по сравнению со среднероссийскими значениями имеют положительные показатели и динамику показателей в сфере здравоохранения. Региональным органам власти, имеющим отдельные «негативные» значения в сфере здравоохранения в своих субъектах, необходимо точно находить решения данных проблем, используя для этого все возможные инструменты, каналы финансирования, опыт коллег. Ведь улучшение показателей системы здравоохра-

Литература

1. Андреев, Е., Школьников, В. Связь между уровнями смертности и экономического развития в России и ее регионах // Демографическое обозрение. 2018. Том 5. № 1. С. 6–24.
2. Блохин, А. Б., Кудряков, А. Ю. Организационно-экономические факторы в формировании модели регионального здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. 2012. № 2. С. 30–33.
3. Бельчук, Е. В. Анализ региональной дифференциации социальной сферы России // Экономическая политика : социальный аспект. 2012. № 32 (287). С. 11–18.
4. Валеева, Г. Ф. Анализ моделей организации здравоохранения как одного из приоритетных направлений развития региона // Вестник Самарского государственного экономического университета. 2019. № 2. С. 17–23.
5. Разумовская, Е. М. Валеева, Г. Ф. Взаимосвязь показателей сферы здравоохранения и социально-экономического развития региона // Вопросы управления. 2019. № 5. С. 142–154.
6. Дартау, Л. А. Государственное управление здоровьем и качеством жизни. Ч. 1. Объект, субъекты, обязанности и ответственность // Проблемы управления. 2015. № 2. С. 52–59.
7. Долгунцев, В. И. Структурно-методологическая модель концепции развития здравоохранения Российской Федерации : региональный опыт реализации // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2008. № 4. С. 12–16.
8. Ерохина, Т. В. Государственное управление здравоохранением в Российской Федерации [Электронный ресурс]. – URL : <https://www.e-reading.club/book.php?book=139158> , свободный.

9. Кудряков, А. Ю. Научное обоснование проектирования региональной модели развития здравоохранения // *Медицинская наука и образование Урала*. 2011. Т. 12. № 1 (65). С. 174–177.
10. Лисицын, Ю. П. *Общественное здоровье и здравоохранение*. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
11. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. – URL : http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1138631758656.
12. Петрухина, И. К. Анализ показателей работы системы здравоохранения регионов Приволжского федерального округа // *Аспирантский вестник Поволжья*. 2015. № 1–2. С. 250–255.
13. Проваторова, А. С. Совершенствование государственного управления в сфере здравоохранения // *Научно-методический электронный журнал «Концепт»*. 2018. № 11 (ноябрь) [Электронный ресурс]. – URL : <http://e-kon-sept.ru/2018/183071.htm>, свободный.
14. Рейтинг эффективности здравоохранения регионов РФ. – URL : <https://medvestnik.ru/content/articles/Reiting-effektivnosti-zdravoohraneniya-regionov-RF.html>.
15. Самутин, К. А. Здоровье населения как составной элемент экономической политики государства // *Российское предпринимательство*. 2012. № 11 (209). С. 131–136.
16. Тищенко, Т. А., Сабирова, З. Э. Особенности государственного управления сферой здравоохранения на современном этапе в России // *Bulletin USUES. Science, education, economy. Series economy*. 2015. № 4 (14). С. 45–49.
17. Удубекова, Г. Э., Гинойн, А. Б., Калашикова, А. В. Эффективность региональных систем здравоохранения России // *Вестник ВШОУЗ*. 2017. №3. – URL : <https://www.vshouz.ru/journal/2017/effektivnost-regionalnykh-sistemzdravoohraneniya-rossii/>.
18. Шамилев, С. Р. Некоторые проблемы системы здравоохранения в ПФО // *Экономика. Бизнес. Информатика*. 2016. Т. 2. № 1. С. 91–118.
19. Carinci, F., Van Gool, K., Mainz, J., Veillard, J., Pichora, E. C., Januel, J. M. et al. Towards actionable international comparisons of health system performance : expert revision of the OECD framework and quality indicators // *Int J Qual Health Care*. 2015. No.27 (Suppl. 2). P. 137–46.
20. Medeiros, J., Schwierz, C. Efficiency estimates of health care systems // *European Economy. Economic Papers*. 2015. No. 549.
21. Szende, A., Williams, A. Measuring self-reported population health : an international perspective based on EQ-5D ; Eds. *EuroQol group monographs // Spring Med publishing*. 2004. Vol. 1.

References:

1. Andreev, E, SHkol'nikov, V. Svyaz' mezhdu urovnymi smertnosti i ekonomicheskogo razvitiya v Rossii i ee regionah // *Demograficheskoe obozrenie*. 2018. Tom 5. № 1. С. 6–24.
2. Blohin, A. B., Kudryakov, A. YU. Organizacionno-ekonomicheskie faktory v formirovanii modeli regional'nogo zdravoohraneniya // *Zdravoohranenie Rossijskoj Federacii*. 2012. № 2. S. 30–33.
3. Bel'chuk, E. V. Analiz regional'noj differenciacii social'noj sfery Rossii // *Ekonomicheskaya politika : social'nyj aspekt*. 2012. № 32 (287). S. 11–18.
4. Valeeva, G. F. Analiz modelej organizacii zdravoohraneniya kak odnogo iz prioritetnyh napravlenij razvitiya regiona // *Vestnik Samarskogo gosudarstvennogo ekonomicheskogo universiteta*. 2019. № 2. S. 17–23.
5. Razumovskaya, E. M. Valeeva, G. F. Vzaimosvyaz' pokazatelej sfery zdravoohraneniya i social'no-ekonomicheskogo razvitiya regiona // *Voprosy upravleniya*. 2019. № 5. S.142–154.
6. Dartau, L. A. Gosudarstvennoe upravlenie zdorov'em i kachestvom zhizni. CH. 1. Ob'ekt, sub'ekty, obyazannosti i otvetstvennost' // *Problemy upravleniya*. 2015. № 2. S. 52–59.
7. Dolgincev, V. I. Ctrukturno-metodologicheskaya model' koncepcii razvitiya zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii : regional'nyj opyt realizacii // *Rossijskaya akademiya medicinskih nauk. Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya*. 2008. № 4. S. 12–16.
8. Erohina, T. V. Gosudarstvennoe upravlenie zdravoohraneniem v Rossijskoj Federacii [Elektronnyj resurs]. – URL : <https://www.e-reading.club/book.php?book=139158>, svobodnyj.
9. Kudryakov, A. YU. Nauchnoe obosnovanie proektirovaniya regional'noj modeli razvitiya zdravoohraneniya // *Medicinskaya nauka i obrazovanie Urala*. 2011. Т. 12. № 1 (65). S. 174–177.
10. Lisicyn, YU. P. Obshchestvennoe zdorov'e i zdravoohranenie. – М.: GEOTAR-Media, 2009.
11. Oficial'nyj sajт Federal'noj sluzhby gosudarstvennoj statistiki. – URL : http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1138631758656.
12. Petruhina, I. K. Analiz pokazatelej raboty sistemy zdravoohraneniya regionov Privolzhskogo federal'nogo okruga // *Aspirantskij vestnik Povolzh'ya*. 2015. № 1–2. S. 250–255.
13. Provatorova, A. S. Sovershenstvovanie gosudarstvennogo upravleniya v sfere zdravoohraneniya // *Nauchno-metodicheskij elektronnyj zhurnal «Koncept»*. 2018. № 11 (noyabr') [Elektronnyj resurs]. – URL : <http://e-kon-sept.ru/2018/183071.htm>, svobodnyj.
14. Rejting effektivnosti zdravoohraneniya regionov RF. – URL : <https://medvestnik.ru/content/articles/Reiting-effektivnosti-zdravoohraneniya-regionov-RF.html>.
15. Samutin, K. A. Zdorov'e naseleniya kak sostavnoj element ekonomicheskoy politiki gosudarstva // *Rossijskoe predprinimatel'stvo*. 2012. № 11 (209). S. 131–136.
16. Tshchenko, T. A., Sabirova, Z. E. Osobennosti gosudarstvennogo upravleniya sferoj zdravoohraneniya na sovremennom etape v Rossii // *Vulletin USUES. Science, education, economy. Series economy*. 2015. № 4 (14). S. 45–49.
17. Ulumbekova, G. E., Ginoyan, A. B., Kalashnikova, A. V. Effektivnost' regional'nyh sistem zdravoohraneniya Rossii // *Vestnik VSHOUZ*. 2017. №3. – URL : <https://www.vshouz.ru/journal/2017/effektivnost-regionalnykh-sistemzdravoohraneniya-rossii/>.
18. SHamiliev, S. R. Nekotorye problemy sistemy zdravoohraneniya v PFO // *Ekonomika. Biznes. Informatika*.

2016. Т. 2. № 1. С. 91–118.

19. Carinci, F., Van Gool, K., Mainz, J., Veillard, J., Pichora, E. C., Januel, J. M. et al. *Towards actionable international comparisons of health system performance : expert revision of the OECD framework and quality indicators* // *Int J Qual Health Care*. 2015. No.27 (Suppl. 2). P. 137–46.

20. Medeiros, J., Schwierz, C. *Efficiency estimates of health care systems* // *European Economy. Economic Papers*. 2015. No. 549.

21. Szende, A., Williams, A. *Measuring self-reported population health : an international perspective based on EQ-5D* ; Eds. *EuroQol group monographs* // *Spring Med publishing*. 2004. Vol. 1.