

Научная статья

УДК 94(57):614.2

DOI 10.18101/2949-1657-2025-1-21-28

Система здравоохранения в городских поселениях республик Саяно-Алтая

© Тиникова Елена Евгеньевна

кандидат исторических наук, старший научный сотрудник,
Хакасский научно-исследовательский институт языка, литературы и истории
Россия, 655010, г. Абакан, ул. Щетинкина, 23
lena.tinikova@mail.ru

Аннотация. Статья посвящена изучению развития системы здравоохранения в республиках Хакасия, Тыва и Алтай в постсоветский период в контексте доступности учреждений здравоохранения для городских жителей. Автор показывает, как изменились количественные и качественные параметры развития системы здравоохранения региона после распада СССР, какую роль в этих процессах сыграла смена приоритетов в территориальном размещении объектов здравоохранения, описывает содержание и итоги структурно-организационной перестройки здравоохранения. Доступность учреждений здравоохранения является одним из важнейших показателей уровня жизни населения. Городской образ жизни подразумевает наличие свободного доступа жителей к ресурсам здравоохранения. В данной работе акцент делается на приоритетности развития физической доступности поликлинической и высокотехнологической помощи, специализированных реабилитационных учреждений как одной из главных задач развития городских территорий региона.

Ключевые слова: урбанизация, город, здравоохранение, городской образ жизни, медицинская инфраструктура, Хакасия, Тува, Алтай.

Для цитирования

Тиникова Е. Е. Система здравоохранения в городских поселениях республик Саяно-Алтая // Восточный вектор: история, общество, государство. 2025. Вып. 1. С. 21–28.

Распад СССР привел к стагнации в развитии здравоохранения страны, в том числе в Саяно-Алтайском регионе. Так, в 1990-е гг. в Хакасии и Туве прекратился рост численности врачей всех специальностей, в Республике Алтай произошло их сокращение. В результате в 1998 г. Алтай занимал одно из последних мест среди субъектов России по обеспеченности врачами на 10 000 населения. В Хакасии отмечалось снижение численности среднего медицинского персонала. Его дефицит в республике проявлялся в показателях численности среднего медицинского персонала на 10 000 населения: среднероссийский показатель в 1998 г. составлял 111,4 чел., в Хакасии — 101,9 чел. В трех республиках также произошло значительное сокращение количества больничных коек. Особенно быстрыми темпами снизился коечный фонд Хакасии, поэтому в республике численность населения на одну больничную койку в 1998 г. составляла 98,9 чел., в то время как на Алтае — 76,2, в Туве — 61,3, в среднем по стране — 84,8¹.

¹ Регионы России: стат. сб.: в 2 т. / Госкомстат России. Москва, 1999. Т. 2. С. 215, 218, 221, 222, 224, 227, 229, 231.

В постсоветский период изменились приоритеты в территориальном размещении объектов здравоохранения. Если в советский период одной из главных задач развития отрасли было увеличение доступности и охвата населения медицинскими услугами, то с 1990-х гг. происходил рост концентрации медицинских ресурсов в административных центрах республик. На фоне снижения общего числа медицинских учреждений в регионе доступность медицинской помощи для жителей Абакана, Горно-Алтайска и Кызыла оставалась на прежнем уровне. Сокращение коечного фонда, амбулаторно-поликлинических учреждений приходилось на нестоличные населенные пункты.

Динамика основных показателей развития здравоохранения в Кызыле в 1990-е гг. показывала стабильный рост, за исключением числа больничных учреждений, количество которых сократилось с 13 в 1990 г. до 11 в 1998 г. Напротив, увеличилось число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений с 12 до 15. Это должно было позволить расширить охват оказания медицинской помощи населению без госпитализации. Однако стремительный рост населения города нивелировал эти успехи. В результате большинство основных показателей развития изучаемой сферы Кызыла в расчете на 10 000 населения сократилось, включая численность врачей (10,7%), число больничных коек (19,2%), мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, посещений в смену (10,3%)¹.

В XXI в. концентрация медицинской инфраструктуры в Кызыле, а также разрыв между столицей и районами республики увеличился. По данным НИИ медико-социальных проблем и управления Республики Тыва, в Кызыле уровень обеспечения населения медицинским персоналом в 1,7 раза был выше среднереспубликанских значений [7, с. 7–8]. Если в 1990 г. на одного врача в городе приходилось 154 горожанина, то в 2000 г. — 138, в 2010 г. — 124, нагрузка на средний медперсонал также снизилась с 67 чел. в 1990 г. до 55 в 2010 г.² В середине 2010-х гг. почти половина больничных учреждений республики находилась в столице, а также 2/3 числа больничных коек³. Продолжали расти показатели мощности амбулаторно-поликлинических учреждений.

Важнейшим показателем развития медицинской инфраструктуры является степень удовлетворенности населения работой системы здравоохранения. Проводимые с определенной периодичностью Росстатом выборочные наблюдения в данной области дают лишь представления о доле удовлетворенных работой системы здравоохранения в отдельных субъектах. Поэтому оценка удовлетворенности респондентов в разрезе отдельных поселений, в том числе городских, проведена на основе анализа данных социологического опроса, проведенного под руководством автора в 2018 г. на территории изучаемого региона. Городские жители малых городов Тувы оказались в меньшей степени удовлетворены сферой здравоохранения: каждый третий житель Чадана и Турана дал отрицательную

¹ Регионы России: стат. сб.: в 2 т. Т. 1. / Госкомстат России. Москва, 1999. С. 421.

² Кызыл-100: юбилейный статистический сборник / Тывастат. Кызыл, 2014. С. 52.

³ Статистические показатели состояния здоровья Республики Тыва, здоровья населения и деятельности учреждений в 2015 году (по данным государственной и отраслевой статистической отчетности). Кызыл, 2016. С. 3,5.

оценку этой отрасли. Наиболее довольным развитием системы здравоохранения оказалось население Ак-Довурака¹.

Опуская содержание проводимой в постсоветской России реформы здравоохранения, отметим, что она затронула не только механизмы финансирования этой сферы, но и привела к ее структурно-организационной перестройке. Упор был сделан на оказание медицинских услуг в поликлиниках при одновременном сокращении времени пребывания пациентов в стационарах. В результате произошло резкое сокращение количества больниц. При этом наблюдался рост мощности поликлинических учреждений и общей численности врачей [3, с. 40].

В Туве последствия реформы в целом были схожими с общероссийскими тенденциями, однако республика имела свои специфические черты развития системы здравоохранения. Во-первых, сокращение числа больничных коек было не столь масштабным и поэтому республика в 2020 г. занимала 6-е место среди всех регионов страны по их количеству. Во-вторых, мощность амбулаторно-поликлинических организаций Тувы permanently снижалась на протяжении первых двух десятилетий XXI в. В-третьих, рост численности среднего медицинского персонала значительно опережал среднероссийские показатели, поэтому республика занимала 3-е место по данному показателю в расчете на 100 000 населения².

Существенной проблемой для системы здравоохранения Тувы в последние годы стали текучесть и отток врачебных кадров за пределы республики. Если в 2014–2016 гг. из Тувы выехало 148 врачей, то в 2017–2019 гг. — 221. 10% общего числа выбывших врачей трудоустроилось в Хакасии. При этом половина выезжающих врачей трудилась в медицинских организациях, расположенных в городской местности: Республиканская детская больница, Городская поликлиника г. Кызыла, Республиканская больница № 1, Кызыльская ЦКБ, Перинатальный центр Республики Тыва. Основной причиной увольнения врачей становились привлекательные предложения от работодателей, связанные с более высокими показателями оплаты труда, а также социальными гарантиями, такими как выплата подъемных средств, предоставление служебного жилья и оплата коммунальных услуг [8, с. 581–582, 585–587].

Несмотря на текучесть и отток врачей их численность на 10 000 чел. населения в Туве была выше, чем в среднем по стране, и в 2020 г. составила 50,6. Для сравнения среднероссийский показатель был равен 50,4, на Алтае — 45,6, в Хакасии — 40,1³. Тем не менее Тува наряду с Алтайским краем и Омской областью попала в число субъектов СФО с наиболее интенсивным сокращением количества врачебных кадров в период с 2015 по 2020 г. [4, с. 8]. При отсутствии собственной базы подготовки врачей в республике данная проблема в перспективе может еще более обостриться, хотя, по мнению экспертов, пока компенсировать

¹ Полевые материалы автора (ПМА 2018). Опрос жителей Хакасии, Тувы и Алтая в 2018 г. Проведен в пяти городах (Абакан, Черногорск, Саяногорск, Сорск, Абаза), трех поселках городского типа (Аскиз, Бискалжа, Вершина Теи) Хакасии, пяти городах (Кызыл, Ак-Довурак, Туран, Чадан, Шагонар) Тувы и Горно-Алтайске. Опрошено 2000 чел.

² Регионы России. Социально-экономические показатели. 2021: стат. сб. / Росстат. Москва, 2021. С. 363, 367, 373.

³ Там же. С. 368–369.

отток уезжающих врачей в Туве удавалось как раз за счет пополнения системы здравоохранения выпускниками высших медицинских образовательных заведений [8, с. 587].

Еще острее дефицит врачебных кадров наблюдался в Хакасии. Среди субъектов СФО в течение двух десятилетий XXI в. Республика Хакасия занимала последнее место по численности врачей всех специальностей в расчете на 10 000 чел. населения¹. Ситуацию усугублял малый объем подготовки врачей в единственном вузе республики: контингент студентов, обучающихся в медицинском институте, в 2020 г. составлял 431 — самый низкий показатель среди всех медицинских факультетов сибирских образовательных организаций высшего образования [4, с. 9–10]. Дефицит медицинских кадров также обусловлен наличием существенного разрыва в заработной плате между Хакасией и соседними регионами, имеющими возможность оплачивать труд врачей по более высоким тарифным ставкам.

Большинство медицинских организаций Хакасии сосредоточено в Абакане. В 2019 г. здесь насчитывалось 19 лечебно-профилактических организаций². В городе функционировали не только государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, но и частные, доля которых была выше. Рынок медицинских услуг в столице характеризовался высокой степенью конкуренции.

Для Саяногорска и Черногорска также была характерна развитая конкуренция в данной сфере. Количество лечебно-профилактических организаций здесь было равно 4 и 5 соответственно.

Жители Абазы и Сорска практически были лишены возможности выбора организации, предоставляющей медицинские услуги. В связи с этим неудивительно, что большинство из них негативно оценивали степень развитости сферы здравоохранения в своих поселениях [5, с. 40]. Любопытно, что в сравнении с ответами жителей других городов абазинцы и сорчане в целом удовлетворены качеством медицинского обслуживания в своих муниципалитетах, но при этом обеспокоены наличием длинных очередей и низкой квалификацией врачей³. Администрация Абазы также признает низкое качество оказания медицинских услуг как наиболее значимую проблему для города. Глава Абазы в экспертном интервью, взятом в 2020 г., подчеркнула, что «решение этих проблем — прерогатива федеральных и региональных властей. В первую очередь необходимо обеспечить моногорода квалифицированными медицинскими кадрами — врачами, средним медицинским персоналом, — выделять государственные субсидии и жилье молодым специалистам, окончившим медицинские вузы и среднеспециальные учебные учреждения и приезжающим на постоянную работу в моногорода». Глава Сорска особо подчеркнул, что в его городе имеет место «несоответствие материально-технической базы медицинских учреждений санитарно-гигиеническим и лицензионным требованиям» [6, с. 78].

¹ Регионы России. Социально-экономические показатели. 2021: стат. сб. / Росстат. Москва, 2021. С. 369.

² Ко дню городов — города Республики Хакасия в 2019 г. Красноярск: Красноярскстат, 2020. С. 5.

³ ПМА 2020.

Жители Абакана наиболее были удовлетворены работой учреждений здравоохранения. Численность врачей и среднего медицинского персонала города на протяжении всего постсоветского периода перманентно росла. Если в 1990 г. на 10 000 чел. абаканцев приходилось 54,7 врача, а также 130,8 чел. среднего медицинского персонала, то в 2016 г. эти показатели достигли уровня 70,3 и 148 соответственно¹. В эти годы возводились новые высокотехнологичные корпуса Республиканской клинической больницы им. Г. Я. Ремишевской, городской больницы, детской городской поликлиники и т. д. Со временем все большую роль в предоставлении медицинских услуг в городе стали играть платные частные клиники.

Доля государственных и муниципальных учреждений здравоохранения Хакасии в середине 2010-х гг. составляла четвертую часть всех медицинских организаций республики, остальные $\frac{3}{4}$ приходились на частные учреждения, большинство из них (89%) оказывало услуги в городах. Преимущественно это были такие направления медицинских услуг, как стоматология, косметология, лабораторная диагностика, все виды лучевой диагностики, консультация узких специалистов — гинекологов, неврологов, окулистов, хирургов и т. д. [2, с. 157–158].

Низкая оценка состояния и деятельности учреждений здравоохранения в Хакасии фиксировалась не только на основании собранных автором полевых материалов, но и в рамках Выборочного наблюдения качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, проведенного Росстатом в 2017 г. На основании ответов респондентов Хакасия вошла в десятку регионов страны с самой низкой долей удовлетворенных работой системы здравоохранения². Также Хакасия вошла в рейтинг регионов страны с самым низким качеством системы здравоохранения, рассчитанным на основе степени удовлетворенности жителями качеством медицинских услуг, и уровнем расходов на территориальные программы государственных гарантий обеспечения бесплатной медицинской помощи на одного застрахованного. Кроме того, республика вошла в число регионов с самой низкой результативностью системы здравоохранения. Индекс результативности складывался из таких показателей, как смертность от злокачественных новообразований (четвертая позиция из списка всех субъектов РФ), смертность от болезней системы кровообращения, смертность от предотвратимых болезней (высокий показатель болезней органов дыхания), самооценка здоровья (одна из самых низких в стране), смертность трудоспособного населения, общая продолжительность жизни [1, с. 51, 59].

Вместе с тем Хакасия опережала другие субъекты СФО по темпам сокращения сети учреждений здравоохранения в XXI в. Также наряду с Республикой Алтай она возглавляла список субъектов СФО с самым значительным сокращением коечного фонда.

¹ Летопись городов Сибири. Абакан — 85 лет: стат. сб. / Красноярскстат. Абакан, 2017. С. 49.

² Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Итоги выборочного наблюдения качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения 2017. URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/GKS_KDU_2017/index.html (дата обращения: 10.01.2025). Текст: электронный.

Таким образом, итоги реформирования системы здравоохранения в постсоветский период для Хакасии оказались противоречивыми. С одной стороны, произошло серьезное техническое переоснащение лечебно-профилактических учреждений республики, с другой — оптимизация финансовых, материальных и людских ресурсов сказалась на снижении числа врачебно-стационарных пунктов, мощностей медицинских организаций, увеличении заболеваемости населения.

«Оптимизация» сферы здравоохранения внесла коррективы в развитие медицинской инфраструктуры Республики Алтай. С начала 1990-х гг. проводилось планомерное снижение коечного фонда региона. Число больничных коек на 100 000 чел. населения в результате снизилось со 146 в 1990 г. до 72,9 в 2020 г.¹ Однако сокращения коснулись в первую очередь сельских территорий, в то время как в Горно-Алтайске коечный фонд практически остался без изменений.

Тем не менее произошло сокращение числа больничных организаций города. В 1990 г. их количество равнялось 8 и сохранялось прежним вплоть до реформы здравоохранения середины 2000-х гг., к 2019 г. их количество снизилось до 6. Однако численность работников здравоохранения Горно-Алтайска, напротив, значительно выросла. В 1990 г. здесь трудилось 330 врачей всех специальностей и 995 чел. среднего медицинского персонала на 10 000 чел. населения. В 2019 г. в городе уже было трудоустроено более 630 врачей, их численность на 10 000 чел. населения была одной из самых высоких в СФО и составляла 95,4 чел.²

В сравнении с другими административными центрами изучаемых республик Горно-Алтайск отличается более высоким уровнем удовлетворенности работой медицинских организаций по оценкам его жителей. Здесь каждый третий горожанин оценил ее на «хорошо» и «отлично»³. Эти оценки в целом по городским поселениям региона встречались гораздо реже.

Контраст между сельским поселением и городом в доступе к ресурсам здравоохранения в Республике Алтай весьма значительный. Специализированная медицинская помощь оказывалась только в городе. В 2020 г. при относительно высоких показателях развитости медицинской городской инфраструктуры республика занимала последнее место среди субъектов СФО по числу больничных коек, а также имела низкие показатели амбулаторно-поликлинической помощи, обеспеченности врачами, средним медицинским персоналом, средней численностью населения на одну больничную койку.

Таким образом, развитие здравоохранения в регионе имело свою специфику, обусловленную его периферийностью. Динамика основных количественных показателей развития системы здравоохранения не отличалась стабильностью. Она находилась в прямой зависимости от государственных реформ здравоохранения, а также деятельности региональных властей в данной сфере. Однако в исторической ретроспективе при сравнении показателей за длительный промежуток времени динамика развития здравоохранения изучаемого региона характеризовалась положительным ростом. Вместе с тем полностью решить кадровый вопрос, про-

¹ Регионы России. Социально-экономические показатели. 2021: стат. сб. / Росстат. Москва, 2021. С. 363.

² Регионы России. Основные социально-экономические показатели городов. 2020: стат. сб. / Росстат. Москва, 2020. С. 352.

³ ПМА 2018.

блемы материально-технического оснащения медицинских учреждений так и не удалось. Со временем концентрация ресурсов здравоохранения в административных центрах все более возрастала. Получить доступ к современному медицинскому оборудованию, а порой и к редким медикаментам можно было только в столичных городах. Сеть аптечных пунктов отличалась развитостью даже в последние годы исследуемого периода преимущественно в больших городах. В малых городских поселениях региона оказывать в полном объеме медицинскую помощь не было возможности.

Несмотря на значительные успехи в развитии здравоохранения региона ни одна из изучаемых республик не смогла приблизиться к среднероссийским нормам уровня обеспечения населения основными медицинскими услугами. Чтобы достичь этих показателей, необходим более серьезный объем финансирования данной отрасли. Системные меры поддержки работников сферы здравоохранения смогли бы предотвратить отток медицинских кадров из региона. Тогда и уровень удовлетворенностью городским населением работой этой сферы значительно бы вырос.

Доступность к учреждениям здравоохранения является одним из важнейших показателей уровня жизни населения. Городской образ жизни подразумевает наличие свободного доступа жителей к ресурсам здравоохранения. Поэтому физическая доступность поликлинической и высокотехнологической помощи, специализированных реабилитационных учреждений должна стать одной из главных задач развития городских территорий региона.

Литература

1. Кислицына О. А., Чубарова Т. В. Оценка системы здравоохранения в России: опыт построения регионального рейтинга // Вестник Института экономики Российской академии наук. 2021. № 3. С. 35–71. Текст: непосредственный.
2. Кузнецова Н. Ф. Рынок медицинских услуг Республики Хакасия // Конкурентный потенциал региона: оценка и эффективность использования: сборник статей VIII Международной научно-практической конференции (Абакан, 23–24 ноября 2017 г.) / ответственный редактор Н. Ф. Кузнецова. Абакан: Изд-во Хакас. гос. ун-та им. Н. Ф. Катанова, 2017. С. 157–160. Текст: непосредственный.
3. Лапина Н. Уроки социальных реформ в России. Региональный аспект: аналитический обзор. Москва: ИНИОН РАН, 2007. 78 с. Текст: непосредственный.
4. Макаров С. В., Гайдаров Г. М. Подготовка врачебных кадров на территории субъектов РФ, входящих в состав Сибирского федерального округа // Социальные аспекты здоровья населения. 2021. № 67(5). С. 1–27. Текст: непосредственный.
5. Тиникова Е.Е. Социальная инфраструктура городов Хакасии — фактор миграции населения // Ойкумена. Регионоведческие исследования. 2023. № 4(67). С. 36–42. Текст: непосредственный.
6. Тиникова Е. Е., Прищепа Е. В. Социально-экономические проблемы монопрофильных поселений Хакасии в условиях рыночной экономики // Исторический курьер. 2022. № 4(24). С. 72–79. Текст: непосредственный.
7. Трудовые ресурсы медицинских организаций Республики Тыва. Анализ состояния за 2007–2013 годы / С. А. Хомушку, К. Д. Аракчаа, И. И. Донгак, Л. Ы. Куулар. Кызыл: ГБИ НИИ МСПУ РТ, 2016. 60 с. Текст: непосредственный.
8. Хомушку С. А., Аракчаа К. Д., Донгак С. К. Движение медицинских кадров Республики Тыва (анализ за 2017–2019 годы) // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2021. № 1. С. 579–591. Текст: непосредственный.

Статья поступила в редакцию 20.03.2025; одобрена после рецензирования 22.04.2025; принята к публикации 28.04.2025.

Healthcare System in Urban Settlements of the Republics of Sayano-Altai

Elena E. Tinikova

Cand. Sci. (Hist.), Senior Researcher

International and Trans-regional Communications Department

Khakass Research Institute of Language, Literature, and History

23 Shchetinkina St., 655010 Abakan, Russia

lena.tinikova@mail.ru

Abstract. The article shows the development of the healthcare system in the republics of Khakassia, Tuva, and Altai during the post-Soviet period, focusing on the accessibility of healthcare institutions for urban residents. The author demonstrates how the quantitative and qualitative parameters of the regional healthcare system have changed since the collapse of the USSR, the role played by shifting priorities in the territorial placement of healthcare facilities, and describes the content and outcomes of the structural and organizational restructuring of healthcare. Accessibility to healthcare institutions is one of the most important indicators of the population's quality of life. Urban lifestyles imply free access for residents to healthcare resources. The article emphasizes the priority of developing physical accessibility to outpatient and high-tech medical care, as well as specialized rehabilitation facilities, as key tasks in the development of urban areas in the region.

Keywords: urbanization, city, healthcare, urban lifestyle, medical infrastructure, Khakassia, Tuva, Altai.

For citation

Tinikova E. E. Healthcare System in Urban Settlements of the Republics of Sayano-Altai.

Oriental Vector: History, Society, State. 2025; 1: 21–28 (In Russ.)

The article was submitted 20.03.2025; approved after review 22.04.2025; accepted for publication 28.04.2025.