

УДК 332.14:330.322

Н. М. Сергеева

Курский государственный медицинский университет, Курск,
e-mail: sergeevamedical@yandex.ru

Л. А. Иванова

Курский государственный университет, Курск, e-mail: ivaviser@yandex.ru

Ю. В. Желудева

Курская государственная сельскохозяйственная академия имени И.И. Иванова,
Курск, e-mail: kursknich@gmail.com

КАЧЕСТВО И ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ КАК УСЛОВИЕ СОХРАНЕНИЯ ИНВЕСТИЦИОННОГО ИНТЕРЕСА К СЕЛУ

Ключевые слова: сельская местность, инвестиционная привлекательность, инвестиционный климат, социальная инфраструктура, здравоохранение, обеспеченность кадрами, качество и доступность.

Текущая ситуация характеризуется моральным и физическим устареванием материально-технической базы систем образования и здравоохранения в сельской местности, зачастую являющихся советским наследием без какой-либо модернизации, что формирует низкую привлекательность работы в селе для кадров и способствует их оттоку в города, а за ними – и другого населения данных территорий в поисках более комфортных условий жизни для себя и своих семей. В результате сегодня сохраняется упадок в деревне и запаздывающий прогресс в сочетании с продолжающимся разрушением остатков социальной инфраструктуры, что формирует низкую инвестиционную привлекательность данных территорий для инвесторов. В ходе исследования дается оценка качества и доступности медицинской помощи в сельской местности России на основе анализа основных показателей работы системы здравоохранения в сравнении с общими по стране индикаторами, выявлен уровень существующей социальной инфраструктуры и его влияние на инвестиционную привлекательность села. Установлено, что численность медицинского персонала, занятого в сельской местности, за 5 лет сократилась на 8%, причем в наибольшей степени за счет сокращения численности врачей более чем на 12%. Как следствие, в 2020 году обеспеченность врачами в селе составила менее 14 чел. на 10 тыс. населения, в то время как среднее по стране значение на фоне пандемии выросло до 50 чел. на 10 тыс. населения, что в 3 раза больше. Уровень обеспеченности сельского населения СМП также снижается и составляет чуть более 50 чел. на 10 тыс. населения, в то время как среднее по стране значение вдвое выше. В результате можно говорить о том, что текущее состояние социальной инфраструктуры в сельской местности остается неблагоприятным, что подтверждается результатами оценки развития системы здравоохранения.

N. M. Sergeeva

Kursk State Medical University, Kursk, e-mail: sergeevamedical@yandex.ru

L. A. Ivanova

Kursk State University, Kursk, e-mail: ivaviser@yandex.ru

Yu. V. Zheludeva

Kursk State Agricultural Academy named after I.I. Ivanov, Kursk,
e-mail: kursknich@gmail.com

QUALITY AND ACCESSIBILITY OF MEDICAL SERVICES AS A CONDITION FOR KEEPING INVESTMENT INTEREST IN RURAL AREAS

Keywords: countryside, investment attractiveness, investment climate, social infrastructure, healthcare, staffing, quality and accessibility.

The current situation is characterized by the moral and physical obsolescence of the material and technical base of education and health care systems in rural areas, which are often Soviet legacy without any modernization, which creates a low attractiveness of work in the countryside for personnel and contrib-

utes to their outflow to the cities, and after them – and other population of these territories in search of more comfortable living conditions for themselves and their families. As a result, today the decline in the countryside and lagging progress, combined with the continued destruction of the remnants of the social infrastructure, remain, which creates a low investment attractiveness of these territories for investors. The study assesses the quality and accessibility of medical care in rural areas of Russia based on an analysis of the main indicators of the health care system in comparison with the country's general indicators, reveals the level of the existing social infrastructure and its impact on the investment attractiveness of the village. It has been established that the number of medical personnel employed in rural areas has decreased by 8% over 5 years, and to the greatest extent due to a decrease in the number of doctors by more than 12%. As a result, in 2020, the provision of doctors in the village was less than 14 people. per 10 thousand population, while the national average rose to 50 people. per 10 thousand population, which is 3 times more. The level of provision of the rural population with the NSR is also declining and amounts to just over 50 people. per 10 thousand population, while the national average is twice as high. As a result, we can say that the current state of social infrastructure in rural areas remains unfavorable, which is confirmed by the results of the assessment of the development of the health system.

Введение

Инвестиционный климат является сложным и многоаспектным понятием, включающим в себя помимо экономических, также и социальные составляющие, которым в современных условиях отводят повышенное внимание. Уровень инвестиционной привлекательности конкретной местности определяется наличием не только производственно-экономического, ресурсного и промышленного потенциала, но и социальной инфраструктуры, что создает предпосылки для формирования кадрового потенциала, играющего большую роль [1]. В свою очередь кадровые ресурсы входят в число наиболее значимых факторов, определяющих возможности экономического развития территорий страны, поэтому создание для них всех условий для эффективного труда и комфортного проживания становится актуальной задачей [2].

Географические и административно-территориальные особенности России сформировали дифференциацию уровня общеэкономического развития регионов страны, что выражается также и в наличии неравного инвестиционного климата в них. При этом даже внутри самих регионов сохраняется дифференциация «экономический центр – периферия», что способствует оттоку и кадров, и инвестиций из сельской местности в экономические центры [3]. Это связано, в том числе, с тем обстоятельством, что сегодня в селе практически отсутствует социальная инфраструктура, включающая в себя главным образом доступное образование и здравоохранение. Текущая ситуация характеризуется моральным и физическим устареванием материально-технической базы систем образования и здравоохранения в сельской местности, зачастую явля-

ющихся советским наследием без какой-либо модернизации, что формирует низкую привлекательность работы в селе для кадров и способствует их оттоку в города, а за ними – и другого населения данных территорий в поисках более комфортных условий жизни для себя и своих семей [4, 5]. Более того, оптимизация самого здравоохранения как экономической системы идет через сокращение расходов на обслуживание сельского населения [6-8].

В результате сегодня сохраняется упадок в деревне и запаздывающий прогресс в сочетании с продолжающимся разрушением остатков социальной инфраструктуры, что формирует низкую инвестиционную привлекательность данных территорий для инвесторов, да и для самого государства в целом [9]. Несмотря на то, что развитие села номинально сегодня входит в число приоритетных стратегических задач, что подтверждается существованием таких государственных программ как «Земский доктор» и «Земский учитель», практические результаты за годы реализации данных программ показали низкую эффективность. Это свидетельствует о том, что несмотря на привлекательные условия труда, отсутствие больших инвестиционных вливаний в сельскую местность и развитие ее социальной инфраструктуры не позволяет сформировать такой инвестиционный климат в сельской местности, который способствовал бы ресурсному притоку и последующему экономическому росту [10].

Цель исследования – провести оценку качества и доступности медицинской помощи в сельской местности России на основе анализа основных показателей работы системы здравоохранения в сравнении с общими по стране индикаторами, выявить

уровень существующей социальной инфраструктуры и его влияние на инвестиционную привлекательность села.

Материалы и методы исследования

В ходе исследования использовались статистические данные сборника «Здравоохранение в России 2021» [11] о численности сельского населения, а также об основных показателях ресурсной обеспеченности здравоохранения в сельской местности – числа больничных организаций и коек в них, численности медицинского персонала, в том числе врачей и СМП. На основе имеющихся статистических данных был произведен расчет удельного веса сельского населения в стране, а также доли больничных организаций, коек, врачей и СМП в общей массе по стране. Кроме того, были рассчитаны показатели обеспеченности сельского населения койками, врачами и СМП, что отражает количество приходящихся ресурсов системы здравоохранения в расчете на 10 тыс. проживающего населения, и произведен сравнительный анализ полученных данных со средними по стране значениями, что позволяет сделать вывод о благоприятности существующей инфраструктуры в сельской местности. Период исследования определен 2016-2020 гг., при этом выбор 2016-го года в качестве базисного обусловлен началом масштабной модернизации и оптимизации в системе здравоохранения, ставших причиной сокращений ресурсов и мощностей, а 2020 год – отражает текущую ситуацию

в отрасли, в том числе в условиях пандемии коронавируса. Исследование проводилось с использованием целого ряда методов и подходов, в том числе: интеллектуальный анализ данных, общенаучные и статистические методы анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

Общая численность сельского населения в России за последние 5 лет имеет устойчивую тенденцию к снижению с 37,8 млн чел. до 37,1 млн чел., что соответствует спаду на уровне практически 2%. При этом удельный вес населения страны, проживающего в сельской местности, во всем исследуемом периоде превышает 25%, хотя и снизился на 0,5% за 5 лет. В результате, можно говорить о том, что население в сельской местности хоть и является наименьшим по численности (в сравнении с городским), однако по-прежнему составляет весомую часть в общей структуре населения России, в связи с чем наличие социальной инфраструктуры в сельской местности, в первую очередь – здравоохранения, имеет большое значение (рисунок 1).

Общее число больниц в сельской местности также устойчиво сокращается: если в 2016 году их количество превышало 1000, то уже в 2019 году снизилось до 944 ед., а к 2020 году – до 929 ед., что является наименьшим значением в исследуемом периоде. Общее снижение за 5 лет составило 7,7% (рисунок 2).

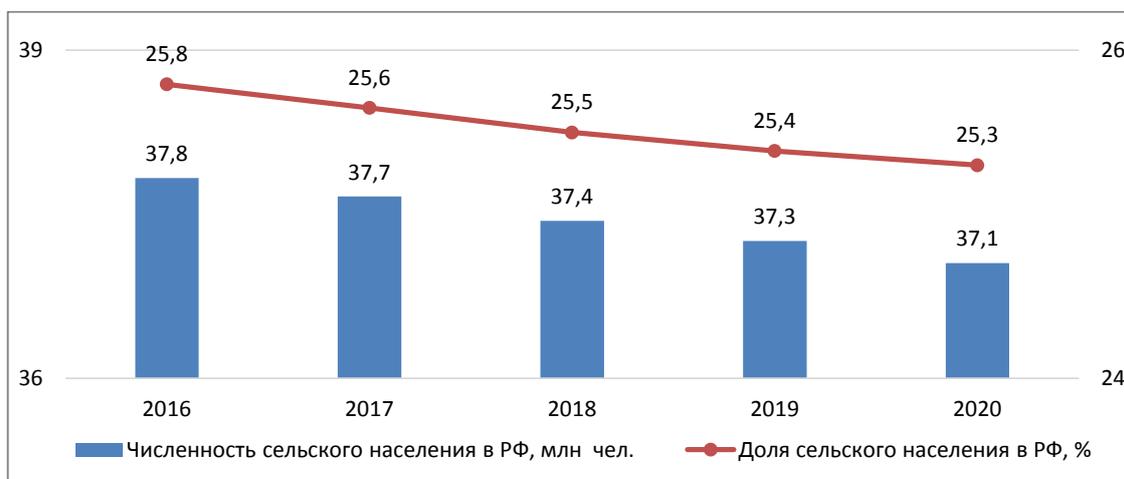


Рис. 1. Численность и удельный вес сельского населения в общей численности населения России в 2016-2020 гг.



Рис. 2. Динамика и удельный вес больничных организаций в сельской местности в России в 2016-2020 гг.

Таблица 1

Динамика числа, удельного веса и обеспеченности койками в сельской местности в России в 2016-2020 гг.

Показатель	Значение					Изменение в 2020 г. к 2016 г., %
	2016	2017	2018	2019	2020	
Число коек в сельской местности всего, тыс.	156,2	155,8	154,1	155,9	157,6	0,9
Доля коек в сельской местности в общем объеме по стране, %	13,0	13,2	13,1	13,3	13,3	0,3
Обеспеченность койками в сельской местности, на 10 тыс. населения	41,4	41,5	41,3	41,9	42,7	3,1
Справочно: обеспеченность койками в целом по стране, на 10 тыс. населения	81,6	80,5	79,9	80	81,3	-0,4

При этом доля сельских больниц в общем количестве по стране практически неизменна (снижение 0,5% за 5 лет) и составляет чуть более 18%, что свидетельствует о том, что подавляющее большинство больничных организаций в стране располагается в городах, в то время как в сельской местности их численность достаточно мала.

Однако более важное значение имеет оценка не числа больничных учреждений в сельской местности, а их мощности, что отражается в обеспеченности койками и медицинским персоналом. В результате, общее число коек в сельской местности за 5 лет имеет положительную тенденцию к небольшому росту – на уровне 0,9%, вследствие чего в 2020 году их количество составило 157,6 тыс. При этом удельный вес коек в сельской местности от общего по стране количества во всем рассматриваемом периоде составляет чуть более 13% и также имеет тенденцию к небольшому

росту. В расчете на 10 тыс. сельского населения обеспеченность койками также возросла к 2020 году с 41,4 до 42,7 коек, что является положительной тенденцией, но в то же время в наибольшей степени связано с началом пандемии коронавируса, что подтверждается динамикой вариации показателя. Так, в период 2016-2018 гг. обобщённой тенденцией являлось сокращение числа коек в сельской местности, а в последние 2 года – их увеличение, причем усиление темпов прироста отмечается именно в 2020-м ковидном году. Несмотря на это, обеспеченность койками в сельской местности остается достаточно низкой, что подтверждается при сравнении показателя со средним по стране значением, которое во всем исследуемом периоде практически вдвое выше, чем в сельской местности, и составляет порядка 80 коек на 10 тыс. населения, в то время как в селе – чуть более 40 (таблица 1).

Динамика численности, удельного веса и обеспеченности врачами и СМП в сельской местности в России в 2016-2020 гг.

Показатель	Значение					Изменение в 2020 г. к 2016 г., %
	2016	2017	2018	2019	2020	
Численность медицинских работников в сельской местности всего, тыс. чел., в т.ч.:	262,4	256,2	250,8	245,2	241,5	-8,0
Врачи						
Численность врачей, тыс. чел.	57,7	56,4	54,3	53,1	50,7	-12,1
Доля врачей в сельской местности в общей численности, %	8,5	8,1	7,7	7,4	6,9	-1,6
Обеспеченность врачами в сельской местности, чел. на 10 тыс. населения	15,3	15,0	14,5	14,3	13,7	-10,3
Справочно: обеспеченность врачами в целом по стране, чел. на 10 тыс. населения	46,4	47,5	47,9	48,7	50,4	8,6
СМП						
Численность СМП в сельской местности, тыс. чел.	204,7	199,8	196,5	192,1	190,8	-6,8
Доля СМП в сельской местности в общей численности, %	13,3	13,1	13,2	12,9	12,8	-3,8
Обеспеченность СМП в сельской местности, чел. на 10 тыс. населения	54,1	53,1	52,5	51,6	51,5	-4,8
Справочно: обеспеченность СМП в целом по стране, чел. на 10 тыс. населения	104,8	103,8	101,6	101,6	102	-2,7

Говоря об обеспеченности сельской местности медицинскими кадрами, можно отметить, что общей тенденцией последних лет является сокращение числа работников, которое за 5 лет составило 8%, а их численность к 2020 году достигла 241,5 тыс. чел. в сравнении с 262,4 тыс. в базисном периоде (таблица 2).

При этом оценка численности врачей показала, что за 5 лет их количество сократилось с 57,7 тыс. чел. до 50,7 тыс. чел., что равно 12,1%. Вместе с тем доля врачей сельской местности от общей численности по стране в 2016 году составляла 8,5%, а к 2020 году снизилась до 6,9%, что свидетельствует об оттоке специалистов из сельской местности. При этом уровень обеспеченности врачами в сельской местности также является очень низким в сравнении со средним по стране и имеет тенденцию к снижению с 15,3 чел. до 13,7 чел. на 10 тыс. В то же время средний по стране уровень обеспеченности врачами в 2020 году превысил 50,4 чел. на 10 тыс., что практически на 9% выше уровня базисного периода. Стоит отметить, что общей для страны тенденцией 2020 года стало существенное повышение обеспеченности врачами, в то время как

в сельской местности тенденция к сокращению лишь усилилась.

Оценка динамики численности СМП в сельской местности показала наличие устойчивой тенденции к сокращению как численности и удельного веса, так и обеспеченности СМП. В результате, общая численность СМП в селе за 5 лет сократилась с 205 тыс. чел. до 191 тыс. чел., а удельный вес – с 13,3% до 12,8%. При этом уровень обеспеченности СМП в сельской местности вдвое ниже, чем в среднем по стране и составляет чуть более 50 чел. на 10 тыс. населения, в то время как среднее по стране значение превышает 100 чел. на 10 тыс. населения. Кроме того, стоит отметить, что в сельской местности в последние 2 года произошло усиление тенденции к сокращению обеспеченности СМП, в то время как в среднем по стране в 2020 году впервые за последние годы наметилась положительная динамика.

Заключение

Текущая ситуация в отрасли здравоохранения в сельской местности России характеризуется сохраняющимся снижением числа больничных организаций, а также числен-

ности и обеспеченности медицинским персоналом. В результате несмотря на то, что сегодня около четверти населения страны проживают в сельской местности, на данные территории приходится только порядка 18% от общего числа функционирующих на территории страны больниц. При этом положительной тенденцией остается рост числа и обеспеченности койками в селе – в 2020 году на 10 тыс. населения приходилось 42 коек, в то время как среднее по стране значение вдвое выше. В свою очередь численность медицинского персонала, занятого в сельской местности, за 5 лет сократилась на 8%, причем в наибольшей степени за счет сокращения численности врачей более чем на 12%. Как следствие, в 2020 году обеспеченность врачами в селе составила менее 14 чел. на 10 тыс. населения, в то время как среднее по стране значение на фоне пандемии выросло до 50 чел. на 10 тыс. населения, что в 3 раза больше. Уровень обеспеченности сельского населения СМП также снижается и составляет чуть более 50 чел. на 10 тыс. населения, в то время как среднее по стране значение вдвое выше.

В результате можно говорить о том, что текущее состояние социальной инфра-

структуры в сельской местности остается неблагоприятным, что подтверждается результатами оценки развития системы здравоохранения. По нашему мнению, развитие здравоохранения в сельской местности является ключевой задачей, поскольку от ее результативности во многом зависит качество и доступность медицинской помощи. Начавшаяся пандемия коронавируса лишь усилила миграционные потоки медицинских кадров в крупные города по причине существенного увеличения оплаты труда и возросшей нагрузки, в то время как в сельской местности ситуация лишь усугубилась. Как следствие, сегодня сельская местность не обладает благоприятным инвестиционным климатом, поскольку практически отсутствует возможность удовлетворения даже базовых потребностей – в качественной и своевременной медицинской помощи, при этом в сфере образования ситуация также является неблагоприятной. Все это формирует отсутствие экономического интереса к российскому селу как к территориям с большим ресурсным потенциалом как со стороны государства, так и со стороны инвесторов, поскольку требует больших инвестиционных и управленческих усилий.

Библиографический список

1. Кунина М.Г., Медведева Т.В. Формирование благоприятного инвестиционного климата региона // Вестник Тульского филиала Финуниверситета. 2020. № 1. С. 188-191.
2. Лосев А.С., Савельева Е.В., Мухина Д.В., Федореева О.Е., Здор Д.В. Высококвалифицированные кадры и их роль в социально-экономическом развитии региона (на примере Приморского края) // Экономика и предпринимательство. 2021. № 4 (129). С. 538-542.
3. Лыгина Н.И., Пьянова Н.В., Потапова Е.В. Управление региональным инвестиционным климатом // Вестник ОрелГИЭТ. 2017. № 2 (40). С. 56-60.
4. Лукашин Н.А. Результаты развития сельской социальной инфраструктуры: системный подход // Экономика АПК Предуралья. 2020. № 1. С. 32-35.
5. Вартанова М.Л., Безвербный В.А. Повышение уровня и качества жизни населения – главная задача устойчивого развития сельских территорий // Экономические отношения. 2019. Т. 9. № 3. С. 1925-1938.
6. Зюкин Д.А. Оптимизация экономических ресурсов в системе здравоохранения как угроза снижения качества и доступности медицинской помощи // Вестник Курской государственной сельскохозяйственной академии. 2020. № 8. С. 69-76.
7. Зюкин Д.А. Социально-экономические минусы от оптимизации ресурсов в здравоохранении // Наука и практика регионов. 2020. № 4 (21). С. 60-63.
8. Зюкин Д.А. О результатах процесса оптимизации ресурсов в системе здравоохранения // Политика, экономика и инновации. 2020. № 6 (35). С. 8.
9. Комлев Д.А. Перспективы развития сельских территорий в РФ // Студенческий форум. 2021. № 42-2 (178). С. 61-63.
10. Ковалева И.В., Поспелова И.Н. Повышение устойчивости развития сельских территорий с учетом инвестиционного фактора // Экономика и бизнес: теория и практика. 2018. № 9. С. 101-106.
11. Здравоохранение в России. 2021: Стат.сб. / Росстат. М., 2021. 171 с.