

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
1 Теоретические аспекты здоровья населения как критерия регионального развития	5
1.1 Здоровье в системе общественных ценностей	5
1.2 Сфера здравоохранения как объект управления	7
2 Оценка здоровья населения как критерия регионального развития Республики Татарстан	14
2.1 Анализ здоровья населения РТ	14
2.2 Характеристика состояния системы здравоохранения РТ	19
2.3 Рекомендации и предложения по повышению качества медицинской помощи и медицинских услуг	26
Заключение	30
Список использованных источников	32

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы обусловлено тем, что здоровье населения как социально-экономическая категория является значимым элементом национального богатства, важнейшим показателем успешного общественного развития. Для охраны здоровья потребляется определенная часть валового национального продукта, при этом здоровье человека должно рассматриваться как ресурс, необходимый для производства благ.

При увеличении заболеваемости, преждевременной смертности трудоспособного населения общество помимо социальных потерь несет главным образом прямые экономические потери: миллиарды рублей недополученной или, наоборот, дополнительно произведенной продукции.

Поэтому в современных условиях развития здравоохранения создание системы управления качеством медицинской помощи является неотъемлемой составляющей обеспечения эффективности работы медицинской организации.

Современные тенденции развития отрасли здравоохранения дают все основания полагать, что в России и Республике Татарстан может быть сформирована такая система здравоохранения, которая сможет быстро осваивать новейшие медицинские технологии, быть самодостаточной как система, экономически эффективной и самое главное - способной успешно укреплять и восстанавливать здоровье россиян.

Исследованию теоретических и практических вопросов управления здравоохранением посвящены труды исследователей Ю.В. Авдеевой, О.Ю. Александровой, А.И. Баранова, М.К. Кельжановой, Н.О. Матыцина, А.А. Старченко.

Цель курсовой работы заключается в исследовании здоровья населения как критерия регионального развития.

Для достижения настоящей цели в работе поставлены следующие задачи:

- рассмотреть здоровье в системе общественных ценностей
- описать сферу здравоохранения как объект управления;
- провести анализ здоровья населения РТ;
- дать характеристику состояния системы здравоохранения РТ;
- дать рекомендации и предложения по повышению качества медицинской помощи и медицинских услуг.

Объект исследования – здоровье населения региона.

Предмет исследования – социально-экономические процессы управления здоровьем населения и здравоохранением в регионе.

В качестве методов исследования применялись описание, сравнение, анализ, табличный методы.

Нормативную базу работы составили: нормативно-правовые акты в виде федеральных законов, указов Президента РФ, постановлений Правительства РФ, актов министерств и ведомств РФ, нормативных актов Республики Татарстан.

Работа состоит из введения, двух глав с параграфами, заключения, и списка использованных источников. В первой главе работы рассмотрены теоретические аспекты здоровья населения как критерия регионального развития. Во второй главе работы дана оценка состояния здоровья и управления здравоохранением в Республике Татарстан, а также определены перспективы повышения качества управления здравоохранением в регионе.

## 1 Теоретические аспекты здоровья населения как критерия регионального развития

### 1.1 Здоровье в системе общественных ценностей

Наиболее распространенным определением здоровья является следующее: здоровье населения – это свобода от ограничения качества жизни вследствие снижения социальной, физической, психической, функциональной деятельности или вследствие боли. Такое определение используется во многих нормативных документах здравоохранения, в том числе в материалах ВОЗ [11, с.12].

Взаимосвязь между здоровьем населения страны, с одной стороны, и экономическим ростом, с другой, признается и медицинской и экономической науками. В условиях наблюдающегося в последние десятилетия старения населения взаимовлияние здоровья и экономического роста выходит на передний план в качестве компенсаторного механизма поддержания экономического роста при сокращении притока рабочей силы. Улучшение здоровья населения за счет пролонгации работоспособности приводит к увеличению предложения рабочей силы, росту производительности труда и, соответственно, росту экономических показателей развития как отдельных регионов, так и страны в целом. Во все времена здоровье человека считалось величайшим благом и естественной, абсолютной и непреходящей ценностью, поэтому здоровью населения придается первостепенное значение при планировании и осуществлении экономической политики государства. Экономика здравоохранения неразрывно связана с экономическим благополучием страны [14, с.82].

Существует тесная взаимосвязь здравоохранения со всеми отраслями народного хозяйства, что предопределяет:

– влияния здоровья населения и здравоохранения на развитие народного хозяйства в целом и отдельных его отраслей;

– влияния экономики отдельных отраслей на здоровье населения. Это означает, что экономика здравоохранения – отраслевая экономическая наука, которая изучает взаимодействие здравоохранения с экономикой народного хозяйства, формирование, распределение и использование в здравоохранении материальных, трудовых и финансовых ресурсов.

Состояние системы здравоохранения влияет на развитие экономики народного хозяйства через сохранение здоровья населения (снижение смертности в трудоспособном возрасте, снижение младенческой и повозрастной смертности детей, снижение заболеваемости и инвалидизации, увеличение средней продолжительности жизни) [11, с.13].

Здоровье – важнейший фактор общественного развития во всех экономических системах. Однако наибольшую значимость потребность в здоровье имеет в странах с социально ориентированной рыночной экономикой. Основная цель социальной рыночной экономики – достижение высокого уровня качества жизни населения, важнейшей составной частью которого является сохранение и укрепление здоровья. В условиях социально ориентированной рыночной экономики потребность в здоровье становится системообразующим фактором, а сама экономическая система понуждает человека к укреплению своего индивидуального здоровья. Здоровье народа является не только самоцелью, но и одним из необходимых условий экономического роста страны [14, с.83].

Здоровье касается ключевого элемента производительных сил – непосредственно производителя с его способностями к работе и навыками к труду. Здоровье оказывает прямое воздействие на производительность труда и только полноценное здоровье позволяет добиваться высокой производительности труда. Будучи неотъемлемым свойством трудовых ресурсов, здоровье, наряду с другими качественными характеристиками рабочей силы (образованием, квалификацией), оказывает существенное влияние на темпы социально-экономического развития общества. Состояние здоровья населения предопределяет благополучие семей, предприятий

разного профиля, экономическое благополучие региона, а также предопределяет количественную и качественную характеристику трудовых ресурсов и социальную, экономическую и трудовую активность населения, что в свою очередь, оказывают непосредственное воздействие на уровень важнейших макроэкономических показателей (ВВП, национальный доход и др.). Второй аспект взаимосвязи здоровья населения с экономикой регионов и страны в целом заключается в объеме расходов на здравоохранение. Во всех развитых и развивающихся странах наблюдается рост расходов за счет финансирования из разных источников (из государственного бюджета, по линии медицинского страхования или посредством оплаты непосредственно пациентом).

## 1.2 Сфера здравоохранения как объект управления

Здоровье населения – важный ресурс для обеспечения стабильности государства. Уровень качества жизни и состояния здоровья населения напрямую указывает на эффективность государственной политики в области социальной сферы [8, с.81].

Государственное регулирование системы здравоохранения – одна из основных функций государственного управления. Оно направлено на обеспечение достижения следующих целей:

- улучшение здоровья населения;
- улучшение демографической ситуации;
- повышение уровня и качества жизни населения;
- повышение материального уровня жизни населения; обеспечение потребностей в социальном обслуживании и социальной поддержке;
- воспроизводство и развитие потенциала трудовых ресурсов [15, с.7].

Государственное регулирование системы здравоохранения основывается на следующих принципах:

1) принцип обеспечения прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь;

2) принцип реализации конституционных прав оказания бесплатной медицинской помощи согласно программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и государственными социальными стандартами в области здравоохранения;

3) принцип общедоступности медицинской помощи;

4) принцип ответственности органов государственной власти, органов местного самоуправления, юридических лиц, должностных лиц за нарушение прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи;

5) принцип равенства граждан при реализации их права на охрану здоровья и медицинскую помощь, на которое не влияют пол, раса, национальная принадлежность, язык, происхождение, имущественное и должностное положение, место жительства, отношение к религии и другие обстоятельства;

6) принцип социального обеспечения граждан в случае болезни;

7) принцип приоритетности мер по профилактике заболеваний человека, обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, гигиеническому воспитанию и обучению граждан и пропаганде здорового образа жизни [13, с.45].

Обращаясь за медицинской помощью, каждый пациент рассчитывает получить ту помощь, которую он охарактеризует как «качественная». При этом каждый пациент в понятие «качественная медицинская помощь» включает свои критерии и даже при совпадении их, значимость конкретного критерия будет различна.

Специалистами в сфере здравоохранения предлагаются подходы для комплексного изучения факторов, влияющих на качество медицинской помощи, и анализа возможностей медицинской организации в обеспечении качества. Сформировались также системы внешней оценки эффективности

построения в организации процессов обеспечения качества, применяемые в т. ч. и к оценке деятельности медицинских организаций [12, с.77].

В соответствии с современными требованиями в настоящее время продолжается поиск более действенных механизмов обеспечения качества медицинской помощи.

Когда работников здравоохранения спрашивают, что могло бы наилучшим образом повысить качество медицинской помощи, большинство клиницистов и руководителей отвечают: «Больше сотрудников, больше оборудования, больше финансирования». Убедительные международные исследования показали, что это значимые, но далеко не исчерпывающие факторы. Важными компонентами являются: наличие необходимого времени; доступ к необходимым данным и информации; возможности и навыки как клинические, так и управленческие [12, с.78].

В 1993 г. в Российской Федерации появляется новая модель здравоохранения, которая подразумевает целевой характер накопления и расходования финансовых средств на охрану здоровья и медицинское обслуживание населения. Это свидетельствовало о том, что в нашей стране стала зарождаться страховая система здравоохранения, где средства на здравоохранение формируются за счет отчислений предприятий, учреждений, организаций всех форм собственности, взносов индивидуальных предпринимателей. Предпосылкой к переходу на страховую модель стала специфика рыночных отношений в здравоохранении. С помощью медицинского страхования человек может сопоставлять необходимые ему затраты на охрану здоровья с состоянием его собственного здоровья.

Формирование эффективного процесса государственного управления здравоохранением Республики Татарстан, как и в целом по России зависит от деятельности государственных органов и от своевременного обновления нормативно - правовой базы, регулирующие процессы, происходящие в здравоохранении.

Отношения в области качества здравоохранения регулируются нормативно-правовыми актами различного уровня и традиционно в их число включаются Конституция Российской Федерации [1], федеральные законы, законы субъектов Федерации, документы разъяснительного характера. Принято достаточно существенное число нормативно-правовых актов, основными, базовыми из которых являются:

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 07.07.2015 №422н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан. Человек – это центральная фигура правоотношений. Этот закон направлен на сохранение жизни и здоровья отдельно взятого индивида, так как здоровье отдельного человека определяет здоровье нации в целом. Кроме того закон также определяет права и обязанности медицинских и фармацевтических работников, организаций, индивидуальных предпринимателей, осуществляющих деятельность в данной сфере, полномочия и ответственность органов государственной власти [4].

Основным законодательным актом, определяющим отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования в Российской Федерации, является Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Закон создает правовую основу для медицинского страхования населения в Российской Федерации, определяет базу для практической выработки правоотношений в области документального, материального и организационного обеспечения медицинского страхования. Он определяет правовое положение субъектов и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации. Закон направлен на усиление гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное получение медицинской помощи. Он предусматривает механизм реализации права граждан на свободный самостоятельный выбор страховой медицинской организации, медицинского учреждения и врача. В нем выделены основные положения обязательного медицинского страхования.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» разработан с целью регулирования правоотношений субъектов и участников обязательного медицинского страхования при реализации закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [5].

Для использования в системе управления и контроля качества оказания медицинской помощи применяются всевозможные критерии оценки качества в сфере здравоохранения.

Согласно ч. 2 ст. 64 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», утверждено использование критериев оценки качества медицинской помощи. Приказом Минздрава России от 07.07.2015 №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» на основе порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) установлены критерии для оценки оказания медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования. По результатам контроля к медицинским организациям могут быть применены санкции в соответствии с перечнем оснований (критериев) для отказа в оплате либо уменьшения оплаты медицинской помощи [6].

В целях реализации ч. 5 ст. 79.1 Федерального закона №323-ФЗ созданы условия для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями. Независимая оценка качества оказания услуг предусматривает оценку условий оказания услуг по следующим общим критериям:

- открытость и доступность информации о медицинской организации;
- комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения;
- время ожидания предоставления медицинской услуги;
- доброжелательность, вежливость, компетентность работников медицинской организации;
- удовлетворенность пациента оказанными услугами.

Показатели, характеризующие общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, утверждены приказом Минздрава России от 28.11.2014 №787н.

На основании ч. 3 ст. 58 Федерального закона №323-ФЗ постепенно создаются условия для проведения независимой медицинской экспертизы. Профессиональными некоммерческими организациями и специалистами для применения в ходе независимой медицинской экспертизы разрабатываются алгоритмы выявления дефектов (критериев нарушения требований к качеству) оказания медицинской помощи [17, с.12].

Однако все перечисленные критерии оценки качества в сфере здравоохранения – это только часть необходимых средств для формирования системы управления качеством медицинской помощи.

В 2021 году основные изменения нормативно-правовых актов коснутся утверждения новых критериев качества медицинской помощи. Кроме этого, большое внимание будет уделяться мониторингу эффективности и безопасности лекарственных препаратов. Обозначенные правовые инструменты составляют основу государственного регулирования обязательного медицинского страхования, которое просто необходимо для контроля системы медицинского страхования, созданной ради основной цели – гарантировать всем гражданам обеспечение конституционных прав на получение бесплатной медицинской помощи. Миссия здравоохранения Российской Федерации в свете реализации гарантий и прав граждан Российской Федерации заключается в содействии улучшению демографической ситуации, росту уровня и качества жизни через повышение доходов населения, улучшению здоровья, созданию условий для достойного труда и продуктивной занятости, усилению социальной защиты уязвимых групп населения.

Таким образом, в соответствии с приоритетными задачами развития здравоохранения необходимо создание эффективной системы управления медицинской помощью. В условиях современных тенденций развития экономики и здравоохранения для обеспечения эффективности процесса оказания медицинской помощи необходимо не только проведение контроля качества медицинской помощи на основе оценочных критериев, но и определение неотъемлемых компонентов, составляющих систему управления качеством.

## 2 Оценка здоровья населения как критерия регионального развития Республики Татарстан

### 2.1 Анализ здоровья населения РТ

Наиболее информативными и объективными критериями общественного здоровья являются медико-демографические показатели: рождаемость, смертность, естественный прирост населения. Их величина и динамика во многом характеризуют уровень санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

По состоянию на 01.01.2020 г. численность населения Республики Татарстан составляла 3 902 888 человек, в том числе 1 808 637 (46,3%) мужчин и 2 094 251 (53,7%) женщин. Доля детского населения (от 0-14 лет) в 2020 г. составила 18,6% (726652 человека), что незначительно выше количества детей в 2019 г. на 0,7% (18,5% или 721759 человек) и в 2018 г. на 1,8% (18,3% или 713817 человек). В 2020 г. доля взрослого населения (18 лет и старше) составила 78,5% (в 2019 г. – 78,6%, в 2018г. – 78,8%), доля подростков составила 2,9% (в 2019 г. – 2,9%, в 2018 г. – 2,9%). В сравнении с 2016 г. количество детского населения увеличилось на 6,3%, подросткового - на 4,4%.

В настоящее время в Республике Татарстан наблюдается тенденция старения населения - рост доли лиц старше трудоспособного возраста с 21,4% в 2011 г. до 24,3% в 2020 г. Доля лиц старше 70 лет составила 9,4% (2019 г. – 9,0%, 2018 г. – 8,6%) [21].

По оперативным данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики (Татарстанстат) число родившихся в Республике Татарстан за 2020 г. составило 41 598 человек, что на 1273 детей меньше, чем в 2019 г. (42 871 человек). Показатель рождаемости за 2020 г. составил – 10,7 на 1000 населения, что ниже показателя 2016 г. на 25,2% (2016 г. – 14,3). За 2019 г. показатель рождаемости выше на 7,9%, чем по Российской Федерации (10,1 на 1000 населения) (рисунок 2.1.1) [20].

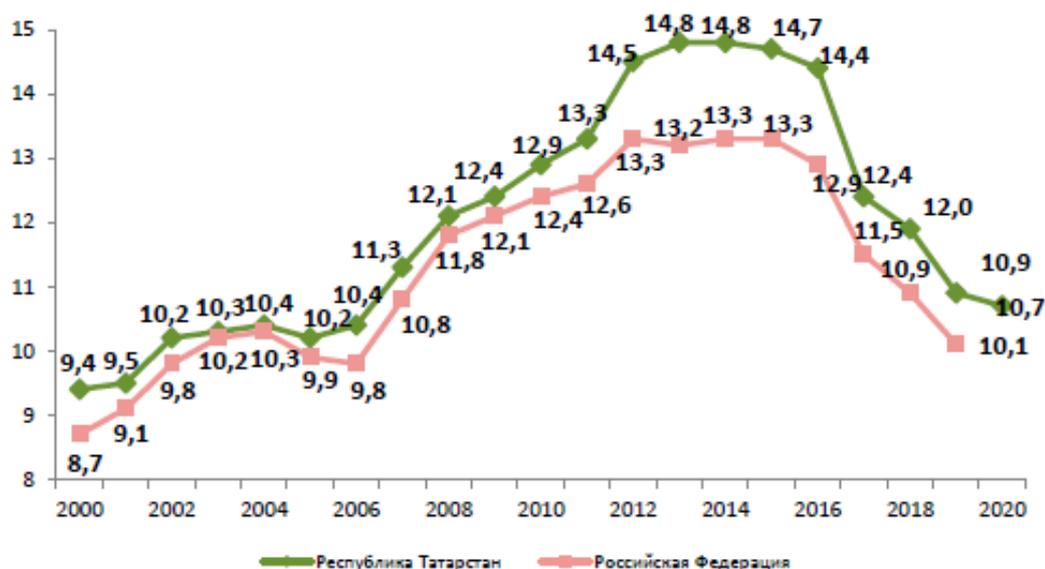


Рисунок 2.1.1 – Коэффициент рождаемости в Республике Татарстан и в Российской Федерации

В 2020 г. уровень рождаемости опустился ниже показателя смертности (таблица 2.1.1) [20].

Таблица 2.1.1 – Основные демографические показатели за 2016 – 2020 гг.

Показатель	2016г.	2017г.	2018г.	2019г.	2020г.
Рождаемость, на 1000 населения	14,4	12,4	11,9	10,9	10,7
Смертность, на 1000 населения	11,6	11,3	11,4	11,0	13,9
Естественная убыль/прирост, на 1000 населения	+2,8	+1,1	+0,4	0,0	-3,2
Младенческая смертность, на 1000 детей	5,3	5,07	4,47	4,8	4,0

Показатель смертности населения за 2020 г. составил 13,9 на 1000 населения, что на 26,4% выше уровня 2019 г. (2016г.– 11,6 на 1000 населения, 2017г. – 11,3 на 1000 населения; 2018 г. - 11,4 на 1000 населения).

В Республике Татарстан показатель смертности населения за 2019 г. на 11,4% ниже, чем показатель в Российской Федерации (12,3 на 1000 населения) (рисунок 2.1.2) [20].

В структуре смертности за 2020 г. болезни системы кровообращения

(БСК) составили 47,2%, показатель – 657,7 на 100 тыс. населения, умерло 25627 человек (2019 г. – 20770 человек). По сравнению с предшествующим годом отмечается рост смертности на 23,5% (2019 г. – 532,7 случаев на 100 тыс. населения).

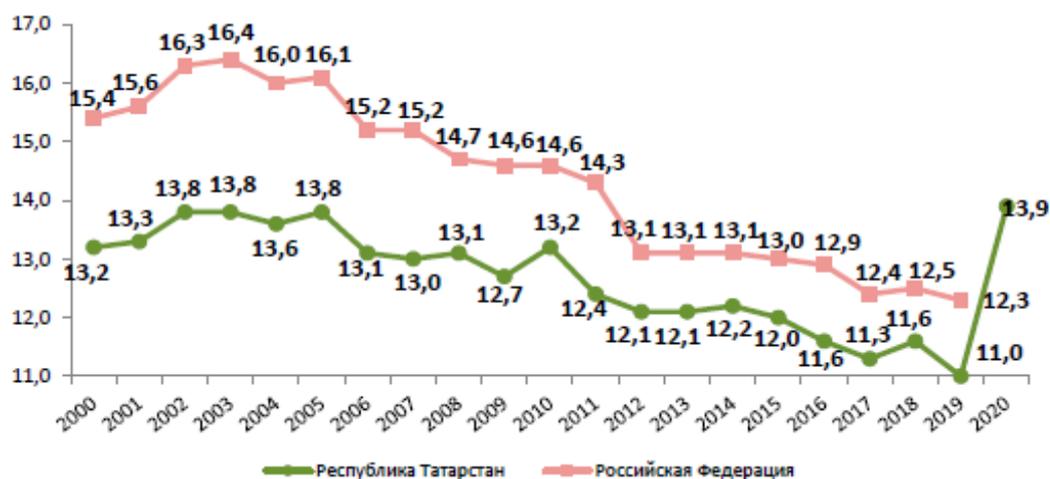


Рисунок 2.1.2 – Коэффициент смертности в Республике Татарстан и Российской Федерации, на 1000 населения

Второе место в структуре смертности (13,4%) занимают новообразования. Показатель снизился на 0,4% и составил 186,8 случаев на 100 тыс. населения (2019г. – 187,6 на 100 тыс. населения).

Третье место в структуре причин смертности (7,5%) занимает показатель смертности по причине «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» или 18-й класс причин смерти. Основную долю в данном классе (79,2%) составляют умершие по причине «старость», рост показателя составил 49,9%.

На четвертом месте - болезни органов дыхания - 98,0 на 100 тыс.населения, что в 2,3 раза выше 2019 г. (43,1 на 100 тыс.населения). В общей структуре смертность от болезней органов дыхания составляет 3,9%. Смертность от болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – на пятом месте (6,2%) и составила 85,9 на 100

тыс.населения, что на 62,7% выше показателя 2019 г. -52,8 на 100 тыс.населения (рисунок 2.1.3) [20].

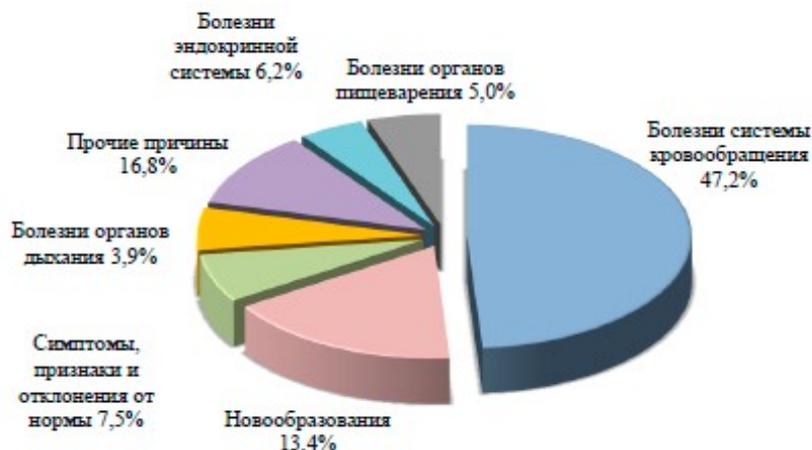


Рисунок 2.1.3 – Структура смертности населения Республики Татарстан в 2020 г., %

За 2020 г. показатель младенческой смертности составил 4,0 на 1000 родившихся живыми, что ниже показателя 2019 г. на 26,4% (2019г. – 4,9 на 1000 родившихся живыми). В сравнении с 2016 г. показатель младенческой смертности снизился на 25,9% (2018 г. – 4,5 на 1 000 родившихся живыми; 2017 г. – 5,1; 2016г. – 5,4).

По итогам 2020 г. впервые за 9 лет в Республике Татарстан отмечается естественная убыль населения «-3,2» на 1000 населения, в Российской Федерации в 2019 г. данный показатель составлял «-2,2» на 1000 населения (рисунок 2.1.4.) [20].



Рисунок 2.1.4 – Коэффициент естественного прироста (убыли) по Республике Татарстан и в Российской Федерации (на 1000 населения)

По данным Министерства здравоохранения Республики Татарстан общая заболеваемость (уровень первичной заболеваемости) всего населения Республики Татарстан в 2019 г. составила 799,4 на 1000 населения, что ниже показателя 2015 г. (804,2 на 1000 населения) на 0,6% ( $R^2 = 0,8328$ ) (рисунок 2.1.5) [20].

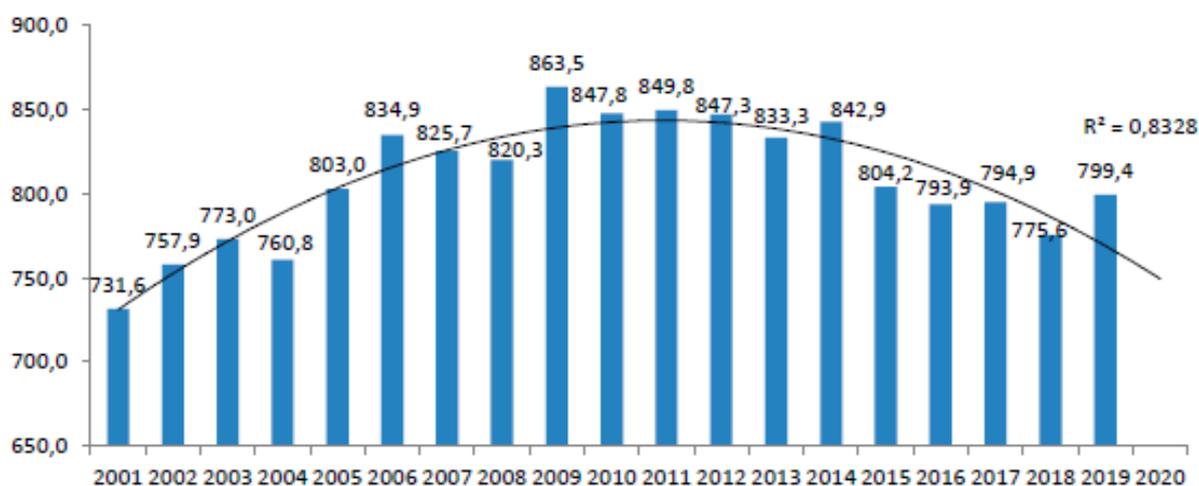


Рисунок 2.1.4 – Первичная заболеваемость в Республике Татарстан (на 1000 населения)

Несмотря на снижение уровня первичной заболеваемости на 0,6%, в 2019 г. среди населения Республики Татарстан в сравнении с 2015 г. отмечается рост показателя по следующим классам заболеваний: болезни системы кровообращения – в 1,5 раза, болезни эндокринной системы – на 16,5%, болезни органов дыхания – на 4,6%, отдельные состояния, возникающие в перинатальный период – на 11,5%. Регистрируется снижение показателя первичной заболеваемости среди всего населения Республики Татарстан по классам: болезни мочеполовой системы – в 1,2 раза, болезни органов пищеварения – в 1,2 раза, болезни нервной системы – в 1,1 раза, новообразования – на 9,3%, болезни уха и сосцевидного отростка – на 4,4%,

болезни кожи и подкожной клетчатки – на 10,6%.

Следует отметить, рост первичной заболеваемости по нозологиям среди жителей Республики Татарстан отображает общероссийские тенденции, а именно по классам болезней органов дыхания, системы кровообращения и эндокринной системы показатели Российской Федерации (с 2015г.) выросли на 5,42%, 12,2% и 8,3% соответственно.

## 2.2 Характеристика состояния системы здравоохранения РТ

Система здравоохранения занимает важное место в экономике региона, обеспечивая воспроизводство населения, здоровье граждан, способствует восстановлению работоспособности лиц и увеличению предложений на рынке труда. В РТ сформирована модель здравоохранения с одноканальной формой финансирования, с трехуровневой системой оказания медицинской помощи, которая предусматривает более высокий уровень специализированной помощи населению на последующем этапе по сравнению с предыдущим. К первому уровню относятся медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную, а также специализированную медицинскую помощь. Ко второму уровню относятся организации, имеющие в своей структуре специализированные межмуниципальные отделения и (или) центры, а также районные и городские диспансеры и многопрофильные городские больницы, оказывающие специализированную медицинскую помощь. К третьему уровню относятся организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную помощь.

В Республике Татарстан существует развитая сеть оказания медицинской помощи и высокий научно-образовательный потенциал здравоохранения.

Состояние здравоохранения и оказание медицинских услуг во многом характеризует кадровое обеспечение отрасли, которое остается достаточно

стабильным, несмотря на весь круг проблем, связанных с финансированием отрасли и недостатком средств на достойную оплату труда. В Республике Татарстан самая низкая занятость в этой отрасли по сравнению с другими 13 субъектами, входящими в ПФО.

В последние десятилетия наблюдаются разные тенденции в изменении численности отдельных профессиональных групп (таблица 2.2.1), что соответствует общероссийским трендам, связанным с реализацией мероприятий, направленных на реформирование отрасли [21].

Таблица 2.2.1 – Основные показатели здравоохранения Республики Татарстан за 2017-2020 г.

Показатели	2017	2018	2019	2020
Численность врачей всех специальностей: всего, тыс. человек	16,0	15,9	16,2	15,7
на 10000 населения, человек	42	41	42	41
Численность среднего медицинского персонала: всего, тыс. человек	40,9	41,0	41,0	43,3
на 10000 населения, человек	107	107	106	112
Число коек в медицинских организациях, оказывающих помощь в стационарных условиях: всего, тыс. шт.	28,6	27,5	25,4	25,4
на 10000 населения, шт.	75	72	66	66

Вместе с тем абсолютные показатели не в полной мере отражают ситуацию, которая складывается с обеспечением врачами и средним медицинским персоналом в регионе. Относительные показатели (пересчет на 10 000 человек населения) свидетельствуют об игнорировании особенностей демографического развития Республики Татарстан, т.е. организация медицинской помощи в регионе не успевает должным образом реагировать на естественное и механическое движение населения.

Республика Татарстан отличается инновационным подходам к решению многих проблем. В регионе осуществляется несколько программ, которые помогают бороться с проблемой кадровой обеспеченности сферы здравоохранения, среди которых: Программа «Земский доктор», Программа

по предоставлению компенсационных единовременных выплат, Программа предоставления грантов Правительства Республики Татарстан, целевые направления для поступления от Министерством здравоохранения Республики Татарстан, Социальная программа адресной подготовки врачей для муниципальных образований.

В 2020 году продолжилась реализация мероприятий государственной программы «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2025 года», направленных на профилактику в сфере охраны здоровья и развитие первичной медико-санитарной помощи, повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой медицинской помощи, медицинской эвакуации, развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, развитие медицинской реабилитации населения, обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами.

Продолжено совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения. В республике функционируют 18 межрайонных неврологических отделений для больных с острым нарушением мозгового кровообращения. В 2020 году в них госпитализировано 15 993 человека (в 2019 году – 17 874), проведено 852 тромболизиса при 20 ишемическом инсульте (в 2019 году – 1 057). Экстренная медицинская помощь населению при остром коронарном синдроме, в том числе при инфаркте миокарда, с использованием технологий коронарографии и стентирования коронарных сосудов организована во всех муниципальных образованиях на базе 7 многопрофильных высокотехнологичных медицинских учреждений.

Высокотехнологичную медицинскую помощь оказывают 17 медицинских организаций по 21 профилю, в 2020 году ее получили 28 719 человек (в 2019 году – 24 284). В 2020 году зарегистрировано 13 765 впервые выявленных случаев заболевания злокачественными новообразованиями (далее – ЗНО), что на 16,6 % меньше, чем в 2019 году (16 507 случаев) [19].

В республике функционируют два центра трансплантации органов. На базе государственного автономного учреждения здравоохранения «Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» выполняются трансплантации почки и печени, на базе государственного автономного учреждения здравоохранения «Межрегиональный клинико-диагностический центр» – трансплантации сердца. В Республиканской клинической больнице за 2020 год выполнено 40 операций по трансплантации почки, 18 – по трансплантации печени. На базе Межрегионального клинико-диагностического центра проведены 4 пересадки сердца.

В 2020 году проведено лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий на условиях размещения государственного заказа на данный вид услуг в 7 учреждениях частной формы собственности: ООО «АВА- 21 ПЕТЕР», АО «АВА-Казань», ООО «ВРТ», ООО «Клиника семейной медицины» ООО «Клиника Нуриевых-Челны», ООО «КОРЛ», ООО «Мать и дитя Казань». В рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории республики на 2020 год проведены 2 333 процедуры экстракорпорального оплодотворения, из них 648 криопереносов.

В отделении патологии новорожденных государственным автономным учреждением здравоохранения «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» за 2020 год пролечены 1 619 новорожденных (в 2019 году – 1 341 новорожденный), в том числе 629 недоношенных (38,9 %), из них с экстремально низкой массой тела – 66 детей, очень низкой массой тела – 113 детей.

В республике функционируют 68 структурных подразделений, оказывающих скорую медицинскую помощь населению [19].

В рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» в соответствии с Концепцией создания Единой территориально-распределительной информационно-управляющей системы Министерством

здравоохранения Республики Татарстан в 2020 году осуществлены работы по созданию и внедрению региональной автоматизированной системы скорой медицинской помощи и медицины катастроф. Это позволяет обеспечивать прозрачность работы скорой медицинской помощи, поддерживая весь технологический цикл работы учреждения (от приема и распределения вызовов до статистической обработки информации и оценки эффективности функционирования учреждения).

Мероприятия по недопущению распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) при оказании медицинской помощи проводятся в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 года № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».

Для своевременного принятия мер по предупреждению распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на территории Республики Татарстан и организации необходимых профилактических и лечебно-диагностических мероприятий Министерством здравоохранения Республики Татарстан (приказ от 18 марта 2020 года № 488) создан оперативный штаб. Его решением от 19 марта 2020 года с целью координации работы медицинских организаций в период массового поступления больных и своевременного оказания медицинской помощи больным короновирусной инфекцией нового типа, внебольничными пневмониями республика условно разделена на 5 медицинских округов: Центральный, Северовосточный, Нижнекамский, Юго-восточный, Закамский. В каждом округе предусмотрено поэтапное развертывание медицинских организаций.

Для недопущения распространения новой коронавирусной инфекции в республике организована система провизорных госпиталей, на базе которых происходит первичная сортировка больных и диагностика (осмотр,

лабораторное обследование на COVID-19, инструментальные исследования: компьютерная томография органов грудной клетки, рентгенологическое исследование и т.д.).

С учетом лабораторного статуса по наличию коронавирусной инфекции и при наличии медицинских показаний происходит направление больных на санитарном автотранспорте в перепрофилированные медицинские организации. В соответствии с поэтапным планом ввода госпиталей в период эпидемии, вызванной распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19), во всех муниципальных районах задействовано 55 медицинских организаций в 5 территориальных округах.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 9 ноября 2020 года № 1887 «Об обеспечении льготными 24 лекарственными препаратами пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19» препараты для лечения больных в амбулаторных условиях отпускаются бесплатно. Отпуск препаратов начался с 13 ноября 2020 года. Их доставка пациентам на дом организована силами волонтеров [19].

Таким образом, в сфере здравоохранения Республики Татарстан наблюдаются положительные тенденции управления качеством в здравоохранении и оказании медицинской помощи.

Но, несмотря на многие лидерские достижения в системе российского здравоохранения, Республика Татарстан демонстрирует более низкие, чем в странах со сравнимым экономическим потенциалом, интегральные показатели здравоохранения – ожидаемой продолжительности жизни, заболеваемости и смертности от управляемых причин.

Ключевые вызовы:

- рост продолжительности жизни населения и старение популяции, которые меняют требования к организации здравоохранения и требуют повышения ресурсного обеспечения социальных систем;

- ускорение технологических изменений в мире и переход к качественному обновлению системы медицинского обеспечения на основе

нанотехнологий, биотехнологий, информационных и коммуникационных технологий. Чтобы сохранить конкурентное преимущество, Республика Татарстан должна быть в авангарде этих изменений и активно развивать ключевые технологические направления, определяющие облик здравоохранения будущего;

- усиление глобальной конкурентной борьбы за привлечение в систему здравоохранения стратегических инвестиций и развитие медицинского туризма. В республике должны быть созданы условия, в которых отрасль будет привлекательной как для отечественных, так и для зарубежных инвесторов, а также для пациентов из Татарстана и других регионов и стран;

- снижение предложения трудовых ресурсов и дефицит квалифицированных кадров в системе здравоохранения практически всех стран мира. Это обстоятельство диктует необходимость создания эффективной системы медицинского образования при одновременном повышении мотивации персонала к работе в регионе.

Для решения стоящих перед республикой задач была разработана «Государственная программа развития здравоохранения Республики Татарстан до 2025 года», которая отличается серьезным анализом зон неэффективности региональной системы здравоохранения и детальной проработкой целевых задач и мероприятий. Однако достижение установленных показателей при сохранении экстенсивного развития является затруднительным в связи с существенным дефицитом ресурсов.

Основным сдерживающим фактором является нацеленность федеральной и региональной стратегий на наращивание объема основных средств при сохранении инфраструктуры и персонала на балансе государства. Это уменьшает возможности системы здравоохранения гибко реагировать на изменение конъюнктуры и быстро внедрять инновационные технологии. Последнее в свою очередь снижает конкурентоспособность республики в мировой системе оказания медицинской помощи и не

позволяет в полной мере решить задачу повышения качества человеческого капитала.

В сфере здравоохранения городов Республики Татарстан, таких как Казань, Набережные Челны, Альметьевск, Нижнекамск наблюдается наличие высокотехнологичной медицины, развитие негосударственного сектора здравоохранения (особенно в части стоматологии, диагностических и лабораторных исследований, и индустрии красоты), и, как следствие - стабильный рост продолжительности жизни населения города.

Но наряду с несомненными достоинствами в управлении объектами инфраструктуры здравоохранения городов Республики Татарстан, существуют и слабые стороны:

- отсутствие пациентоориентированности городского здравоохранения и целенаправленной политики по работе с разными группами населения (пожилые, молодежь и т.д.);

- невысокое качество медицинских услуг в городских поликлиниках, в том числе вследствие снижения количества врачей и среднего медицинского персонала;

- низкий приток, текучесть и нарастающий дефицит кадров в здравоохранении города;

- недостаточно развитая информатизация системы здравоохранения;

- неэффективный менеджмент в управлении кадрами.

Все вышеописанные проблемы снижают качество медицинской помощи и медицинских услуг региона и нуждаются в скорейшем решении.

### 2.3 Рекомендации и предложения по повышению качества медицинской помощи и медицинских услуг

Достижение поставленной цели предполагает создание ресурсоэффективной пациентоцентрической системы здравоохранения,

органично интегрирующей систему медицинского страхования, диагностику, лечение, реабилитацию, мониторинг и профилактику, что включает:

1) инвентаризацию и использование всех источников ресурсов, направленных на охрану здоровья граждан (бюджеты всех уровней, вложения в оздоровление работников на предприятиях, благотворительность, частные платежи населения, мощности ведомств, возможности использования межрегиональных и международных связей и т.п.);

2) балансировку объема обязательств с имеющимися ресурсами с учетом дифференцированных потребностей различных категорий населения;

3) планирование потребления ресурсов с учетом возможностей межведомственного и межтерриториального взаимодействия и активизации частных инициатив организаций и граждан на основе анализа эффектов от возможных альтернативных направлений использования ресурсов;

4) расширение моделей взаимодействия пациента с системой здравоохранения за счет развития телемедицинских технологий и современных средств коммуникации;

5) внедрение эффективных мотивационных систем оплаты труда медицинского персонала, ориентированных на удовлетворенность пациентов;

6) развитие различных форм страхования здоровья, внедрение механизма индивидуальной ответственности пациента за сохранение своего биологического потенциала.

Действия в рамках указанных направлений:

1) повышение средней заработной платы младшего и среднего медицинского (фармацевтического) персонала до 100 процентов, работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги, до 200 процентов от средней заработной платы в Республике Татарстан;

2) финансирование масштабной информационно-просветительской кампании с целью формирования моделей поведения, способствующих снижению заболеваний и сохранению здоровья населения: популяризация культуры здорового питания, спортивно-оздоровительные программы, профилактика алкоголизма и наркомании, противодействие потреблению табака;

3) оптимизация организационной модели оказания медицинской помощи за счет постепенного устранения «зон неэффективности»: повышение мотивации врачебного персонала за счет расширения его экономической самостоятельности, развитие системы предоставления медико-социальной помощи, координация взаимодействия здравоохранения с системой социальной защиты, повышение роли и расширение функций среднего персонала при оказании медицинской помощи лицам старшего возраста;

4) формирование моделей ведения здорового образа жизни, внедрение механизмов повышения ответственности работодателя за здоровье своих работников и создание условий для сохранения здоровья пожилых людей; расширение практики использования мобильных систем диагностики и мониторинга; развитие эффективных форм пропаганды; внедрение мотивационных механизмов повышения заинтересованности работодателей и работников в сохранении здоровья; разработка и реализация программ по профилактике алкоголизма, наркомании, табакокурения и других факторов риска, в первую очередь среди детей и подростков; формирование культуры здорового питания населения;

5) повышение привлекательности системы здравоохранения Республики Татарстан для инвесторов и пациентов из других регионов и стран: создание проектов государственно-частного партнерства по оказанию высокотехнологичной помощи по отдельным направлениям; включение отдельных медицинских организаций республики в мировую систему рейтингов; расширение межрегионального и международного

сотрудничества; развитие системы охраны здоровья матери и ребенка; совершенствование оказания медицинской помощи в образовательных организациях;

б) переход к сервисной модели организации медицинской помощи: интегрированные решения при закупке диагностического и лечебного оборудования у производителя; переход от бюджетного содержания, ремонта и покупки основных средств к передаче их в долгосрочную аренду; покупка готовой услуги (медицинской помощи определенных качественных характеристик) у любого провайдера;

7) переход к модели многоуровневого дифференцированного медицинского страхования – постепенное разделение системы оказания медицинской помощи на две подсистемы: социальное страхование (личное участие граждан в оплате медицинской помощи в рамках рискованной модели ОМС) и социальное обеспечение (осуществление в интересах социально уязвимых слоев населения за счет общественных источников). Внедрение накопительных систем страхования от катастрофических рисков будет способствовать росту индивидуальной ответственности застрахованных лиц за свое здоровье и повышению качества человеческого капитала Республики Татарстан.

Таким образом, выстраивание современной системы оказания первичной медико-санитарной помощи населению, формирование многоуровневой стационарной помощи с дифференциацией коечного фонда по степени интенсивности его использования, концентрации медицинской помощи в межрайонных специализированных центрах должно обеспечить доступность медицинской помощи как в самых малочисленных населенных пунктах в сельской местности, так и в крупных городах.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключении работы подведем итоги.

Здоровье населения – это свобода от ограничения качества жизни вследствие снижения социальной, физической, психической, функциональной деятельности или вследствие боли

В соответствии с приоритетными задачами развития здравоохранения необходимо создание эффективной системы управления медицинской помощью. В условиях современных тенденций развития экономики и здравоохранения для обеспечения эффективности процесса оказания медицинской помощи необходимо не только проведение контроля качества медицинских помощи на основе оценочных критериев, но и определение неотъемлемых компонентов, составляющих систему управления качеством.

В настоящее время в Республике Татарстан наблюдается тенденция старения населения. В 2020 г. уровень рождаемости опустился ниже показателя смертности. В Республике Татарстан показатель смертности населения ниже, чем показатель в Российской Федерации. По итогам 2020 г. впервые за 9 лет в Республике Татарстан отмечается естественная убыль населения, что выше, чем по Российской Федерации.

Несмотря на снижение уровня первичной заболеваемости среди населения Республики Татарстан отмечается рост показателя по следующим классам заболеваний: болезни системы кровообращения – в 1,5 раза, болезни эндокринной системы – на 16,5%, болезни органов дыхания – на 4,6%, отдельные состояния, возникающие в перинатальный период-на 11,5%.

Рост первичной заболеваемости по нозологиям среди жителей Республики Татарстан отображает общероссийские тенденции, а именно выросли по классам болезней органов дыхания, системы кровообращения и эндокринной системы показатели Российской Федерации.

В Республике Татарстан сформирована модель здравоохранения с одноканальной формой финансирования, с трехуровневой системой оказания

медицинской помощи. В республике существует развитая сеть оказания медицинской помощи и высокий научно-образовательный потенциал здравоохранения.

В результате исследования выявлены определенные положительные тенденции в оценке населением системы здравоохранения и оказания медицинской помощи в Республике Татарстан. Вместе с тем, существуют значительные резервы для дальнейшего совершенствования системы.

Выстраивание современной системы оказания первичной медико-санитарной помощи населению, формирование многоуровневой стационарной помощи с дифференциацией коечного фонда по степени интенсивности его использования, концентрации медицинской помощи в межрайонных специализированных центрах должно обеспечить доступность медицинской помощи как в самых малочисленных населенных пунктах в сельской местности, так и в крупных городах.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Конституция Российской Федерации [Электронный ресурс] // Справ.- правовая система «Консультант Плюс». – Режим доступа: <http://consultant.ru> (дата обращения: 09.10.2021).

2. Гражданский кодекс Российской Федерации: Часть первая-четвертая: (в ред. от 30.12.2020) [Электронный ресурс] // Справ.-правовая система «Консультант Плюс». – Режим доступа: <http://consultant.ru> (дата обращения: 09.10.2021).

3. Федеральный закон РФ от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред. от 01.12.2020.) [Электронный ресурс] // Справ.-правовая система «Консультант Плюс». – Режим доступа: <http://consultant.ru> (дата обращения: 09.10.2021).

4. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: (ред. от 06.04.2021) [Электронный ресурс] // Справ.-правовая система «Консультант Плюс». – Режим доступа: <http://consultant.ru> (дата обращения: 09.10.2021).

5. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» [Электронный ресурс] // Справ.-правовая система «Консультант Плюс». – Режим доступа: <http://consultant.ru> (дата обращения: 09.10.2021).

6. Приказ ФФОМС «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» от 01.12.2010 №230 [Электронный ресурс] // Справ.-правовая система «Консультант Плюс». – Режим доступа: <http://consultant.ru> (дата обращения: 09.10.2021).

7. Закон Республики Татарстан от 17.06.2015 N 40-ЗРТ «Об утверждении Стратегии социально-экономического развития Республики

Татарстан до 2030 года» [Электронный ресурс] // Справ.-правовая система «Консультант Плюс». – Режим доступа: <http://consultant.ru> (дата обращения: 09.10.2021).

8. Авдеева, Ю. В. Управление качеством медицинской помощи [Текст] / Ю. В. Авдеева // Медицина и здравоохранение: материалы III Междунар. науч. конф.. - Казань: Бук, 2019. - С. 81-84.

9. Андреев, А. В. Основы региональной экономики [Текст]: Учебное пособие / А. В. Андреев, Л. М. Борисова, Э. В. Плучевская. – М.: КНОРУС, 2018. – 336 с.

10. Александрова, О.Ю. Качество медицинской помощи: правовая оценка [Текст] / О.Ю. Александрова // ГлавВрач. - 2019.- № 9.– С.63-72.

11. Егоров, Т.Н. Использование рыночных механизмов в обеспечении качества медицинского обслуживания населения [Текст] / Т.Н. Егоров // Экономика и управление: Современные аспекты экономики. – 2018. – № 1. – С. 12-16.

12. Кельжанова, М. К. Анализ и совершенствование системы качества медицинской помощи [Текст] / М. К. Кельжанова, К. К.Косыбаева, Н. К. Турсынбекова // Молодой ученый. - 2018. - №10. - С. 77-80.

13. Матыцин, Н.О. Использование современных подходов к менеджменту качества для создания системы управления качеством медицинской помощи [Текст] / Н.О. Матыцин, А.И. Баранов // Вестник Росздравнадзора. - 2020. - № 3. – С. 44-48.

14. Петруничева, О. Ж . Этапы развития здравоохранения [Текст] / О.Ж. Петруничева // Инновационные процессы в современном российском обществе: сборник статей / под ред. А.М. Копейкина. – Архангельск, 2020. – С. 82–86.

15. Самутин, К.А. Здоровье населения как составной элемент экономической политики государства [Текст] / К.А. Самутин // Российское предпринимательство. – 2014. –№ 11. – С. 131-136

16. Старченко, А.А. Новые критерии оценки качества медпомощи [Текст] / А.А. Старченко // Журнал «Здравоохранение». – 2017. - №10. – С. 12-14.

17. Роик, В.Д. Обязательное медицинское страхование [Текст]: теория и практика / В.Д. Роик. – М.: Дело и Сервис, 2021. – 208 с.

18. Антикоррупционный мониторинг, проведенный Комитетом по социально-экономическому мониторингу Республики Татарстан за 2020 год [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://monitoring.tatarstan.ru> (дата обращения: 10.04.2021).

19. Отчет о деятельности исполнительных органов государственной власти Республики Татарстан за 2020 год [Электронный ресурс] – Режим доступа: [https://prav.tatarstan.ru/file/pub/pub\\_2784651.pdf](https://prav.tatarstan.ru/file/pub/pub_2784651.pdf) (дата обращения: 10.04.2021).

20. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru> (дата обращения: 10.10.2021).

21. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по РТ [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/index.htm/news/869261.htm> (дата обращения: 10.10.2021).