

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО СЕВЕРА И АРКТИКИ

Научная статья
УДК 332.1, 338.49
doi:10.37614/2220-802X.2.2023.80.008

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИЙСКОЙ АРКТИКИ: УРОКИ ПАНДЕМИИ COVID-19, РЕЗУЛЬТАТЫ ОПТИМИЗАЦИИ, ПРИОРИТЕТЫ РАЗВИТИЯ

Екатерина Евгеньевна Торопушина

Институт экономических проблем имени Г. П. Лузина Кольского научного центра Российской академии наук, Апатиты, Россия, wranka@rambler.ru, ORCID 0000-0002-5263-2902

Аннотация. Пандемия COVID-19 сфокусировала внимание правительств, международных организаций и научного сообщества на необходимости переосмысления приоритетов развития здравоохранения. Взрывной рост заболеваемости обнажил проблему острой нехватки основных ресурсов здравоохранения, особенно в больничном секторе. Беспрецедентно возросла важность наличия современной инфраструктуры здравоохранения, доступности медицинской помощи для населения — вопросов, актуальных для всех стран и регионов, включая арктические территории. Представленное в статье исследование вносит вклад в научный дискурс по проблеме развития кадрово-инфраструктурных ресурсов здравоохранения на арктических территориях. Цель работы — исследование основных трендов изменения кадрово-инфраструктурной обеспеченности здравоохранения российской Арктики за два последних десятилетия и определение направлений дальнейшего развития этой сферы. В процессе работы были использованы научные методы логического, сравнительного и контент-анализа. Исследование позволило установить, что здравоохранение в российской Арктике является поляризованным, пространственное распределение кадрово-инфраструктурных ресурсов неоднородно — услуги в значительной степени сконцентрированы в административных центрах. Для решения выявленных проблем необходимо формирование дифференцированных механизмов государственной политики и реализация комплексной государственной программы развития здравоохранения в российской Арктике, обеспечение роста доступности здравоохранения в удаленных, малонаселенных поселениях, привлечение негосударственного сектора в сферу развития кадрово-инфраструктурных ресурсов. Практическая значимость исследования заключается в возможности применения полученных результатов для формирования специальных подходов, учитывающих арктические особенности, при модернизации системы здравоохранения и в практике государственного управления социальным развитием российской Арктики. Последствия пандемии и новые глобальные вызовы, связанные с изменением геополитических и геоэкономических условий, и социально-экономические последствия таких изменений предполагают дальнейшее изучение данного направления, что требует проведения дополнительных научных исследований, включающих рассмотрение вопросов развития платной медицины, развития промышленной медицины, определения воздействия изменений в системе здравоохранения на уровень здоровья населения арктических территорий.

Ключевые слова: здравоохранение, кадрово-инфраструктурная обеспеченность, пандемия COVID-19, оптимизация, Арктика

Благодарности: статья подготовлена в рамках государственного задания Федерального исследовательского центра «Кольский научный центр Российской академии наук» в части проведения научно-исследовательской работы Института экономических проблем имени Г. П. Лузина по теме «Научные основы управления социальным развитием регионов российской Арктики в условиях новых глобальных вызовов» (гос. рег. № 123012500053-2).

Для цитирования: Торопушина Е. Е. Здравоохранение российской Арктики: уроки пандемии COVID-19, результаты оптимизации, приоритеты развития // Север и рынок: формирование экономического порядка. 2023. № 2. С. 117–132. doi:10.37614/2220-802X.2.2023.80.008.

SOCIAL ASPECTS OF THE DEVELOPMENT OF THE RUSSIAN NORTH AND THE ARCTIC

Original article

HEALTHCARE IN THE RUSSIAN ARCTIC: LESSONS FROM THE COVID-19 PANDEMIC, OPTIMIZATION RESULTS, AND DEVELOPMENT PRIORITIES

Ekaterina E. Toropushina

Luzin Institute for Economic Studies of the Kola Science Centre of the Russian Academy of Sciences, Apatity, Russia, wranka@rambler.ru, ORCID 0000-0002-5263-2902

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО СЕВЕРА И АРКТИКИ

Abstract. The COVID-19 pandemic has focused the attention of governments, international organizations, and the scientific community on the need to rethink the priorities and directions in healthcare development. The explosive increase in morbidity has exposed the problem of an acute shortage of basic healthcare resources, especially in the hospital sector. The importance of having a modern healthcare infrastructure and accessible medical care for the population has increased unprecedentedly, as these services are relevant to all countries and regions, including the Arctic territories. This study contributes to the scientific discourse on the problem of developing human resources and infrastructure for healthcare in the Arctic territories. The aim of the study was to analyze the main trends in healthcare personnel and infrastructure provision in the Russian Arctic over the past two decades and identify directions for further development in this field. The study used research methods such as logical and comparative analysis, as well as content analysis. The findings demonstrate that healthcare in the Russian Arctic is polarized, with personnel and infrastructure resources unevenly distributed and primarily concentrated in administrative centers. To solve the identified problems, it is necessary to design differentiated state policy mechanisms and implement a comprehensive national program for the development of healthcare in the Russian Arctic, improve access to healthcare in remote and sparsely populated zones, and engage business in personnel and infrastructure development. The practical significance of this study lies in its potential to inform the development of customized approaches that account for Arctic characteristics in healthcare system modernization and public administration practices for social development in the Russian Arctic. The consequences of the pandemic and emerging global challenges associated with changing geopolitical and geoeconomic conditions and the socio-economic consequences of such changes require further research in this area, including the consideration of paid healthcare issues, the development of industrial medicine, and assessing the resulting impact of healthcare system changes on the health of Arctic populations.

Keywords: healthcare, human resources, infrastructure, COVID-19 pandemic, optimization, Arctic

Acknowledgments: this article is based on the results of the research conducted at the Luzin Institute for Economic Studies of the Kola Science Centre of the Russian Academy of Sciences; Project No. 123012500053-2 titled “The Scientific Foundations of Social Development Management In Russia’s Arctic Regions Amid Emerging Global Challenges”.

For citation: Toropushina E. E. Healthcare in the Russian Arctic: Lessons from the COVID-19 pandemic, optimization results, and development priorities. *Sever i rynek: formirovanie ekonomicheskogo poriyadka* [The North and the Market: Forming the Economic Order], 2023, no. 2, pp. 117–132. doi:10.37614/2220-802X.2.2023.80.008.

Введение

Пандемия коронавируса COVID-19¹ стала масштабной глобальной катастрофой для государственных систем здравоохранения и сосредоточила внимание правительств всех без исключения стран на деятельности этой сферы. Несмотря на то что в большинстве государств довольно быстро начали вводиться карантинные ограничения, направленные на предотвращение стремительного роста заболеваемости COVID-19, медицинские учреждения оказались не готовы к этой чрезвычайной ситуации. В 2020–2021 гг. из-за пандемии коронавируса все имеющиеся ресурсы здравоохранения резервировались и направлялись на оказание медицинской помощи заболевшим. Учреждения здравоохранения повсеместно были вынуждены откладывать на более позднее время плановое лечение, сокращать специализированную стационарную и неотложную медицинскую помощь. Все страны столкнулись с острой нехваткой врачей и медицинского персонала, что уже и так было характерно для систем здравоохранения большинства государств, но критически усугублялось высокой подверженностью заболеваемости COVID-19 медицинских работников.

В условиях пандемии обществам пришлось адаптироваться к новым экономическим и социальным вызовам, независимо от реализуемой

в той или иной стране политики в здравоохранении, подходов к формированию и распределению ресурсов в этой сфере. Взрывной рост заболеваемости COVID-19 привел к необходимости внедрения институциональных и организационных изменений здравоохранения, делая его более гибкой структурой — быстро менялось законодательство, регулирующее эту сферу, выделялись дополнительные финансовые средства на выплаты медикам и оснащение медицинских учреждений и т. д. [1].

В последние годы во многих странах, включая Россию, активно осуществлялась оптимизация здравоохранения, предусматривающая укрупнение больничных организаций (за счет их объединения), значительное сокращение коечного фонда и перевод оказания медицинской помощи в первичное (амбулаторное) звено [2–4]. И в период распространения COVID-19 справиться с проблемой моментального увеличения кадрово-инфраструктурных ресурсов здравоохранения, несмотря на все финансовые и технические ассигнования, было крайне сложно [5], учитывая то, как быстро распространялась пандемия.

Оценка деятельности системы здравоохранения и до пандемии COVID-19 являлась довольно обсуждаемой темой на уровне международных организаций (таких как Всемирная организация здравоохранения [6], Организация экономического сотрудничества и развития [7], Арктический совет² и др.),

¹ COVID-19 — инфекционное заболевание, вызванное коронавирусом SARS-CoV-2.

² One Arctic, One Health Fact Sheet // Arctic Council website. URL: https://oarchive.arctic-council.org/bitstream/handle/11374/2461/SDWG_

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО СЕВЕРА И АРКТИКИ

правительств, населения и научного сообщества [8–10], однако распространение новой коронавирусной инфекции, ставшей настоящим стресс-тестом для здравоохранения [11], максимально активизировало дискуссию об оправданности проведенной оптимизации этой сферы и беспрецедентно повысило актуальность переосмысления приоритетов и направлений развития здравоохранения [12–14].

Эти вопросы являются важными и для арктических территорий, что, безусловно, находит свое подтверждение в целом ряде исследований, проводимых российскими и зарубежными учеными [15; 16], однако в глобальном дискурсе опыт Арктики в период COVID-19 фактически не представлен [17]. Особенности развития здравоохранения в Арктике в значительной степени повлияли на пространственно-временное распространение COVID-19 — изолированность большинства арктических населенных пунктов изначально положительно отразилась и отсрочила начало эпидемии в большинстве зарубежных и российских арктических регионов (по сравнению с неарктическими районами в тех же странах), однако в дальнейшем, в условиях лавинообразного распространения коронавирусной инфекции, такая удаленность поселений в совокупности с ограниченным доступом к здравоохранению и недостаточными медицинскими ресурсами оказала уже негативное влияние [18].

Кризис, вызванный пандемией COVID-19, показал не только важность наличия современной инфраструктуры системы здравоохранения, отвечающей потребностям жителей, но и приоритетность учета арктической специфики при определении направлений модернизации этой сферы (отсутствие такового на предыдущем этапе [19] привело к необходимости в период пандемии экстренно наращивать обеспеченность учреждений здравоохранения зачастую за счет привлечения бизнес-структур³, сил Министерства по делам гражданской обороны,

чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (МЧС)⁴ и Министерства обороны РФ), что и определяет актуальность данного исследования. Цель работы заключается в выявлении основных трендов изменения кадрово-инфраструктурной обеспеченности здравоохранения российской Арктики за два последних десятилетия и определении направлений дальнейшего развития этой сферы. Автор ставит перед собой задачи провести сравнительный анализ изменений кадрово-инфраструктурной обеспеченности здравоохранения и внутрирегиональной дифференциации в субъектах РФ, территории которых полностью включены в Арктическую зону Российской Федерации⁵ (АЗРФ), выявить основные тренды изменений, произошедших за два последних десятилетия, в кадрово-инфраструктурной обеспеченности систем здравоохранения стран «Арктической восьмерки». Научная новизна исследования заключается в разработке комплекса мер, предлагаемых к внедрению в практику государственного управления социальным развитием арктических территорий России и направленных на развитие системы здравоохранения АЗРФ.

Методы

Сравнительный анализ изменений кадрово-инфраструктурной обеспеченности здравоохранения российской Арктики проведен для субъектов РФ, территории которых полностью включены в АЗРФ на основании Указа Президента РФ от 02.05.2014 г. № 296 «О сухопутных территориях Арктической зоны Российской Федерации» (в ред. от 27.06.2017 г.), — Мурманской области, Ненецкого, Чукотского и Ямало-Ненецкого автономных округов. Предметом сравнения выступают показатели кадрово-инфраструктурной обеспеченности систем здравоохранения за период 2000–2021 гг.: число больниц и коек в них, число фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов), численность врачей и среднего

onehealth_factsheet.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата обращения: 27.03.2023).

³ Большинство компаний, осуществляющих хозяйственную деятельность в АЗРФ, уже довольно длительный период являются активными акторами в процессе развития здравоохранения через участие в социальном партнерстве триады «власть — бизнес — общество», реализацию своих политик в сфере корпоративной социальной ответственности (КСО) и рассматривают такие инициативы, как неотъемлемую часть своей деятельности (следует отметить и то, что крупные предприятия, особенно работающие на отдаленных территориях, как правило, организуют медсанчасти (так называемое промышленное здравоохранение), где работники могут получить базовую медицинскую помощь). Пандемия COVID-19 подтолкнула к беспрецедентному развитию социального партнерства в здравоохранении, росту числа реализуемых КСО-инициатив, формированию новых вариаций сотрудничества и вовлечению в него большего числа акторов.

⁴ Так, в целях оказания медицинской помощи и ликвидации вспышки заболеваемости коронавирусной инфекцией на площадке реализации

проекта ПАО «НОВАТЭК» по созданию Центра строительства крупнотоннажных морских сооружений в поселке Белокаменка Мурманской области (весной 2020 г. именно Белокаменка стала крупнейшим в России очагом распространения COVID-19) силами Невского спасательного центра МЧС России был развернут аэромобильный госпиталь. В дальнейшем, летом 2020 г., силами Министерства обороны РФ в г. п. Мурмаши (52 км от Белокаменки) был возведен модульный госпиталь, включающий 100 реанимационных и 600 больничных коек. Однако уже построенный резервный госпиталь осенью был демонтирован в связи с несоответствием необходимым требованиям.

⁵ В связи с прекращением с 2013 г. представления данных о состоянии системы здравоохранения в муниципальных образованиях в общероссийской и региональных базах статистической информации, провести анализ изменений кадрово-инфраструктурной обеспеченности систем здравоохранения на остальной территории АЗРФ не представляется возможным.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО СЕВЕРА И АРКТИКИ

медицинского персонала. Анализ проведен на основе сопоставимых по регионам АЗРФ статистических данных, представленных на сайте Федеральной службы государственной статистики.

Оценка изменений внутрирегиональной дифференциации кадрово-инфраструктурной обеспеченности здравоохранения проведена для субъектов РФ, территории которых полностью включены в АЗРФ, на основе анализа показателей, характеризующих обеспеченность населения медицинскими кадрами и больничными койками в разрезе «вся территория субъекта АЗРФ — административный центр — остальная территория субъекта АЗРФ» в 2002–2021 гг. Представлены сопоставимые по регионам АЗРФ данные, рассчитанные автором.

Сравнительный анализ кадрово-инфраструктурной обеспеченности систем здравоохранения стран «Арктической восьмерки» включает исследование изменений в обеспеченности населения больничными койками, врачами и средним медицинским персоналом за 2000–2021 гг. Использовались данные, представленные на сайтах ОЭСР⁶, ВОЗ⁷, Статистического управления ЕС (Евростата)⁸ и компании Trading Economics⁹.

Исследование изменений ресурсного обеспечения систем здравоохранения основывалось также на контент-анализе российских и зарубежных научных публикаций, данных, представленных на сайтах региональных органов власти и других открытых источников, результатах предыдущих исследований автора.

Результаты и обсуждение

Наиболее заметным структурным изменением в здравоохранении регионов АЗРФ, как и страны в целом, стала оптимизация больничных учреждений. Общероссийский тренд сокращения этого сектора в большей мере проявился именно в Арктике — регионы вынуждены были доводить показатели обеспеченности объектами здравоохранения до среднего уровня по стране, при необходимости развития отдельных (как правило, высокотехнологичных) направлений медицинской помощи. Происходило укрупнение больниц за счет их объединения, перемещения большинства отделений и структур в региональные или межмуниципальные центры, непосредственного закрытия подразделений. Было значительно сокращено количество больничных коек как в абсолютном, так и в относительном выражении данного показателя во всех арктических

регионах в целом, в их административных центрах, на остальной территории наблюдалось и сокращение числа больничных коек и обеспеченности ими населения (исключением стал лишь Мурманск, для которого был характерен незначительный, но рост показателя обеспеченности населения больничными койками). Такая оптимизация привела к значительному сокращению первичного медицинского звена и усилению внутрирегиональной дифференциации обеспеченности населения объектами здравоохранения. В результате доступность специализированной медицинской помощи для жителей большинства населенных пунктов Арктики значительно снизилась, одно из главных прав граждан — возможность получения бесплатного гарантированного государством объема медицинских услуг всем жителям независимо от социального статуса и места проживания — на практике стало все менее реализуемым.

По итогам проведенной оптимизации в Чукотском АО к 2022 г. осталась лишь одна больница вместо 32, имеющих в регионе в 2000 г. (табл. 1), а сокращение числа больничных коек было самым высоким по АЗРФ — более чем в 2 раза. Сократилось как абсолютное значение этого показателя — с 1,3 тыс. до 646 коек (табл. 2), так и относительное — обеспеченность населения койками (на 10 тыс. человек) снизилась с 241,4 в 2000 г. до 129,1 в 2021 г. При этом наблюдались идентичные масштабы сокращения больничных коек в Анадыре, где обеспеченность койками снизилась с 353,4 на 10 тыс. человек в 2002 г. до 173,1 в 2021 г., и на остальной территории региона — с 218 до 110,3 (табл. 3).

Чрезмерное сокращение коснулось и Ненецкого АО — количество больниц уменьшилось в 5 раз (с 10 в 2000 г. до 2 в 2021 г.), а число больничных коек — в 1,5 раза (с 513 до 331). Снижение значения показателя обеспеченности населения койками было более существенным — в 1,7 раза (с 127,8 коек на 10 тыс. человек в 2000 г. до 74,3 в 2021 г.), что обусловлено не только оптимизацией больничного сектора, но и ростом численности населения, проживающего в регионе (с 40,9 тыс. человек в 2000 г. до 44,5 в 2021 г.). Процесс сокращения больничных коек в административном центре и на остальной территории отличался: в Нарьян-Маре за период 2002–2019 гг. обеспеченность снизилась в 1,3 раза (с 157,6 до 123,3), тогда как вне регионального центра сокращение было более существенным — в 1,7 раза (с 58,5 до 21,6 коек на 10 тыс. человек).

⁶ OECD.Stat website. URL: <https://stats.oecd.org/#>.

⁷ WHO website. URL: <https://www.who.int/data/gho>.

⁸ Eurostat website. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>.

⁹ Trading Economics website. URL: <https://tradingeconomics.com>.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО СЕВЕРА И АРКТИКИ

Таблица 1

Число больничных организаций в регионах АЗРФ в 2000–2021 гг., ед. (на конец года)*

	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Мурманская область	49	45	43	31	42	40	41	38	38	38
Ненецкий АО	10	9	9	9	7	2	2	2	2	2
Чукотский АО	32	32	1	6	6	6	3	1	1	1
Ямало-Ненецкий АО	48	47	28	22	23	22	22	21	21	24
РФ, тыс. ед.	10,7	9,5	6,3	5,4	5,4	5,3	5,3	5,1	5,1	5,1

* Источник: официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/> (дата обращения: 03.03.2023).

Таблица 2

Число больничных коек в регионах АЗРФ в 2000–2021 гг., ед. (на конец года)*

	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Мурманская область	10106	9728	9906	7908	7628	7303	7041	7066	7590	7270
Ненецкий АО	513	530	515	470	419	407	375	350	329	331
Чукотский АО	1343	1215	862	749	653	657	652	638	638	646
Ямало-Ненецкий АО	6093	5959	5230	4607	4396	4201	4194	4130	4150	4240
РФ, тыс. ед.	1671,6	1575,4	1339,5	1222,0	1197,2	1182,7	1172,8	1173,6	1188,8	1162,1

* Источник: официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/> (дата обращения: 03.03.2023).

Таблица 3

Внутрирегиональная дифференциация обеспеченности населения АЗРФ больничными койками в 2002–2021 гг., на 10 000 человек населения (на конец года)*

	2002	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Мурманская область	113,6	112,5	124,6	103,8	100,7	96,9	94,1	95,3	103,6	100,4
г. Мурманск	121,0	132,2	126,9	117,6	118,0	117,8	112,1	116,3	132,4	122,3
остальная территория	102,9	101,3	123,3	95,5	89,2	82,9	82,6	82,1	85,4	86,5
Ненецкий АО	123,0	126,2	120,8	107,2	95,4	92,5	85,6	79,3	74,1	74,3
г. Нарьян-Мар	157,6	163,5	194,5	163,0	168,7	165,1	130,9	123,3	Н/д	Н/д
остальная территория	58,5	70,1	62,5	20,6	17,1	7,8	26,5	21,6	Н/д	Н/д
Чукотский АО	252,4	250,8	171,2	149,3	131,1	133,1	131,3	126,9	128,8	129,1
г. Анадырь	353,4	288,2	203,0	169,1	162,9	161,5	159,6	158,7	164,7	173,1
остальная территория	218,0	229,0	159,9	141,6	116,6	121,3	116,7	113,2	114,4	110,3
Ямало-Ненецкий АО	119,8	113,1	99,7	86,3	82,0	78,0	77,5	75,9	75,9	76,8
г. Салехард	302,9	231,8	233,7	194,2	188,5	158,8	156,1	147,5	147,8	140,8
остальная территория	106,6	103,6	87,1	76,2	71,8	69,5	69,1	67,6	67,6	70,8

* Источники: расчеты автора; официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/> (дата обращения: 03.03.2023).

Примечание. Н/д — нет данных.

За этот же период в среднем по России количество больничных организаций сократилось в 2 раза, а коек — в 1,4, чему соответствовали и изменения, характерные для Ямало-Ненецкого АО. Здесь число больниц за период 2000–2021 гг. снизилось с 48 до 24 (при этом регион стал единственным в АЗРФ, где количество больничных организаций выросло в период пандемии COVID-19 — с 21 до 24 ед.). Сопоставимо сократились абсолютные и относительные

среднерегиональные значения показателей обеспеченности населения больничными койками, однако наблюдались значительные отличия в масштабах процесса оптимизации в региональном центре и на остальной территории: более существенное сокращение было в Салехарде (с 302,9 коек на 10 тыс. человек в 2002 г. до 140,8 в 2021 г., то есть в 2,1 раза), тогда как на остальной территории снижение обеспеченности больничными койками было менее

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО СЕВЕРА И АРКТИКИ

интенсивным (с 106,6 до 70,8, то есть в 1,5 раза), но привело к уровню даже ниже среднего по России (79,8 койки на 10 тыс. человек в 2021 г.).

Единственным регионом АЗРФ, где сокращение больничных учреждений было не столь масштабным, является Мурманская область — здесь число больниц за период 2000–2021 гг. стало меньше на 22,4 % (с 49 в 2000 г. до 38 в 2021 г.). Однако масштабы сокращения больничных коек были сопоставимы с другими регионами и страной в целом: в 1,4 раза снизилось число коек (с 10,1 тыс. в 2000 г. до 7,3 в 2021 г.), что фактически не изменило относительное значение данного показателя (115,3 койки на 10 тыс. человек в 2000 г. и 100,4 в 2021 г.), учитывая происходившие процессы сокращения численности населения, проживающего в Мурманской области (с 922,9 тыс. человек в 2000 г. до 724,5 тыс. в 2021 г.). При этом внутри региона процессы изменения уровня обеспеченности населения больничными койками были разнонаправленными: если в Мурманске наблюдался хоть и небольшой, но рост (с 121 койки на 10 тыс. человек в 2002 г. до 122,3 в 2021 г.), то на остальной территории — сокращение в 1,2 раза (с 102,9 до 86,5).

Следует отметить, что уровень обеспеченности больничными койками населения как регионов АЗРФ, так и России в целом значительно выше, чем в других арктических странах (рис. 1), а также то, что и за рубежом в период 2000–2021 гг. наблюдалось снижение данного показателя (обусловленное, как правило, сокращением средней продолжительности пребывания в стационаре и ростом применения стационарзамещающих технологий). Но если

в Норвегии, Исландии и США такое сокращение было незначительным (с 35–39 коек на 10 тыс. человек в 2000 г. до 28–34 коек в 2021 г., то есть на 12–20 %), то в Канаде, Дании и Швеции снижение обеспеченности населения больничными койками было уже более существенным — в 1,5–2 раза. Максимальное же сокращение (в 2,7 раза) произошло в Финляндии (с 75,4 коек на 10 тыс. человек в 2000 г. до 28,3 в 2020 г.), причем коснулось оно в основном коек длительного ухода и психиатрической помощи. Что касается арктических особенностей ресурсного обеспечения больничного сектора, то для зарубежной Арктики характерны существенные различия. Так, реструктуризация больничной инфраструктуры в Финляндии (аналогично оптимизации этого сектора здравоохранения в России) привела к централизации широкого спектра медицинских услуг в очень небольшом количестве университетов и крупных больниц, расположенных в больших городах, в то время как в малых арктических поселениях медицинская помощь жителям сконцентрировалась на предоставлении только базовых услуг [20]. На Аляске обеспеченность населения больничными койками соответствует общему низкому уровню, характерному для США в целом, и составляет около 28 коек на 10 тыс. человек¹⁰. Иная ситуация в Гренландии, где обеспеченность населения больничными койками, несмотря на ограниченные финансовые ресурсы государственной системы здравоохранения (и отсутствие частных больниц), составляет 144 койки на 10 тыс. человек¹¹, что значительно превышает показатели не только стран «Арктической восьмерки», но и регионов российской Арктики.

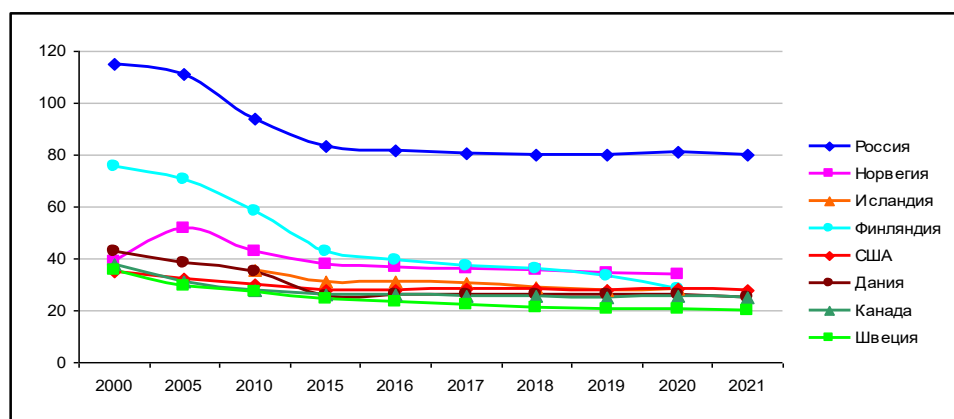


Рис. 1. Обеспеченность населения арктических стран больничными койками в 2000–2021 гг., на 10 000 человек населения (на конец года). Источники: OECD.Stat. URL: <https://stats.oecd.org/#>; Trading Economics. URL: <https://tradingeconomics.com/country-list/hospital-beds>; Eurostat. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>; WHO. URL: <https://www.who.int/data/gho> (дата обращения: 24.03.2023)

¹⁰ Hopkins K. Alaska releases estimate of how many ventilators and ICU beds are available // Anchorage Daily News, 30 March, 2020. URL: <https://www.adn.com/alaska-news/2020/03/28/alaska-has-about-200-ventilators-and-160-icu-beds-statewide-state-says/> (дата обращения: 31.03.2023).

¹¹ Healthcare in Greenland // WorldData.info website. URL: <https://www.worlddata.info/america/greenland/health.php#:~:text=With%20about%2064%20physicians%20in,1.14%20doctors%20per%201000%20inhabitants> (дата обращения: 10.03.2023).

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО СЕВЕРА И АРКТИКИ

На организацию здравоохранения в арктических странах значительное влияние оказывают различия политических систем: Россия, США и Канада — федеративные государства с конституционно определенным разделением полномочий между национальным правительством и другими уровнями власти, страны Скандинавии — унитарные государства, в которых национальные министерства здравоохранения делегируют региональным и местным органам власти функции по оказанию медицинских услуг, а Гренландия (одна из двух частей арктической территории Дании наравне с Фарерскими островами), являющаяся квазинезависимым государством во всех внутренних делах, самостоятельно формирует и реализует политику в сфере здравоохранения.

Арктические страны отличаются по источникам и объемам финансирования здравоохранения: в США с преимущественно частной системой общие расходы на здравоохранение в 2020 г. составляли около 19 % от ВВП (государственные расходы — 8,5 %, частные — 10,5 % от ВВП); в Канаде и странах Скандинавии финансирование этой сферы в 2020–2021 гг. составляло от 9 до 12 % от ВВП и осуществлялось преимущественно за счет государственных средств (государственные расходы составляют 7,5–10 % от ВВП, частные — 1,5–3 %) ¹². В России финансирование здравоохранения также осуществляется преимущественно за счет государственных средств: в 2021 г. государственные расходы составили 4,1 % от ВВП ¹³ (в 2020 г., то есть во время пика пандемии COVID-19, данный показатель составлял 4,6 %), а частные (по данным за 2020 г.) — около 3 % от ВВП ¹⁴.

Существенны межстрановые различия и в моделях предоставления медицинских услуг населению удаленных территорий Арктики. Жителям малонаселенных удаленных арктических поселений России медицинская помощь предоставляется на базе ФАПов, число которых сократилось в результате

структурных преобразований здравоохранения. Так, по итогам проведенной оптимизации в Ненецком АО часть ФАПов была закрыта, часть — присоединена к более крупным больничным и амбулаторно-поликлиническим учреждениям (по состоянию на начало 2022 г. в структуре медицинских организаций Ненецкого АО действовало 3 ФАПа и 22 фельдшерских здравпункта) ¹⁵. В Ямало-Ненецком АО число ФАПов сократилось со 155 в 2000 г. до 16 в 2021 г., то есть почти в 10 раз, при этом большая часть была закрыта к 2022 г., помимо 16 самостоятельных ФАПов, в регионе работало 9 фельдшерских пунктов и 1 здравпункт, входящих в структуру более крупных медицинских организаций. В Мурманской области и Чукотском АО сокращения были не столь масштабные, но, тем не менее, существенные — в 1,9 и 1,6 раза соответственно (табл. 4). Острая необходимость повышения доступности первичной медико-санитарной помощи по месту проживания населения способствовала изменению подхода к деятельности этого сектора здравоохранения, что отразилось на начале строительства новых ФАПов на удаленных арктических территориях. Так, в рамках реализации региональной программы модернизации первичного звена здравоохранения Мурманской области в 2019 г. построено 3 новых ФАПа, в 2023 г. запланировано строительство еще 7 модульных ФАПов (в населенных пунктах Корзуново, Лиинахамари, Спутнике, Титане, Коашве, Кузомени и Белом Море) ¹⁶. Аналогичные работы ведутся и в Ямало-Ненецком АО: в 2018 г. построен ФАП в Приуральском районе, в текущем году будет построен мобильный ФАП в селе Халясавэе Пуровского района ¹⁷. Тем не менее масштабы создания новой инфраструктуры пока явно ниже заявленных: согласно выступлению замминистра здравоохранения РФ Е. Камкина на Международном арктическом форуме «Арктика — территория диалога» в 2019 г., в АЗРФ в ближайшее время предусмотрено строительство более 100 ФАПов ¹⁸.

¹² Global Health Expenditure Database // WHO website. URL: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> (дата обращения: 27.02.2023).

¹³ Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/> (дата обращения: 27.02.2023).

¹⁴ Global Health Expenditure Database // WHO website. URL: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> (дата обращения: 27.02.2023).

¹⁵ Медицинские организации Ненецкого автономного округа и их структурные подразделения, на базе которых оказывается первичная медико-санитарная помощь населению // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. URL: <https://docs.cntd.ru/document/571068942/titles/2AO32N5> (дата обращения: 16.03.2023).

¹⁶ Региональная программа модернизации первичного звена здравоохранения // Официальный сайт Министерства здравоохранения Мурманской области. URL: https://minzdrav.gvmurman.ru/activities/modernization/2_5472028823207810691-izmenenie-modernizatsiya.pdf (дата обращения: 16.03.2023).

¹⁷ В отдаленной деревне ЯНАО планируют построить ФАП за 95 миллионов // Ямал 1. URL: <https://yamal1.ru/novosti/2022/09/27/v-otdalennoi-derevne-iana-o-planiruiut-postroit-fap-za-95-millionov/> (дата обращения: 16.03.2023).

¹⁸ Здравоохранение Арктики: итоги двух лет и новые цели // Официальный сайт «Росконгресс». URL: <https://roscongress.org/sessions/iaf-2019-zdravookhranenie-arktiki-itogi-dvukh-let-i-novye-tseli/discussion/> (дата обращения: 17.03.2023).

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО СЕВЕРА И АРКТИКИ

Таблица 4

Число фельдшерско-акушерских пунктов в регионах АЗРФ в 2000–2021 гг., ед. (на конец года)*

	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Мурманская область	45	35	25	21	20	18	20	26	27	24
Ненецкий АО	29	29	25	24	11	4	4	4	-	-
Чукотский АО	31	25	15	19	19	19	19	20	20	20
Ямало-Ненецкий АО	155	149	25	18	15	18	16	16	16	16
<i>РФ, тыс. ед.</i>	<i>44,6</i>	<i>43,1</i>	<i>37,8</i>	<i>34,3</i>	<i>34,0</i>	<i>33,9</i>	<i>33,6</i>	<i>33,6</i>	<i>33,6</i>	<i>33,6</i>

* Источник: официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/> (дата обращения: 06.03.2023).

Жителям удаленных территорий Аляски медицинскую помощь (самую базовую) оказывают сельские помощники по вопросам здравоохранения или медсестры и фельдшеры в небольших слабо оснащенных медицинских пунктах. Более сложные медицинские услуги можно получить только в учреждениях здравоохранения городов (как правило, в Фэрбенксе или Анкоридже)¹⁹. При этом на Аляске существует, по сути, две разные системы здравоохранения — для коренных жителей (государственная система здравоохранения, финансируемая из федерального бюджета) и некоренных жителей (система частного медицинского страхования, финансируемая за счет взносов населения, уровень которых значительно превышает аналогичные взносы жителей других штатов²⁰). В удаленных арктических общинах Канады базовую медицинскую помощь оказывают медсестры и акушерки, а специализированные услуги можно получить только в региональных медицинских центрах. При этом канадское здравоохранение характеризуется сильной зависимостью арктических территорий от системы оказания медицинской помощи (больниц и медицинских работников), базирующейся на юге страны, и в целом фрагментированной (с точки зрения предоставления административных и оперативных услуг) и логистически растянутой системой оказания первичной медико-санитарной помощи [21].

В отличие от США и Канады, где первичную медицинскую помощь оказывают, как правило, медсестры, страны Скандинавии имеют развитую систему врачей общей практики, работающих в муниципальных медицинских центрах, обслуживающих территориально закрепленное население [22] (исключением является лишь Финляндия, для которой характерен дефицит врачебных кадров и в целом слаборазвитая сеть

медицинских центров в северных малонаселенных районах [23]). В Гренландии же действует разветвленная система небольших больниц, в каждой из которых работает до пяти врачей общей практики, однако обеспеченность населения врачами крайне низкая — лишь 11,4 врача на 10 тыс. человек²¹.

Следует отметить, что весь период с 2000 по 2021 гг. все без исключения зарубежные арктические страны демонстрировали увеличение обеспеченности населения врачами (рис. 2) и средним медицинским персоналом (рис. 3), но темпы роста отличались. Так, в Дании, Норвегии и Швеции значительно выросла обеспеченность врачами (в 1,5 раза за период 2000–2021 гг.), в Канаде, Норвегии и Финляндии — средним медицинским персоналом (в 1,3 раза). В результате кадровое обеспечение здравоохранения стран зарубежной Арктики продолжает оставаться существенно различным: низкий уровень обеспеченности медицинскими кадрами (особенно врачами) в США и Канаде, довольно высокий уровень — в странах Скандинавии (за исключением Финляндии). В России сложились иные тенденции развития кадровых ресурсов здравоохранения — по показателю обеспеченности врачами наблюдалось значительное сокращение в период 2012–2015 гг. и постепенный небольшой рост в последующие годы, а по показателю обеспеченности средним медицинским персоналом (находящемуся на одном из самых низких уровней среди стран «Арктической восьмерки») — снижение весь рассматриваемый период. К настоящему времени лидирующую позицию среди всех арктических стран (включая Россию) по уровню развития кадровых ресурсов здравоохранения занимает Норвегия — обеспеченность населения врачами в 2021 г. составляла 51,8 на 10 тыс. человек, средним медицинским персоналом — 183,7.

¹⁹ Davenport S. Healthcare in an Arctic Oil Field // Alaska Business. 2019. 25 (12). URL: <https://digital.akbizmag.com/issue/december-2019/healthcare-in-an-arctic-oil-field/> (дата обращения: 24.03.2023).

²⁰ High Health Care Costs in Alaska: Facts, Causes, Consequences, and Remedies // Alaska Common Ground website. URL:

<https://akcommonground.org/high-health-care-costs-in-alaska-facts-causes-consequences-and-remedies/> (дата обращения: 30.03.2023).

²¹ Healthcare in Greenland // WorldData.info website. URL: <https://www.worlddata.info/america/greenland/health.php#:~:text=With%20about%2064%20physicians%20in,1.14%20doctors%20per%201000%20inhabitants> (дата обращения: 10.03.2023).

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО СЕВЕРА И АРКТИКИ

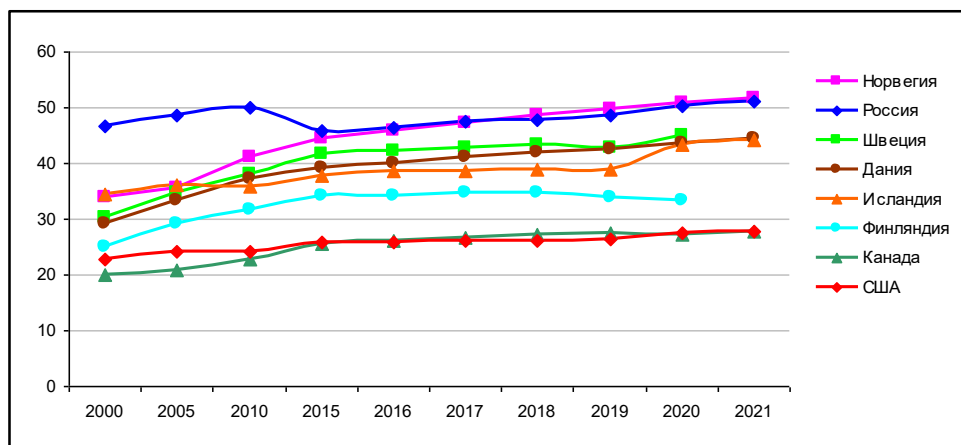


Рис. 2. Обеспеченность населения арктических стран врачами в 2000–2021 гг., на 10 000 человек населения (на конец года). Источники: OECD.Stat. URL: <https://stats.oecd.org/#>; Trading Economics. URL: <https://tradingeconomics.com/country-list/medical-doctors>; Eurostat. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>; WHO. URL: <https://www.who.int/data/gho> (дата обращения: 24.03.2023)

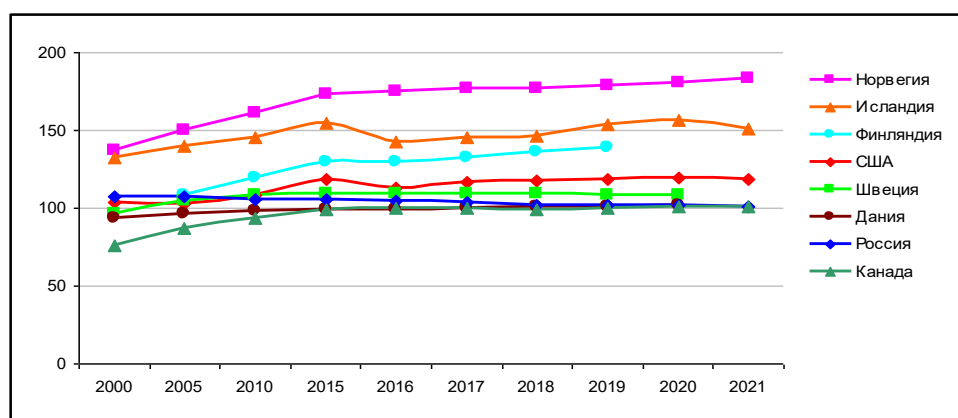


Рис. 3. Обеспеченность населения арктических стран средним медицинским персоналом в 2000–2021 гг., на 10 000 человек населения (на конец года). Источники: OECD.Stat. URL: <https://stats.oecd.org/#>; Trading Economics. URL: <https://tradingeconomics.com/country-list/nurses>; Eurostat. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>; WHO. URL: <https://www.who.int/data/gho> (дата обращения: 24.03.2023)

В регионах АЗРФ тренды процессов, происходящих в кадровом обеспечении здравоохранения, отличались. Для Мурманской области было характерно сокращение общей численности врачей с 4,4 тыс. в 2000 г. до 3,7 тыс. в 2021 г. (табл. 5) на фоне незначительного роста относительного показателя обеспеченности населения этой группой медицинских кадров с 48,0 врачей на 10 тыс. человек в 2000 г. до 51,0 в 2021 г. (что обусловлено снижением численности населения, проживающего в регионе). Сокращение общей численности врачей происходило и в административном центре (Мурманск за период 2002–2021 гг. «потерял» 246 врачей), и на остальной территории области («минус» 490 врача), однако относительные показатели обеспеченности населения врачами изменились по-другому — для города Мурманска был характерен рост с 63,6 врачей на 10 тыс. человек в 2002 г. до 73,4 в 2021 г. (в 1,2 раза), тогда как на остальной территории Мурманской области

показатель почти не изменился (табл. 6) и в 2021 г. составил 36,9 врачей на 10 тыс. человек населения (такой уровень обеспеченности населения врачами является одним из самых низких по АЗРФ). Что касается среднего медицинского персонала, то по данной группе кадров снижались и абсолютные, и относительные значения показателя обеспеченности. Численность среднего медицинского персонала в регионе сократилась почти на 3 тыс. (табл. 7), преимущественно за счет территории вне административного центра: Мурманск за период 2002–2021 гг. «потерял» 765 человек, остальная территория — 2231. Также неравномерны были и внутрирегиональные изменения относительных показателей обеспеченности населения средним медицинским персоналом — для Мурманска был характерен рост со 134,1 на 10 тыс. человек в 2002 г. до 146,0 в 2021 г., а для остальной территории — снижение со 133,6 до 117,8 (табл. 8).

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО СЕВЕРА И АРКТИКИ

Таблица 5

Численность врачей в регионах АЗРФ в 2000–2021 гг., человек (на конец года)*

	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Мурманская область	4430	4209	4555	4065	4026	4010	3921	3833	3747	3694
Ненецкий АО	140	164	187	204	212	200	209	227	227	237
Чукотский АО	338	413	386	326	346	369	375	357	365	371
Ямало-Ненецкий АО	2203	2683	2688	2687	2709	2956	2982	3089	3336	3430
<i>РФ, тыс. чел.</i>	<i>680,2</i>	<i>690,3</i>	<i>715,8</i>	<i>673,0</i>	<i>680,9</i>	<i>697,1</i>	<i>703,7</i>	<i>714,6</i>	<i>737,4</i>	<i>741,9</i>

* Источник: официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/> (дата обращения: 27.03.2023).

Таблица 6

Внутрирегиональная дифференциация обеспеченности населения АЗРФ врачами в 2002–2021 гг., на 10 000 человек населения (на конец года)*

	2002	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Мурманская область	48,4	48,7	57,3	53,3	53,1	53,2	52,4	51,7	51,1	51,0
г. Мурманск	63,6	74,0	76,9	68,8	69,0	66,1	71,0	71,4	72,1	73,4
остальная территория	36,1	33,1	45,2	43,4	41,3	43,6	40,5	39,2	37,9	36,9
Ненецкий АО	36,5	39,1	43,9	46,5	48,3	45,5	47,7	51,5	51,1	53,2
г. Нарьян-Мар	45,4	50,9	59,5	65,2	65,3	64,2	60,4	66,8	Н/д	Н/д
остальная территория	11,7	19,1	28,8	20,6	25,9	20,8	30,7	31,2	Н/д	Н/д
Чукотский АО	67,3	81,7	76,7	65,0	69,4	74,8	75,5	71,0	73,7	74,1
г. Анадырь	124,5	148,2	134,0	93,3	89,2	94,8	90,2	87,2	114,8	119,4
остальная территория	54,5	63,6	54,2	53,8	61,2	65,1	67,8	64,0	56,2	54,7
Ямало-Ненецкий АО	45,9	50,6	51,2	50,3	50,5	54,9	55,1	56,7	61,0	62,1
г. Салехард	99,1	136,8	130,1	94,3	93,9	92,5	95,3	91,9	96,0	95,1
остальная территория	41,5	43,9	44,4	45,3	45,1	51,1	51,0	53,1	57,3	58,7

* Источники: расчеты автора; официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/> (дата обращения: 27.03.2023).

Примечание. Н/д — нет данных.

Таблица 7

Численность среднего медицинского персонала в регионах АЗРФ в 2000–2021 гг., человек (на конец года)*

	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Мурманская область	12323	11662	12084	11128	10785	10389	9959	9747	9536	9327
Ненецкий АО	415	374	480	556	545	522	540	621	572	555
Чукотский АО	735	752	810	723	717	733	728	708	706	715
Ямало-Ненецкий АО	6482	7224	7322	7514	7497	7983	7823	7879	8146	8336
<i>РФ, тыс. чел.</i>	<i>1563,6</i>	<i>1529,8</i>	<i>1508,7</i>	<i>1549,7</i>	<i>1537,9</i>	<i>1525,2</i>	<i>1491,4</i>	<i>1491,3</i>	<i>1490,5</i>	<i>1467,6</i>

* Источник: официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/> (дата обращения: 28.03.2023).

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО СЕВЕРА И АРКТИКИ

Таблица 8

Внутрирегиональная дифференциация обеспеченности населения АЗРФ средним медицинским персоналом в 2002–2021 гг., на 10 000 человек населения (на конец года)*

	2002	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Мурманская область	136,7	134,9	152,0	146,0	142,4	137,9	133,1	131,5	130,1	128,7
г. Мурманск	134,1	152,6	150,6	145,8	146,0	141,6	137,7	139,8	145,9	146,0
остальная территория	133,6	125,2	154,2	145,5	141,5	135,3	130,2	126,2	120,1	117,8
Ненецкий АО	100,7	89,1	112,6	126,8	124,0	118,6	123,2	140,8	128,9	124,6
г. Нарьян-Мар	122,5	108,0	154,7	141,8	140,3	137,6	148,2	177,2	Н/д	Н/д
остальная территория	52,6	70,0	72,1	108,2	98,4	93,7	89,6	92,1	Н/д	Н/д
Чукотский АО	135,7	148,8	160,9	144,1	143,9	148,5	146,6	140,8	142,5	142,9
г. Анадырь	195,8	222,7	194,0	145,6	155,2	149,3	136,9	137,2	160,8	162,5
остальная территория	118,5	129,8	149,0	141,6	139,9	147,9	149,4	143,6	136,4	134,7
Ямало-Ненецкий АО	131,7	136,1	139,5	140,7	139,9	148,2	144,5	144,7	148,9	151,0
г. Салехард	236,3	278,9	287,8	228,7	236,3	236,2	239,5	226,9	232,2	226,7
остальная территория	125,1	126,2	126,4	131,9	131,4	159,5	134,9	136,3	140,3	143,1

* Источники: расчеты автора; официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/> (дата обращения: 28.03.2023).

Примечание. Н/д — нет данных.

В Ненецком АО, напротив, наблюдался рост абсолютных и относительных показателей обеспеченности населения врачами и средним медицинским персоналом как в целом в регионе, так и во внутрирегиональном разрезе. Численность врачей в Ненецком АО за 2000–2021 гг. выросла со 140 до 237 (или с 34,2 до 53,2 на 10 тыс. человек населения), среднего медицинского персонала — с 415 до 555 (или со 101,4 до 124,6 на 10 тыс. человек). В Нарьян-Маре за период 2002–2019 гг. численность врачей выросла в 1,5 раза, а обеспеченность ими населения административного центра увеличилась с 45,4 до 66,8; численность среднего медицинского персонала выросла в 1,4 раза, а обеспеченность им жителей Нарьян-Мара увеличилась со 122,5 до 177,2 на 10 тыс. человек. На остальной территории региона абсолютные и относительные значения показателей обеспеченности населения врачами выросли в 2,8 раза, средним медицинским персоналом — в 1,8, однако, несмотря на столь значительный рост показателей на территории региона вне административного центра, уровень обеспеченности населения медицинскими кадрами является худшим по АЗРФ — 31,2 врача и 92,1 человека среднего медицинского персонала на 10 тыс. населения в 2019 г.

В Чукотском АО, для которого на протяжении многих лет было характерно наличие более высокого уровня обеспеченности медицинскими кадрами, по сравнению с другими регионами АЗРФ и России

в целом, абсолютные и относительные показатели обеспеченности врачами демонстрировали рост — менее заметный по общей численности врачей (с 338 врачей в 2000 г. до 371 в 2021 г.) и более существенный по показателю обеспеченности ими населения (с 58,7 до 74,1 на 10 тыс. человек). Численность среднего медицинского персонала в Чукотском АО немного сократилась (с 735 в 2000 г. до 715 в 2021 г.), но относительный показатель обеспеченности населения этой группой медицинских кадров показал рост (со 127,8 до 142,9 на 10 тыс. человек), что обусловлено снижением численности населения, проживающего в регионе. Внутрирегиональные изменения уровня обеспеченности населения врачами были крайне неравномерны — в Анадыре, при росте общей численности врачей со 147 в 2002 г. до 180 в 2021 г., наблюдалось небольшое сокращение показателя обеспеченности населения врачами со 124,5 до 119,4 на 10 тыс. человек, для остальной территории Чукотского АО было характерно сокращение общей численности врачей (в 1,2 раза) на фоне незначительного роста относительного показателя обеспеченности населения врачами. Аналогичная ситуация сложилась и с внутрирегиональными различиями в обеспеченности населения средним медицинским персоналом — рост абсолютного и снижение относительного показателя в Анадыре, снижение абсолютного и рост относительного показателя на остальной территории.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО СЕВЕРА И АРКТИКИ

В Ямало-Ненецком АО общая численность врачей и среднего медицинского персонала увеличилась и в целом по региону, и в разрезе «административный центр — остальная территория» (рост составил 1,2–1,5 раза, причем численность среднего медицинского персонала в большей степени выросла в Салехарде, а врачей — на остальной территории округа). В период с 2002 по 2021 г. наблюдался и рост относительного показателя обеспеченности медицинскими кадрами в регионе в целом и на территории вне административного центра, тогда как в Салехарде наблюдалось снижение уровня обеспеченности населения и врачами (с 99,1 на 10 тыс. человек в 2002 г. до 95,1 в 2021 г.), и средним медицинским персоналом (с 236,3 до 226,7), что обусловлено более динамичным ростом численности жителей регионального центра (за период 2002–2021 гг. численность населения Салехарда выросла в 1,4 раза — с 36,8 тыс. человек в 2002 г. до 52,3 тыс. в 2021 г.), по сравнению с остальной территорией округа (где численность населения выросла лишь на 17 % — с 471,8 тыс. человек в 2002 г. до 552,1 тыс. в 2021 г.).

Представленный выше анализ изменений в кадрово-инфраструктурной обеспеченности населения стран «Арктической восьмерки» и регионов АЗРФ показал наличие как общих тенденций, так и особенностей развития основных составляющих здравоохранения. К общим тенденциям можно отнести снижение обеспеченности населения больничными койками: во всех арктических странах, в России в целом, в регионах АЗРФ, в административных центрах (за исключением Мурманска) и на остальной территории арктических регионов данный показатель сокращается. В целом общей тенденцией является и рост обеспеченности населения врачами: за исключением Салехарда и Анадыря, все остальные территории демонстрировали увеличение значений показателя (однако в Мурманской области, ее административном центре и на остальной территории региона, а также на территории вне административного центра Чукотского АО такой рост обеспечивался не за счет увеличения численности врачей, которая, напротив, снижалась, а за счет сокращения населения). Наибольшую же разнонаправленность изменений показал анализ обеспеченности населения средним медицинским персоналом — в зарубежных арктических странах наблюдался рост, тогда как в России, в Мурманской области (в целом и на ее территории вне административного центра), а также в Анадыре и Салехарде — снижение. Единственным регионом АЗРФ, продемонстрировавшим положительную динамику показателей общей численности среднего медицинского персонала и обеспеченности

им населения, стал Ненецкий АО, где рост наблюдался и в целом по региону, и в административном центре, и на остальной территории, но даже такие положительные тенденции не смогли улучшить ситуацию, характеризующуюся крайне низким уровнем обеспеченности населения, проживающего вне административного центра, — показатели обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом остаются значительно ниже, чем в других регионах АЗРФ и большинстве арктических стран.

Система здравоохранения в АЗРФ является поляризованной, пространственное распределение кадрово-инфраструктурных ресурсов неоднородно — услуги в значительной степени сконцентрированы в административных центрах регионов АЗРФ. При этом в государственной политике неравенство в обеспечении жителей арктических территорий объектами здравоохранения учитывается слабо, дифференцированный подход к определению нормативных показателей кадрово-инфраструктурной обеспеченности здравоохранения АЗРФ фактически отсутствует. Очаговость здравоохранения в условиях крайне низкой транспортной доступности и изолированности значительной части поселений АЗРФ снижает доступность медицинских услуг для жителей большинства поселений.

В целях социально-экономического развития АЗРФ, повышения качества жизни населения этих территорий, автором разработаны меры, предлагаемые к внедрению в практику государственного управления социальным развитием арктических территорий России и направленные на развитие здравоохранения АЗРФ, основными из которых являются:

- законодательное обеспечение формирования дифференцированных механизмов государственной политики в сфере здравоохранения АЗРФ, включая законодательное закрепление применения повышенных значений нормативных показателей кадрово-инфраструктурной обеспеченности здравоохранения для регионов АЗРФ;

- разработка и реализация комплексной государственной программы развития здравоохранения в АЗРФ, направленной на обеспечение высокого уровня доступности и качества услуг с учетом особенностей арктических территорий, предусматривающей включение и систематизацию уже реализуемых направлений деятельности, регулируемых отдельными законами и программами («Социально-экономическое развитие АЗРФ», «Арктический доктор», «Земский доктор» и пр.);

- обеспечение значительного увеличения доступности объектов здравоохранения в удаленных, малонаселенных, прибрежных поселениях АЗРФ за счет создания новых ФАПов, мобильных

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО СЕВЕРА И АРКТИКИ

комплексов, регулярной организации выездных медицинских бригад;

- обеспечение роста кадрово-инфраструктурной обеспеченности здравоохранения за счет развития государственного и негосударственного сектора (в том числе путем развития механизмов государственно-частного партнерства, форм организации негосударственных структур);

- законодательное закрепление преференций и льготных условий хозяйственной деятельности компаниям, являющимся частными партнерами или концессионерами в реализуемых проектах государственно-частного партнерства в сфере создания, модернизации или эксплуатации объектов здравоохранения в АЗРФ;

- разработка и внедрение системы преференций компаниям за деятельность в области привлечения медицинских кадров для работы в АЗРФ.

Заключение

Кризис здравоохранения, вызванный COVID-19, подтвердил важность наличия соответствующего уровня обеспеченности населения медицинскими кадрами и больничными койками, необходимого для адекватного реагирования на возникающие проблемы в области охраны здоровья населения, включая и такие критические ситуации, как борьба с пандемией.

Вместе с тем, здравоохранение в российской Арктике стало в результате оптимизации крайне поляризованной структурой, что проявляется в неоднородном пространственном распределении кадрово-инфраструктурных ресурсов. Объекты здравоохранения в значительной мере сконцентрированы в административных центрах регионов АЗРФ, что в условиях крайне низкой транспортной доступности и изолированности значительной части поселений делает медицинскую помощь малодоступной для жителей арктических территорий (это подтверждают результаты исследований, представленные не только в данной статье, но и в более ранних работах автора, а также в ряде экспертно-аналитических документов, регулярно направляемых в органы государственной власти). Таким образом, существующие подходы к организации медицинской помощи населению арктических территорий можно охарактеризовать как недостаточно эффективные, что определяет необходимость формирования новой модели здравоохранения в российской Арктике.

В целях развития здравоохранения АЗРФ, повышения качества жизни населения этих территорий и в целом социально-экономического развития российской Арктики, автором разработан комплекс мер, предлагаемых к внедрению в практику

государственного управления социальным развитием арктических территорий России, который должен включать: формирование дифференцированных механизмов государственной политики в сфере здравоохранения АЗРФ, разработку и реализацию комплексной государственной программы развития арктического здравоохранения, направленной на обеспечение высокого уровня доступности и качества услуг с учетом особенностей арктических территорий, обеспечение значительного увеличения доступности объектов здравоохранения в удаленных, малонаселенных, прибрежных поселениях АЗРФ, обеспечение роста кадрово-инфраструктурной обеспеченности здравоохранения за счет развития как государственного, так и негосударственного сектора (путем развития механизмов государственно-частного партнерства и форм организации негосударственных структур и на основе внедрения системы преференций и льгот компаниям за деятельность в сфере развития здравоохранения). Реализация предложенных мер обеспечит повышение доступности медицинских услуг, создание новой современной инфраструктуры здравоохранения, повышение социального благополучия местных сообществ, качества жизни населения, реализацию национальных интересов и устойчивого развития российской Арктики, преодоление кризисных проявлений последствий пандемии COVID-19.

Вместе с тем, существующая до сих пор неопределенность в проявлении всех последствий пандемии COVID-19, появление новых глобальных вызовов, связанных с изменением геополитических и геоэкономических условий, и социально-экономических последствий таких изменений предполагают дальнейшее изучение данного направления, что требует проведения дополнительных научных исследований, включающих не только дальнейший анализ развития государственного сектора здравоохранения в российской и зарубежной Арктике, но и рассмотрение вопросов развития платной медицины, развития промышленной медицины, определения результирующего воздействия изменений в системе здравоохранения на уровень здоровья населения арктических территорий. Данное же исследование вносит вклад в научный дискурс по проблеме развития кадрово-инфраструктурных ресурсов здравоохранения в АЗРФ, что имеет и практическую значимость, поскольку позволит учесть особенности арктических территорий, определяющие необходимость формирования специальных подходов к деятельности в сфере здравоохранения в практике государственного управления социальным развитием российской Арктики.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО СЕВЕРА И АРКТИКИ

Список источников

1. Тимербулатов В. М., Тимербулатов М. В. Здравоохранение во время и после пандемии Covid-19 // Вестник Академии наук Республики Башкортостан. 2020. Т. 35, № 2 (98). С. 77–87. DOI: 10.24411/1728-5283-2020-10209.
2. Kringos D., Boerma W., Bourgueil Y., Cartier T., Dedeu T., Hasvold T., Hutchinson A., Lember M., Oleszczyk M., Pavlic D. R., Svab I., Tedeschi P., Wilm S., Wilson A., Van der Zee J., Groenewegen P. The strength of primary care in Europe: an international comparative study // British Journal of General Practice. 2013. 63. 616. 742–750. DOI: 10.3399/bjgp13X674422.
3. Шишкин С. В., Шейман И. М., Власов В. В., Потапчик Е. Г., Сажина С. В. Структурные изменения в здравоохранении: тенденции и перспективы / отв. ред. С. В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2022. 59 с.
4. Торопушина Е. Е. Социальная инфраструктура арктических регионов // ЭКО. 2009. № 8 (422). С. 120–135.
5. Lupu D., Tiganasu R. COVID-19 and the efficiency of health systems in Europe // 2022. 12 (14). DOI: 10.1186/s13561-022-00358-y.
6. Spending on health in Europe: entering a new era. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2021. 95 p.
7. Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing, 2016. 204 p. DOI: 10.1787/health_glance_eur-2016-5-en.
8. Sheiman I., Shevski V. Evaluation of health care delivery integration: The case of the Russian Federation // Health Policy. 2014. 115 (2–3). 128–137. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.12.011.
9. Nicholson C., Hepworth J., Burrige L., Marley J., Jackson C. Translating the Elements of Health Governance for Integrated Care from Theory to Practice: A Case Study Approach // International Journal of Integrated Care. 2018. 18 (1). 11. DOI: 10.5334/ijic.3106.
10. Haldane V., Ong S. E., Chuah F. L.-H., Legido-Quigley H. Health systems resilience: meaningful construct or catchphrase? // The Lancet. 2017. 389 (10078). 1513. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30946-7.
11. Логунов К. В., Антипов С. А., Лепетинский И. С., Карпов А. Б. Промышленное здравоохранение в российской Арктике — тенденции и опыт последних десятилетий // Морская медицина. 2022. Т. 8, № 3. С. 118–126. DOI: 10.22328/2413-5747-2022-8-3-118-126.
12. Улумбекова Г. Э., Гинойн А. Б. Уроки пандемии COVID-19 для здравоохранения России // Научные труды Вольного экономического общества России. 2022. Т. 234, № 2. С. 54–86. DOI: 10.38197/2072-2060-2022-234-2-54-86.
13. O'Brien N., Durkin M., Lachman P. Lessons post-COVID from national and international approaches to safety and quality in healthcare // Future Healthcare Journal. 2021. 8 (3). 602–608. DOI: 10.7861/fhj.2021-0158.
14. El Vcheraoui C., Weishaar H., Pozo-Martin F., Hanefeld J. Assessing COVID-19 through the lens of health systems' preparedness: time for a change // Global Health. 2020. 16 (112). 1–5. DOI: 10.1186/s12992-020-00645-5.
15. Бабкина Л. Н. Скотаренко О. В., Кузнецова Е. С. Состояние и возможности социального развития регионов Арктической зоны Российской Федерации // Микроэкономика. 2022. № 3. С. 63–74. DOI: 10.33917/mic-3.104.2022.63-74.
16. Huot S., Ho H., Ko A., Lam S., Tactay P., MacLachlan J., Raanaas R.K. Identifying barriers to healthcare delivery and access in the Circumpolar North: important insights for health professionals // International Journal of Circumpolar Health. 2019. 78 (1). DOI: 10.1080/22423982.2019.1571385.
17. Haldane V., De Foo C., Abdalla S. M., Jung A.-S., Tan M., Wu S., Chua A., Verma M., Shrestha P., Singh S., Perez T., Tan S. M., Bartos M., Mabuchi S., Bonk M., McNab C., Werner G. K., Panjabi R., Nordström A., Legido-Quigley H. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries // Nature Medicine. 2021. 27. 964–980. DOI: 10.1038/s41591-021-01381-y.
18. Petrov A. N., Welford M., Golosov N., DeGroot J., Devlin M., Degai T., Savelyev A. Lessons on COVID-19 from Indigenous and remote communities of the Arctic // Nature Medicine. 2021. 27. 1491–1492. DOI: 10.1038/s41591-021-01473-9.
19. Торопушина Е. Е. Тенденции развития социальной инфраструктуры в регионах Арктики России // Север и рынок: формирование экономического порядка. 2014. № 4 (41). С. 78а–84.
20. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris, 2022. 219 p. DOI: 10.1787/507433b0-en.
21. Young T. K., Chatwood S. Health care in the north: what Canada can learn from its circumpolar neighbours // Canadian Medical Association Journal. 2011. 183 (2). 209–214. DOI: 10.1503/cmaj.100948.
22. Tiirinki H., Sulander J., Sinervo T., Halme S., Keskimäki I. Integrating Health and Social Services in Finland: Regional Approaches and Governance Models // International Journal of Integrated Care. 2022. 22 (3). 18. DOI: 10.5334/ijic.5982.
23. Kotavaara O., Nivala A., Lankila T., Huotari T., Delmelle E., Antikainen H. Geographical accessibility to primary health care in Finland — Grid-based multimodal assessment // Applied Geography. 2021. 136. DOI: 10.1016/j.apgeog.2021.102583.

References

1. Timerbulatov V. M., Timerbulatov M. V. *Zdravookhraneniye vo vremya i posle pandemii Covid-19* [Health care during and after the Covid-19 pandemic]. *Vestnik Akademii nauk Respubliki Bashkortostan* [Bulletin of the Academy of Sciences of the Republic of Bashkortostan], 2020, vol. 35, no. 2 (98), pp. 77–87. (In Russ.). DOI: 10.24411/1728-5283-2020-10209.
2. Kringos D., Boerma W., Bourgueil Y., Cartier T., Dedeu T., Hasvold T., Hutchinson A., Lember M., Oleszczyk M., Pavlic D. R., Svab I., Tedeschi P., Wilm S., Wilson A., Van der Zee J., Groenewegen P. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*, 2013, 63, 616, 742–750. DOI: 10.3399/bjgp13X674422.
3. Shishkin S. V., Sheiman I. M., Vlasov V. V., Potapchik E. G., Sazhina S. V. *Strukturnyye izmeneniya v zdravookhraneni: tendentsii i perspektivy* [Structural changes in health care: trends and prospects]. Moscow, Higher School of Economics, 2022, 59 p. (In Russ.).
4. Toropushina E. E. *Sotsial'naya infrastruktura arkticheskikh regionov* [Social infrastructure of the Arctic regions]. *EKO* [ECO], 2009, no. 8 (422), pp. 120–135. (In Russ.).
5. Lupu D., Tiganasu R. COVID-19 and the efficiency of health systems in Europe. *Health Economics Review*, 2022, 12 (14). DOI: 10.1186/s13561-022-00358-y.
6. *Spending on health in Europe: entering a new era*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2021, 95 p.
7. *Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle*. Paris, OECD Publishing, 2016, 204 p. DOI: 10.1787/health_glance_eur-2016-5-en.
8. Sheiman I., Shevski V. Evaluation of health care delivery integration: The case of the Russian Federation. *Health Policy*, 2014, 115 (2–3), 128–137. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.12.011.
9. Nicholson C., Hepworth J., Burr ridge L., Marley J., Jackson C. Translating the Elements of Health Governance for Integrated Care from Theory to Practice: A Case Study Approach. *International Journal of Integrated Care*, 2018, 18 (1), 11. DOI: 10.5334/ijic.3106.
10. Haldane V., Ong S. E., Chuah F. L.-H., Legido-Quigley H. Health systems resilience: meaningful construct or catchphrase? *The Lancet*, 2017, 389 (10078), 1513. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30946-7.
11. Logunov K. V., Antipov S. A., Lepetinsky I. S., Karpov A. B. *Promyshlennoye zdravookhraneniye v rossiiskoi Arktike — tendentsii i opyt poslednikh desyatiletii* [Industrial healthcare in the Russian Arctic — trends and experience of recent decades]. *Morskaya medicina* [Marine Medicine], 2022, vol. 8, no. 3, pp. 118–126. (In Russ.). DOI: 10.22328/2413-5747-2022-8-3-118-126.
12. Ulumbekova G. E., Ginoyan A. B. *Uroki pandemii COVID-19 dlya zdravookhraneniya Rossii* [Lessons of the COVID-19 pandemic for Russian healthcare]. *Nauchnye trudy Vol'nogo ekonomicheskogo obshchestva Rossii* [Scientific Works of the Free Economic Society of Russia], 2022, vol. 234, no. 2, pp. 54–86. (In Russ.). DOI: 10.38197/2072-2060-2022-234-2-54-86.
13. O'Brien N., Durkin M., Lachman P. Lessons post-COVID from national and international approaches to safety and quality in healthcare. *Future Healthcare Journal*, 2021, 8 (3), 602–608. DOI: 10.7861/fhj.2021-0158.
14. El Bcheraoui C., Weishaar H., Pozo-Martin F., Hanefeld J. Assessing COVID-19 through the lens of health systems' preparedness: time for a change. *Global Health*, 2020, 16 (112), 1–5. DOI: 10.1186/s12992-020-00645-5.
15. Babkina L. N., Skotarenko O. V., Kuznetsova E. S. *Sostoyaniye i vozmozhnosti sotsial'nogo razvitiya regionov Arkticheskoy zony Rossiiskoi Federatsii* [The state and possibilities of social development of the regions of the Arctic zone of the Russian Federation]. *Mikroekonomika* [Microeconomics], 2022, no. 3, pp. 63–74. (In Russ.). DOI: 10.33917/mic-3.104.2022.63-74.
16. Huot S., Ho H., Ko A., Lam S., Tactay P., MacLachlan J., Raanaas R. K. Identifying barriers to healthcare delivery and access in the Circumpolar North: important insights for health professionals. *International Journal of Circumpolar Health*, 2019, 78 (1). DOI: 10.1080/22423982.2019.1571385.
17. Haldane V., De Foo C., Abdalla S. M., Jung A.-S., Tan M., Wu S., Chua A., Verma M., Shrestha P., Singh S., Perez T., Tan S. M., Bartos M., Mabuchi S., Bonk M., McNab C., Werner G. K., Panjabi R., Nordström A., Legido-Quigley H. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nature Medicine*, 2021, 27, 964–980. DOI: 10.1038/s41591-021-01381-y.
18. Petrov A. N., Welford M., Golosov N., DeGroot J., Devlin M., Degai T., Savelyev A. Lessons on COVID-19 from Indigenous and remote communities of the Arctic. *Nature Medicine*, 2021, 27, 1491–1492. DOI: 10.1038/s41591-021-01473-9.
19. Toropushina E. E. *Tendentsii razvitiya sotsial'noy infrastruktury v regionakh Arktiki Rossii* [Trends in the development of social infrastructure in the regions of the Russian Arctic]. *Sever i rynek: formirovaniye ekonomicheskogo poriyadka* [The North and the Market: Forming the Economic Order], 2014, no. 4 (41), pp. 78a–84. (In Russ.).

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО СЕВЕРА И АРКТИКИ

20. *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris, 2022, 219 p. DOI: 10.1787/507433b0-en.
21. Young T. K., Chatwood S. Health care in the north: what Canada can learn from its circumpolar neighbours. *Canadian Medical Association Journal*, 2011, 183 (2), 209–214. DOI: 10.1503/cmaj.100948.
22. Tiirinki H., Sulander J., Sinervo T., Halme S., Keskimäki I. Integrating Health and Social Services in Finland: Regional Approaches and Governance Models. *International Journal of Integrated Care*, 2022, 22 (3), 18. DOI: 10.5334/ijic.5982.
23. Kotavaara O., Nivala A., Lankila T., Huotari T., Delmelle E., Antikainen H. Geographical accessibility to primary health care in Finland — Grid-based multimodal assessment. *Applied Geography*, 2021, 136. DOI: 10.1016/j.apgeog.2021.102583.

Об авторе:

Е. Е. Торопушина — канд. экон. наук, доц., ведущий научный сотрудник отдела социальной политики на Севере.

About the author:

E. E. Toropushina — PhD (Economics), Associate Professor, Lead Researcher at the Department of Social Policy in the North.

Статья поступила в редакцию 06 апреля 2023 года.

Статья принята к публикации 23 мая 2023 года.

The article was submitted on April 06, 2023.

Accepted for publication on May 23, 2023.