
ФАКТЫ, ОЦЕНКИ, ПЕРСПЕКТИВЫ

DOI: 10.34020/2073-6495-2021-1-191-220

УДК 332.1

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ЮЖНО-СИБИРСКОМ МАКРОРЕГИОНЕ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Молчанова О.В.

Агентство инвестиционного развития Новосибирской области

E-mail: molv@air-nso.ru

В статье представлены и обсуждаются проблемы социально-экономического развития Южно-Сибирского макрорегиона, включающего Новосибирскую, Омскую, Томскую, Кемеровскую области, Алтайский край и Республику Алтай; акцент сделан на сравнительный анализ состояния и динамики качества жизни и уровня развития здравоохранения субъектов макрорегиона; проведен подробный обзор исследований в обсуждаемой области знаний; предложена типология территориальных образований, входящих в макрорегион по уровню экономического развития; в качестве информационной базы использованы открытые данные государственной статистики, информация, размещенная на сайтах органов власти субъектов Российской Федерации, рейтинги территорий, авторские оценки происходящих процессов; сделаны выводы и рекомендации.

Ключевые слова: Южно-Сибирский макрорегион, качество жизни, здравоохранение, система показателей, индикаторы, нормативы.

HEALTHCARE AND QUALITY OF LIFE IN THE SOUTH SIBERIAN MACROREGION: COMPARATIVE ANALYSIS

Molchanova O.V.

Investment Development Agency of the Novosibirsk Region

E-mail: molv@air-nso.ru

The article presents and discusses the issues of social and economic development of the South Siberian macroregion, including Novosibirsk, Omsk, Tomsk, Kemerovo regions, Altai Territory and Altai Republic. The emphasis is laid on the comparative analysis of the state and dynamics of quality of life and level of development of healthcare of subjects of the macroregion. A detailed review of the studies in the debated field was made. A typology of the territorial formations, included in the region by the level of economic development, was offered. Open data of government statistics, website content of the authorities of the constituent entities of the Russian Federation, ratings of the territories and authorial assessments of the existent processes were used as a data base. Conclusions were made and recommendations were given.

Keywords: South Siberian macroregion, quality of life, healthcare, system of figures, indicators, norms.

Введение. Состояние и развитие системы здравоохранения является одним из важнейших факторов, определяющих привлекательность региона как в России, так и в других странах, и для постоянного проживания, и для туристических целей. Это положение отражено в постановке национальных целей, сформулированных в Указе Президента РФ № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» [9]. Зарубежные и российские ученые: демографы, социологи, экономисты, медики изучают различные аспекты влияния здравоохранения как вида экономической деятельности на качество жизни населения, общую продолжительность жизни и продолжительность активной жизни, обуславливающих увеличение доли лиц старших возрастных групп в общей численности населения. Эти исследования актуальны и для различных регионов РФ в силу значительной дифференциации природно-климатических, экологических, экономических и демографических условий. Повышение мобильности населения в течение последних 30 лет, связанное в том числе и с распадом СССР, обусловило усиление внимания не только ученых, но и СМИ, органов управления к проблематике качества жизни. Ежегодно составляются различные рейтинги регионов по социально-экономическому положению, состоянию инвестиционного климата, качеству жизни. Рассмотрим данные нескольких рейтингов за последние годы для регионов, входящих в Южно-Сибирский макрорегион, а также регионов-лидеров (см. Приложение, табл. 1). Необходимо отметить значительные различия по Новосибирской, Омской и Томской областям в баллах и занимаемых ими местах в рейтингах: «крайние» значения у Новосибирской области 19 и 41, у Омской – 27 и 56, у Томской – 8 и 51. По Кемеровской области, Алтайскому краю и Республике Алтай таких «колебаний» нет. Географическое положение и природно-климатические условия не могут оказывать такое влияние на итоговые оценки, скорее это следствие выбора методики и показателей для анализа и сравнения.

Постановка проблемы. Принимая во внимание вышеизложенное и экономический характер данного исследования, на примере регионов южной Сибири проведем сравнительный анализ ряда аспектов качества жизни, в первую очередь связанных с системой здравоохранения, на основе официальной статистической информации, содержащейся на сайтах органов власти субъектов Российской Федерации, Росстата и территориальных органов статистики. В связи со значительными различиями в объеме содержащейся на сайтах информации, для обеспечения сопоставимости используются показатели за те периоды, которые представлены для максимального количества регионов. Вместе с тем будут приняты во внимание результаты других исследований, находящиеся в открытом доступе и посвященные данным вопросам и регионам. Для сравнения взяты данные по регионам, признанным лидерами в различных направлениях развития, показатели по Российской Федерации в целом, в том числе расчетные. Показатели сгруппированы по содержанию в таблицы.

Обзор исследований. Проблематике измерения качества жизни, в том числе в регионах, посвящено немало работ, которые рассматривают методологические и методические аспекты и предлагают различный набор показателей. Сложность этого вопроса объясняется тем, что нет единого под-

хода к определению понятия «качество жизни», количество индикаторов может доходить до тысячи и зависит от характера исследования [10]. Сибирские ученые также предлагают свои подходы к определению качества жизни, при этом администрации регионов активно участвуют в этом процессе. Например, Н.Д. Вавилина [2] совместно с сотрудниками администрации Новосибирской области подготовила методологию и провела оценку качества жизни населения по показателям: качество населения, благосостояние населения, качество трудовой жизни, качество социальной сферы, безопасность жизнедеятельности. Сопоставив эти данные и результаты социологических исследований, коллектив разработчиков дал рекомендации для принятия управленческих решений по улучшению социально-экономической ситуации в регионе. В Томской области за счет гранта РФФИ и Администрации Томской области было проведено исследование и подготовлена публикация теоретического постановочного характера [3]. Изучена эволюция концепции качества жизни в экономической науке, рассмотрены интегральные показатели качества жизни, предложены направления и показатели для расчета интегрального индекса качества жизни. Особо отмечается, что национальный интегральный индекс должен быть масштабируемым для построения интегральных индексов качества жизни регионов РФ и городов. Рассмотрим характеристики данных регионов в материалах исследований других авторов. Л.М. Григорьев в своем докладе «Особенности развития человеческого капитала в субъектах Российской Федерации» [11], анализируя структуру населения, динамику экономического развития страны и отдельных регионов за период 1989–2017 гг., подготовил классификацию регионов по четырем группам, включающим девять подгрупп, в зависимости от преобладающих видов деятельности. Ни один из Южно-Сибирских регионов не отнесен к высокоразвитым, к развитым с диверсифицированной экономикой отнесена Новосибирская область, к развитым с опорой на обрабатывающую промышленность – Омская область, к развитым с опорой на добывающую промышленность – Кемеровская и Томская области. Алтайский край включен в подгруппу среднеразвитых агропромышленных, Республика Алтай – менее развитых аграрных. По каждому региону указан индекс человеческого развития в 2017 г.

Е.Я. Пастухова одна и с соавторами исследовала общественное здоровье в Сибирском федеральном округе [4, 5]. Анализируя уровень экономического развития, жилищные условия населения, медико-демографические факторы на основе регрессионной модели, автор выявила зависимость между мужской и женской смертностью и уровнем безработицы, долей ветхого и аварийного жилищного фонда и численностью врачей всех специальностей. Также были выделены четыре типа территорий, близких по значениям рассматриваемых индикаторов. Приведем данные по Южно-Сибирским регионам. Первый тип (достаточно благополучные): Новосибирская, Омская и Томская области. Второй тип (регионы с умеренными или явными медико-демографическими проблемами) – Кемеровская область. Третий тип (рискованные регионы) не включает рассматриваемые нами регионы. Наконец, четвертый тип (регионы «аутсайдеры») – Республика Алтай. Алтайский край упоминается автором классификации при рассмотрении регионов первой группы, но в нее не включен. Дополнительно

изучив показатели регионов по рождаемости, смертности (по видам причин), ожидаемой продолжительности жизни, автор отмечает низкий уровень общественного здоровья в Республиках Тыва и Алтай, Забайкальском крае, Иркутской области; достаточно благополучную медико-демографическую ситуацию в Томской, Омской и Новосибирской областях. Д.А. Борзых провел анализ динамики показателей здоровья населения Российской Федерации в 2005–2013 гг., определил композитный индекс, сформированный на основе индекса продолжительности жизни и индекса уровня заболеваемости в разрезе регионов; по результатам анализа регионы были разбиты на кластеры [1]. В кластер регионов с высоким уровнем здоровья населения были включены 12 субъектов, в их числе Москва, Санкт-Петербург (с индексами 0,82 и 0,66). В кластер регионов со средневысоким уровнем здоровья населения были отнесены 27 регионов, в том числе Новосибирская (0,49), Омская (0,49), Свердловская (0,48) области, Алтайский край (0,47). Кластер регионов со средним уровнем здоровья состоял из 25 регионов, в том числе Томская область (0,44). Кластер регионов со средненизким уровнем здоровья состоял из 13 регионов, в том числе Кемеровская область (0,35) и Республика Алтай (0,3). Два региона входили в кластер с низким уровнем здоровья.

Качество жизни. Сравним регионы по ожидаемой продолжительности жизни при рождении – одному из интегральных показателей качества жизни, используемому в том числе для оценки эффективности деятельности высших должностных лиц и органов исполнительной власти регионов (табл. 2). Регионы-лидеры имеют показатели продолжительности жизни выше, чем в среднем по РФ, сибирские регионы – ниже. Лучшие показатели у Томской области, самые низкие – у Кемеровской. В табл. 3 представлены показатели, характеризующие социально-экономическое развитие и качество жизни в регионах.

Если рассчитать среднеарифметические значения по основным параметрам регионов России, получим следующие характеристики, которые можно принять в качестве индикаторов сравнения: численность населения – 1726,5 тыс. чел., ВРП – 999,7 млрд руб., территория – 201,5 тыс. кв. км. В Южно-Сибирском макрорегионе близки к этим параметрам Новосибирская, Кемеровская и Омская области, хотя последняя не добирает по ВРП. Наибольший размер валового регионального продукта в Новосибирской и Кемеровской областях, разница между ними в пределах одного процента, другие регионы значительно отстают по масштабам экономики. Эти же регионы лидируют по численности населения, обороту розничной торговли, объему платных услуг и среднесписочной численности работников организаций. По численности населения Республика Алтай меньше Новосибирской области в 12,7 раза, по среднесписочной численности работников организаций – почти в 19 раз, по ВРП – почти в 25 раз. Среднесписочная численность работников организаций в 2019 г. снизилась в четырех регионах: в Омской области на 3 %, Алтайском крае – на 1,9 %, Кемеровской области – на 0,5 % и Томской области – на 0,4 %; увеличилась в Новосибирской области на 1,1 % и Республике Алтай на 2 %. Численность пенсионеров снизилась в пяти регионах (кроме Республики Алтай). В абсолютном выражении она максимальная в Кемеровской области – 886 тыс. человек, где отмечено

и максимальное снижение на 1,3 %. В Кузбассе максимальная численность не занятых трудовой деятельностью граждан – 76,6 тыс. человек. Самая высокая зарплата за 6 мес 2020 г. в Томской (46 858 руб.) и Кемеровской (42 215 руб.) областях, самая низкая – в Алтайском крае (28 716 руб., 61 % от уровня Томской области). Это объясняется преобладанием в первых ресурсодобывающих видов деятельности и сельского хозяйства в Алтайском крае. Самые высокие пенсии также в Томской и Кемеровской областях, самые низкие в Республике Алтай. Наиболее высокий прожиточный минимум в Новосибирской и Томской областях, самый низкий – в Алтайском крае. Наименьшая численность населения с доходами ниже прожиточного минимума в Омской и Кемеровской областях, но и в этих регионах отрицательная динамика данного показателя. Наиболее обеспечены жилым фондом граждане, проживающие в Новосибирской, Омской и Кемеровской областях, наименее – в Республике Алтай. Минимальная доля ветхого и аварийного жилищного фонда в Омской и Новосибирской областях. Очень значительные объемы загрязняющих веществ в Кемеровской области, обусловленные добычей угля, металлургической и химической промышленностью, минимальные – в Республике Алтай. В Томской области и Республике Алтай низкий уровень уловленных и обезвреженных загрязняющих веществ. Объем выбросов загрязняющих веществ в Кемеровской области в 7,6 раза выше, чем в Новосибирской области при одинаковом ВРП. Сальдо миграции за 2018 г. положительное только в Новосибирской области; за 6 мес 2020 г. в Республике Алтай, Кемеровской и Новосибирской областях, причем минимальный показатель в Новосибирской области. Дополним эти данные расчетными показателями по регионам (табл. 4).

Во всех регионах Южной Сибири ВРП, оборот розничной торговли и платные услуги на душу населения ниже, чем в среднем по РФ. Уровень ВРП максимальный (92,8 %) в Томской области и 40 % в Республике Алтай, показатель по Алтайскому краю всего на 1,5 % выше, чем по Республике Алтай. По розничному товарообороту и платным услугам наиболее близки к среднероссийским показателям данные по Новосибирской области, хотя средняя зарплата и пенсии выше в Томской области. Особо обратим внимание на долю платных медицинских услуг в общем объеме этих услуг: значительно выше средних показатели по Новосибирской, Томской, Омской и Кемеровской областям. Это может быть следствием неудовлетворенности населения бесплатной медицинской помощью или усилением медицинского туризма из других регионов РФ и зарубежных стран. Также необходимо отметить значительное превышение среднего уровня по услугам для граждан пожилого возраста и инвалидов в Омской, Томской областях и Алтайском крае. Это требует дополнительного отдельного изучения. Доля населения моложе трудоспособного возраста во всех Южно-Сибирских регионах выше, чем в среднем по стране.

Кратко охарактеризуем каждый регион по данным табл. 3 и 4. Республика Алтай не обладает в настоящее время значительным экономическим потенциалом, является высокодотационным регионом. Уровень бедности в регионе значительно выше среднероссийских показателей и продолжает расти. Необходимо отметить максимальную разницу между удельными весами пенсионеров и численности населения старше трудоспособного

возраста – 10,9 процентных пункта. Это может быть обусловлено пенсионерами-военнослужащими, пенсионерами МВД, гражданами, получающими социальную пенсию. Подробный анализ провести не удалось, так как открытые данные на сайте Правительства Алтай по этому вопросу отсутствуют. Первые две группы пенсионеров могут усиливать напряженность на рынке труда. В Республике Алтай самый низкий уровень работающих в организациях (41,6 %) и самый высокий удельный вес не занятых трудовой деятельностью (9,4 %) в численности населения трудоспособного возраста. Учитывая очень высокий удельный вес населения моложе трудоспособного возраста (27,8 %), можно сделать вывод, что создание новых рабочих мест должно стать главным приоритетом Республики Алтай. Преобладание сельского населения (70,7 %) предполагает развитие малого и среднего предпринимательства, в том числе с использованием сельской кооперации. Также в Республике Алтай отмечается самый высокий удельный вес ветхого и аварийного жилого фонда при более низком по сравнению с другими регионами уровне благоустройства как городского, так и сельского жилищного фонда. Плотность населения в Республике Алтай ниже не только среднероссийских показателей, но и в сравнении со средним по азиатской части России (3,0 чел.), что, безусловно, усложняет социально-экономические процессы.

Для Алтайского края можно выделить в качестве основной проблемы низкий уровень жизни населения, в том числе работающего: средняя зарплата на 38,7 % ниже, чем в Томской области, и даже на 18,7 % ниже, чем в Республике Алтай. Это объясняет максимальное соотношение между средней пенсией и средней зарплатой (47,8 %) и минимальное между средней зарплатой и прожиточным минимумом трудоспособного населения – 2,57 раза. В Алтайском крае также высокий удельный вес сельского населения – более 43 % (в среднем по РФ – 25,3 %). Из Сибирских регионов самая неблагоприятная структура населения в Алтайском крае: минимальный удельный вес населения в возрасте моложе трудоспособного и максимальный старше трудоспособного, максимальный удельный вес пенсионеров в общей численности населения. Для Алтайского края актуальны вопросы диверсификации экономики, увеличения глубины переработки сырья, объемов экспорта продукции для роста доходов населения и бюджета региона.

Кемеровская область характеризуется самым высоким соотношением средней зарплаты работающих и пенсии к прожиточному уровню соответствующих групп (3,72 и 1,73 раза соответственно). Высокий уровень среднесписочной численности работников организаций в численности трудоспособного населения (53,4 %), ВРП на душу населения (462,5 тыс. руб.), преобладание городского населения (86,1 %), небольшая территория региона и плотность населения на уровне европейской части России. Главные проблемы Кемеровской области – диверсификация экономики и экология.

В Новосибирской области в данный момент максимальный удельный вес населения в трудоспособном возрасте и максимальный показатель занятости в организациях. Минимальный уровень населения в возрасте моложе трудоспособного, как и в Алтайском крае, – 19 %. В связи с самым высоким уровнем прожиточного минимума низкие соотношения с ним средней зарплаты и пенсии. Для дальнейшего развития экономики Новосибирской

области необходимо стимулировать рост производительности труда, повышение уровня автоматизации и роботизации производства и услуг, увеличивать глубину переработки сырьевых ресурсов. Выгодное географическое положение предполагает дальнейшее усиление транспортно-логистического узла.

Омская область в последние годы активно «теряет» население за счет миграции, в отличие от Алтайского края и Кемеровской области, где этот процесс начался значительно раньше и в настоящее время темпы его замедлились (в Кемеровской области в первом полугодии 2020 г. отмечен механический пророст населения). В Омской области относительно высокий удельный вес сельского населения (более 27 %), прожиточный минимум всего на 35 руб. выше, чем в Алтайском крае, поэтому несмотря на более низкие средние заработную плату и пенсии соотношение с прожиточным минимумом лучше, чем в Новосибирской области. Главная задача, как и во всех других регионах, развитие экономики для повышения занятости, доходов населения и предотвращения его оттока в другие регионы и страны.

Томская область за счет относительно небольшой численности населения имеет максимальный из Южно-Сибирских регионов показатель ВРП на душу населения, максимальный удельный вес населения в трудоспособном возрасте (58 %) и около половины долю среднесписочной численности работников организаций в численности трудоспособного населения (Новосибирская область – 59 %). Высокие по сравнению с другими регионами рассматриваемой группы средние зарплата и пенсия обеспечивают хорошие соотношения с прожиточным минимумом. Также, как и в Алтайском крае и Новосибирской области, невысокий удельный вес населения в возрасте моложе трудоспособного, что может привести к дефициту рабочей силы в обозримой перспективе и поэтому актуальны вопросы повышения производительности труда, диверсификации экономики.

Учитывая важность возрастной структуры населения для развития экономики в целом, а также организаций социальной сферы, включая здравоохранение, рассмотрим данные о среднем возрасте населения РФ и Южно-Сибирских регионов (табл. 5). Средний возраст населения Сибирского федерального округа ниже, чем в среднем по РФ. В целом старше, чем в РФ, все население Алтайского края, особенно сельское, сельское население Кемеровской области и мужское сельское население Новосибирской области. Но в Новосибирской и Кемеровской областях доля сельского населения мала, а в Алтайском крае значительно выше среднероссийского уровня (на 70 %).

Здравоохранение. В табл. 6 представлены открытые показатели, характеризующие развитие здравоохранения в обсуждаемых регионах. В ОКВЭД здравоохранение группировано с социальными услугами, поэтому показатели будут приведены по этой классификации. Данную проблему уже отмечали специалисты, исследующие развитие здравоохранения [8]. Максимальная валовая добавленная стоимость в сфере здравоохранения и социальных услуг в Новосибирской и Кемеровской областях. Разница между ними в пределах 1 %; сопоставимы объемы также в Омской области и Алтайском крае, разница между ними около 1,6 %. В Республике Алтай при минимальном абсолютном размере валовой добавленной стоимости в

этом сегменте экономики наблюдается максимальный удельный вес данного вида деятельности в ВРП региона (7,35 %), аналогично и по показателю среднесписочной численности работников: 14,3 против 8,7 % в Новосибирской области. Чем меньше масштаб экономики региона, тем более значим для нее бюджетный сектор. Увеличение численности работников произошло в пяти регионах (максимально в Новосибирской области – на 3,8 %), в Кемеровской области она сократилась на 0,9 %. Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата в здравоохранении и социальных услугах максимальная в Томской области, минимальная – в Алтайском крае, разница между ними более 40 %. Максимальный рост этого показателя в Республике Алтай – более 120 %, минимальный – в Омской области (107 %). Максимально высокое соотношение со среднерегиональным уровнем зарплаты также в Республике Алтай – (116,5 %), в Алтайском крае и Новосибирской области этот показатель выше 100 %, а в Кемеровской, Омской и Томской областях – ниже 100 %. Сеть организаций, среднесписочная численность работников и уровень оплаты труда регулируются органами управления субъектов РФ. Число больничных организаций и количество коек в них сократилось в большинстве регионов. Максимальная обеспеченность по этому показателю отмечается в Томской области, минимальная – в Омской, разница составила около 24 %. Мощность амбулаторно-поликлинических организаций увеличилась в Алтайском крае, Новосибирской, Омской и Томской областях, в расчете на 10 000 человек населения и в Кемеровской области, но в Кузбассе – за счет снижения численности населения. Численность врачей в абсолютном выражении наибольшая в Новосибирской области, в расчете на 10 000 населения – в Томской. Численность среднего медицинского персонала в абсолютном выражении максимальная в Кемеровской области, на 10 000 населения – в Республике Алтай. Рассмотрим другие показатели, определяемые региональным уровнем власти, включенные в территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на 2020 г. (табл. 7, 8).

В соответствии с действующим законодательством все субъекты Российской Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (далее – территориальные программы) на три года, с разбивкой по годам. Сравним территориальные программы Южно-Сибирских регионов, а также Санкт-Петербурга как одного из лидеров качества жизни (см. табл. 1), Свердловской области – крупнейшего региона Урала. Постановлением Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов» от 7 декабря 2019 г. № 1610 [6] утверждена Программа государственных гарантий, в том числе средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, критерии доступности и качества медицинской помощи. В связи с большим объемом информации сравним выборочные данные (см. табл. 7) – регионы между собой, также со средними значениями. В связи со значительными различиями в численности населения целесообразно проводить сравнение в расчете

на одного жителя, одно застрахованное лицо, а также в контексте структурных, качественных показателей и нормативов затрат.

В общем объеме финансирования территориальных программ преобладает субвенция ФОМС, ее доля в Республике Алтай 85,6 %, в Новосибирской области – 77,3 %. В расчете на одного жителя в год в Республике Алтай приходится 24720,4 руб., что на 41 % больше, чем в Омской области. Максимальный размер в Санкт-Петербурге – 30172,13 руб. при доле средств бюджета города федерального значения – 35 %. Среди Южно-Сибирских регионов максимальный размер финансирования за счет средств бюджета субъекта РФ в Томской области – 4773,10 руб., что на 41 % больше показателя Алтайского края. Значительная разница финансирования расходов на содержание ТФОМС как в абсолютном выражении (6,2 раза Кемеровская область и Республика Алтай), так и в расчете на одно застрахованное лицо – 4,6 раза (Республика Алтай и Новосибирская область). Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет средств субъекта для Южно-Сибирских регионов максимальные в Томской области, минимальные по скорой медицинской помощи – в Новосибирской области; по трем видам помощи нормативы финансовых затрат в Республике Алтай, Алтайском крае и Омской области установлены в одинаковом минимальном размере. За счет средств ОМС максимальные нормативы финансовых затрат установлены для Республики Алтай, минимальные – для Омской области, кроме ЭКО (минимум для Новосибирской области). Подушевые нормативы финансирования за счет средств субъекта минимальные в Алтайском крае, а за счет ОМС – в Омской области. Сравним эти показатели со средними нормативами финансовых затрат (табл. 8). Максимальная доля частных медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в Томской и Кемеровской областях (более 40 %), минимальная – в Омской области (16 %).

Республика Алтай, Алтайский край и Омская область финансируют медицинскую помощь за счет средств субъекта РФ в рамках территориальных программ только в размере средних нормативов; по подушевым нормативам в Алтайском крае объем финансирования даже ниже этого значения. Это связано с более низкой бюджетной обеспеченностью данных регионов (см. табл. 5). Финансирование за счет средств ОМС для Республики Алтай в среднем более чем на 60 % выше средних нормативов, тогда как для Омской области это превышение всего 10 %. Кемеровская, Новосибирская и Томская области за счет средств соответствующих бюджетов финансируют медицинскую помощь в размерах, превышающих средние нормативы минимум на 9 % (Новосибирская область), 15 % (Кемеровская область) и 35 % (Томская область). Подушевые нормативы также значительно выше средних значений. Нормативы финансирования за счет средств ОМС минимально выше средних для Новосибирской области (в среднем 14 %), для Кемеровской области выше более, чем на 20 % и для Томской области выше минимум на 39,4 %. Для Свердловской области также характерна эта тенденция, только превышение финансирования из средств ОМС около 11 %. Для Санкт-Петербурга отличие как субъектового, так и фондового финансирования значительно превышает показатели других регионов. Например, подушевые нормативы из средств субъекта выше средних более

чем в три раза. В постановлении № 1610, упомянутом ранее, Министерству здравоохранения Российской Федерации поручено давать разъяснения по вопросам формирования территориальных программ, включая подходы к определению дифференцированных нормативов объема медицинской помощи. В соответствии с разделами XI, XII Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 108н от 28 февраля 2019 г. «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» [7] чем больше затраты на оказание медицинской помощи за расчетный период, тем (при прочих равных условиях) больше будут нормативы. Это, на наш взгляд, может ограничивать необходимое увеличение нормативов в регионах с низкой и средней бюджетной обеспеченностью.

Сравним регионы по критериям доступности и качества медицинской помощи (табл. 9). В Программе государственных гарантий определено 15 критериев доступности и 30 критериев качества медицинской помощи, проведем выборочное сравнение.

По обеспеченности врачами городского населения Республика Алтай превышает показатели Кемеровской области в 2,5 раза и даже Санкт-Петербурга на 25 %; также высокая обеспеченность в Омской и Томской областях. По обеспеченности врачами сельского населения лидирует Томская область, минимальные показатели в Омской области, «разрыв» между этими регионами более 1,5 раза. Обеспеченность населения средним медицинским персоналом также самая высокая в Республике Алтай; для городского населения минимальная обеспеченность в Кемеровской области, для сельского – в Омской. По городскому населению превышение составляет более 2,3 раза, по сельскому – около 1,3 раза. Вместе с тем охват взрослого населения диспансеризацией и профилактическими медицинскими осмотрами в Республике Алтай и Томской области значительно ниже, чем в Кемеровской и Новосибирской областях с более низкой обеспеченностью медицинскими работниками. Низкие показатели по профилактическим медицинским осмотрам детей в сельской местности Республики Алтай и Алтайского края, в остальных регионах показатель превышает 90 %. В Алтайском крае, Омской и Томской областях доля ФАП, требующих капитального ремонта, превышает 20 %, а в Новосибирской области – менее 1 %. По доступности ЭКО также значительные отличия: около 20 % в Новосибирской, Кемеровской и Омской областях, Алтайском крае и 65–90 % в Республике Алтай и Томской области. Несмотря на более высокие показатели обеспеченности медицинскими работниками Республика Алтай, Томская и Омская области ставят в территориальных программах более низкие параметры по удовлетворенности населения медицинской помощью. По показателям доступности (1–7 показатели, табл. 9) Южно-Сибирские регионы-лидеры не уступают даже Санкт-Петербургу.

Если рассматривать показатели качества медицинской помощи, то минимальные показатели общей смертности населения как городского, так и сельского в Республике Алтай, причем они даже ниже, чем в Санкт-Петербурге. На наш взгляд, во многом это обусловлено возрастной структурой населения (см. табл. 4, 5). Но в Республике Алтай высокие показатели смертности населения в трудоспособном возрасте и очень высокие по младенческой и детской смертности. По двум последним показателям

превышение минимального уровня Томской области около двух раз. Общая смертность, смертность населения в трудоспособном возрасте, младенческая и детская смертность имеют минимальные значения в Томской области. Общая смертность населения и смертность населения в трудоспособном возрасте наиболее велики в Кемеровской области: превышение показателей Томской области около 30 %. Если ранжировать регионы по показателям смертности, присваивая лучшему балл, равный единице, то регионы расположатся следующим образом: Томская область, Омская область, Новосибирская область, Алтайский край, Республика Алтай и Кемеровская область.

Онкологические заболевания, как правило, занимают второе место среди причин смерти россиян. Поэтому ранняя диагностика и последующее диспансерное наблюдение являются залогом выздоровления или максимального продления жизни. По данным за 2018 г. [9] число умерших от рака на 100 000 человек населения составляло в Республике Алтай – 179, Новосибирской области – 193, Томской области – 203, Омской области – 205, Кемеровской области – 213, Алтайском крае – 224, Свердловской области – 228, Санкт-Петербурге – 254. Доля пациентов со злокачественными образованиями, находящихся под диспансерным наблюдением с даты установления диагноза 5 лет и более, наиболее высока в Республике Алтай и Новосибирской области, Алтайском крае и Кемеровской области; отстают от них Томская и Омская области. Максимальная доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 12 ч с начала заболевания, в Алтайском крае и Новосибирской области. Минимальная – в Омской области. Республика Алтай, Новосибирская область активно используют стентирование коронарных артерий для лечения этого заболевания; Кемеровская область чаще использует тромболитическую терапию. Алтайский край и Томская область используют оба подхода. В Алтайском крае значительно выше доля пациентов с цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 ч с начала заболевания (более чем в 2 раза по сравнению с Омской и Томской областями, хотя доля сельского населения в Алтайском крае выше, чем в этих областях). Доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с данным заболеванием, госпитализированных в сосудистые центры, максимальная в Алтайском крае и Томской области, минимальная – в Новосибирской и Кемеровской областях. Если в Томской области все пациенты, нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи, могут ее получить, то в Омской – только треть. Как мы можем видеть, показатели качества медицинской помощи в регионах Южной Сибири имеют значительные различия.

Суммируя данные анализа территориальных программ, можно сделать вывод о том, что регионы значительно отличаются по условиям, доступности и качеству оказания бесплатной медицинской помощи населению. Из Южно-Сибирских регионов наиболее обеспечена врачами Томская область и благодаря более значительному финансированию мероприятий программы как за счет средств субъекта Федерации, так и средств ФОМС, планировала в 2020 г. достичь более высоких показателей доступности и качества медицинской помощи населению. Регионы используют различ-

ные подходы к лечению основных заболеваний, целесообразно провести совместное обсуждение итогов реализации этих подходов с участием руководящего состава министерств здравоохранения и главных специалистов регионов по видам заболеваний.

Коронавирус. В 2020 г. все страны столкнулись с проблемой новой коронавирусной инфекции, что обусловило кардинальные изменения не только в работе системы здравоохранения, но и экономической, и социальной жизни общества в целом. Рассмотрим некоторые показатели по этой проблематике. Регионы в табл. 10 расположены в последовательности, в которой они находились в информации на сайте стопкоронавирус.рф на дату начала выборочного наблюдения – 7 июня 2020 г. В исследовании не ставилась задача отражения максимальных значений показателей, оценивалась общая тенденция распространения заболевания по территории России. На основании данной информации можно проследить перемещение заболевания из Москвы в другие регионы, спад первой волны и возникновение второй, более мощной волны заболеваемости. Количество выявленных заболевших прямо пропорционально количеству проведенных тестов, зависит от общей доступности медицинской помощи. Значительно выше среднероссийского уровня доля выявленных заболевших в Республике Алтай (на уровне Москвы), на среднем уровне – в Томской области, в два раза меньше – в Кемеровской и Новосибирской областях. При этом уровень смертности в Кемеровской области соответствует среднероссийскому, а в Новосибирской области превышает его в два раза; в Республике Алтай и Томской области, наоборот, более чем в два раза ниже среднероссийского. На наш взгляд, такие различия связаны с неполным выявлением заболевших и разными подходами к классификации причин смерти. Реальную смертность от новой коронавирусной инфекции, осложнений после заболевания можно будет оценить только в 2021 г. по данным органов ЗАГС о смертности, включенным в официальные статистические сборники. Глубокий анализ распространения пандемии и ее последствий должен быть проведен в каждом регионе с учетом половозрастного состава и уровня жизни населения, состояния сферы здравоохранения.

Выводы и предложения. Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод об относительном уровне экономического развития Южно-Сибирских регионов (см. табл. 3, 4). Развитие регионов столь неоднозначно, что объединить их в три большие группы представляется затруднительным, целесообразно, на наш взгляд, в каждой группе (высшая, средняя, низшая) выделить подгруппы, два подуровня – высший и низший. В связи с отставанием от общероссийского уровня ни один из Южно-Сибирских регионов не может быть отнесен к высшей группе экономического развития. Новосибирскую и Кемеровскую области можно отнести к высшим средним по численности населения, объему ВРП, высокоурбанизированным регионам; Омскую и Томскую области – к низшим средним, среднеурбанизированным регионам; Алтайский край – к высшим низшим и Республику Алтай – к низшим низшим слабоурбанизированным регионам. Вариант предлагаемой нами типологии регионов Южной Сибири по уровню экономического развития представлен в табл. 11.

Сложившаяся в Южно-Сибирских регионах система социально-экономического развития обусловила значительное неравенство качества жизни в целом, в том числе и в сфере здравоохранения. Изменения целесообразно инициировать в общих подходах к организации, финансированию, подготовке и закреплению кадров для Российской Федерации в целом и на региональном уровне. Разработанные для России национальные проекты «Здоровье» и «Демография», включающие в себя соответствующие региональные проекты, призваны улучшить ситуацию.

Литература

1. *Борзых Д.А.* Количественный анализ динамики уровня здоровья населения РФ // Вестник НГУЭУ. 2016. № 1.
2. *Вавилина Н.Д.* Качество жизни в системе инновационного развития региона. Методология анализа и система показателей качества жизни населения // Мир науки. Научный интернет-журнал. 2013. Вып. 3.
3. *Нехода Е.В., Рощина И.В., Пак В.Д.* Качество жизни: проблемы измерения // Вестник Томского государственного университета. Экономика. 2018. № 43.
4. *Пастухова Е.Я.* Взаимосвязь здоровья населения и социально-экономических факторов (на примере сибирских регионов) // Региональная экономика. Теория и практика. 2016. № 10.
5. *Пастухова Е.Я., Кияйкина Т.С.* Общественное здоровье сибирских регионов // Вестник КемГУ. Серия: Политические, социологические и экономические науки. 2018. № 3.
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2019 года № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов».
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования». Российская газета. Федеральный выпуск № 108 (7866), 22 мая 2019 г.
8. *Ревич Б.А., Кузнецова О.В., Харькова Т.Л., Подольная М.А.* Экономические факторы дифференциации российских мегаполисов по уровню смертности // Социальные аспекты здоровья населения. Электронный научный журнал. 2019. № 65 (3).
9. Указ Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 года № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года». Российская газета. Федеральный выпуск № 159 (8213), 22 июля 2020 г.
10. *Фофанова К.В.* Методологические вопросы измерения качества жизни региона // Регионоведение. 2016. № 4 (97). С. 127–139.
11. *Григорьев Л.М.* Особенности развития человеческого капитала в субъектах Российской Федерации / Аналитический центр при Правительстве Российской Федерации. URL: <https://ac.gov.ru/files/content/22461/3-grigorev-pdf.pdf>
12. Рейтинг регионов России по онкозаболеваниям / Институт стратегических коммуникаций. URL: <http://instratcom.ru/rejting-regionov-rossii-po-onkozabolevaniyam/> (дата обращения: 05.01.2021).

Bibliography

1. *Borzykh D.A.* Kolichestvennyj analiz dinamiki urovnja zdorov'ja naselenija RF // Vestnik NGUJeU. 2016. № 1.
2. *Vavilina N.D.* Kachestvo zhizni v sisteme innovacionnogo razvitija regiona. Metodologija analiza i sistema pokazatelej kachestva zhizni naselenija // Mir nauki. Nauchnyj internet-zhurnal. 2013. Vyp. 3.

3. *Nehoda E.V., Roshhina I.V., Pak V.D.* Kachestvo zhizni: problemy izmerenija // Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Jekonomika. 2018. № 43.
4. *Pastuhova E.Ja.* Vzaimosvjaz' zdorov'ja naselenija i social'no-jekonomicheskikh faktorov (na primere sibirskih regionov) // Regional'naja jekonomika. Teorija i praktika. 2016. № 10.
5. *Pastuhova E.Ja., Kijajkina T.S.* Obshhestvennoe zdorov'e sibirskih regionov // Vestnik KemGU. Serija: Politicheskie, sociologicheskie i jekonomicheskie nauki. 2018. № 3.
6. Postanovlenie Pravitel'stva Rossijskoj Federacii ot 7 dekabnja 2019 goda № 1610 «O Programme gosudarstvennyh garantij besplatnogo okazanija grazhdanam medicinskoj pomoshhi na 2020 god i na planovyj period 2021 i 2022 godov».
7. Prikaz Ministerstva zdavoohranenija Rossijskoj Federacii ot 28 fevralja 2019 goda № 108n «Ob utverzhdenii Pravil objazatel'nogo medicinskogo strahovanija». Rossijskaja gazeta. Federal'nyj vypusk № 108 (7866), 22 maja 2019 g.
8. *Revich B.A., Kuznecova O.V., Har'kova T.L., Podol'naja M.A.* Jekonomicheskie faktory differenciacii rossijskih megapolisov po urovnju smertnosti // Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija. Jelektronnyj nauchnyj zhurnal. 2019. № 65 (3).
9. Ukaz Prezidenta Rossijskoj Federacii ot 21 ijulja 2020 goda № 474 «O nacional'nyh celjah razvitija Rossijskoj Federacii na period do 2030 goda». Rossijskaja gazeta. Federal'nyj vypusk № 159 (8213), 22 ijulja 2020 g.
10. *Fofanova K.V.* Metodologicheskie voprosy izmerenija kachestva zhizni regiona // Regionologija. 2016. № 4 (97). P. 127–139.
11. *Grigor'ev L.M.* Osobennosti razvitija chelovecheskogo kapitala v sub#ektah Rossijskoj Federacii / Analiticheskij centr pri Pravitel'stve Rossijskoj Federacii. URL: <https://ac.gov.ru/files/content/22461/3-grigorev-pdf.pdf>
12. Rejting regionov Rossii po onkozabolevanijam / Institut strategicheskikh kommunikacij. URL: <http://instratcom.ru/rejting-regionov-rossii-po-onkozabolevaniyam/> (data obra-shhenija: 05.01.2021).

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица 1

Рейтинги регионов по качеству жизни (выборочные данные)

Субъект РФ	Рейтинг РИА «Новости»				Рейтинг РБК			Рейтинг РИА «Новости» по СЭ положению, 2019 г.		Индекс человеческого развития, 2018 г.	
	балл	место в рейтинге			балл	место	рейтинг по обеспеченности медиками	балл	место	балл	место
		2019 г.	2019 г.	2018 г.							
Москва	79,275	1	1	1	6,1	2	5,9	88,98	1	0,959	1
Санкт-Петербург	77,308	2	2	2	7	1	6,9	85,549	2	0,951	2
Московская область	74,5	3	3	3	5,61	4	3,4	77,595	4	0,887	20
Республика Татарстан	66,806	4	4	4	4,6	11	3	76,544	5	0,921	4
Белгородская область	63,978	5	5	5	5,64	3	3,9	57,103	18	0,908	7
Краснодарский край	63,067	6	6	6	5,26	6	3,1	67,971	8	0,885	22
Новосибирская область	52,508	22	24	26	3,2	41	4,3	51,167	23	0,888	19
Томская область	45,501	45	51	49	2,72	51	5,7	38,391	49	0,905	8
Омская область	43,038	53	57	54	2,61	56	4,6	45,883	32	0,882	27
Кемеровская область	42,21	56	54	56	2,42	60	3,7	52,35	21	0,867	47
Алтайский край	37,781	72	73	66	1,82	66	3,7	41,974	43	0,84	72
Республика Алтай	29,456	80	80	82	-1,12	83	4,2	13,71	83	0,828	82

Таблица 2

Продолжительность жизни при рождении по регионам России (ожидаемая) за 2015, 2018 и 2019 гг.

Субъект РФ	Число лет			Темп роста к 2015 г., %		Отношение к среднероссийскому уровню, %		
	2015 г.	2018 г.	2019 г.	2018 г.	2019 г.	2015 г.	2018 г.	2019 г.
Российская Федерация	71,39	72,91	73,34	102,1	102,7	100	100	100
Москва	76,77	77,84	78,36	101,4	102,1	107,5	106,8	106,8
Санкт-Петербург	74,42	75,93	76,31	102	102,5	104,2	104,1	104
Московская область	72,26	73,52	73,86	101,7	102,2	101,2	100,8	100,7
Республика Татарстан	72,81	74,35	75,03	102,1	103	102	102	102,3
Белгородская область	72,61	73,67	74,21	101,5	102,2	101,7	101	101,2
Краснодарский край	72,53	74,3	73,91	102,4	101,9	101,6	101,9	100,8
Новосибирская область	70,86	71,83	72,25	101,4	102	99,3	98,5	98,5
Томская область	71,25	72,84	72,85	102,2	102,2	99,8	99,9	99,3
Омская область	70,41	71,96	72,32	102,2	102,7	98,6	98,7	98,6
Кемеровская область	68,31	69,32	69,78	101,5	102,2	95,7	95,1	95,1
Алтайский край	70,44	71,11	71,61	101	101,7	98,7	97,5	97,6
Республика Алтай	68,44	70,59	70,29	103,1	102,7	95,7	96,8	95,8

Таблица 3

Основные показатели регионов Южно-Сибирского мегарегиона

№	Наименование показателей	Республика Алтай	Алтайский край	Кемеровская область	Новосибирская область	Омская область	Томская область	
1	2	3	4	5	6	7	8	
1.	Численность населения на 1 января 2020 г, чел., в том числе	220181	2317153	2657854	2798170	1926665	1079271	
	Моложе трудоспособного	61293	440069	518351	532519	378016	206033	
	Трудоспособного	118881	1255100	1470372	1581929	1070619	630469	
	Старше трудоспособного	40007	621984	669131	683722	478030	242769	
	Городское население	64464	1319564	2287237	2216355	1404883	781457	
	Сельское население	155717	997589	370617	581815	521782	297814	
2.	Валовой региональный продукт в 2018 г, млрд руб.	50,6	550	1241,6	1252,3	681,6	579,4	
3.	Бюджет субъекта РФ в 2020 г, млн руб.							
	Доходы	27685,2	129180,8	168300,6	202789,8	110256,2	79600,9	
	Расходы	28732,5	135975,7	201619,5	207937,5	117658,9	82926,4	
	Дефицит	1047,3	6794,9	33318,9	5147,7	7402,6	3325,5	
4.	Территория, тыс. кв. км	92,9	168	95,7	177,8	141,1	314,4	
5.	Среднесписочная численность работников организаций по видам экономической деятельности, всего, чел.	2018 г.	48411	593787	788769	923319	534733	314978
		2019 г.	49403	582782	784547	933203	518516	313772
6.	Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата по видам экономической деятельности, руб.	Январь – июнь 2020 г.	35335	28716	42215	39842	36517	46858
		% к январю – июню 2019 г.	108,1	107,2	102	106,5	105,5	105,2
7.	Численность пенсионеров, состоящих на учете в системе Пенсионного фонда РФ, тыс. чел.	На 1 января 2020 г.	64	798	898	882	632	318
		На 1 января 2021 г.	64	790	886	879	628	317
8.	Средний размер назначенных пенсий, руб.	На 1 января 2020 г.	12457,4	12983,6	14090	13841,3	13299,9	15357,3
		На 1 января 2021 г.	13070,6	13728,5	14901	14645,9	14065,2	16288,2
9.	Величина прожиточного минимума во II квартале 2020 г, руб.							
	Все население	10761	10460	10727	12284	10495	12218	
	Трудоспособное население	11155	11190	11354	13054	11101	12959	
	Пенсионеры	8903	8960	8624	9823	8412	9815	
	Дети	10801	10611	11254	12729	10870	12927	

Продолжение табл. 3

1	2		3	4	5	6	7	8	
10.	Численность населения, имеющего среднедушевые денежные доходы ниже прожиточного минимума, %								
	Справочно: РФ	10,8	2013 г.	21	17,6	13,9	14,4	12,5	13
		12,6	2018 г.	24	17,4	13,9	14,1	13,6	14,7
		12,3	2019 г.	24,2	17,6	14	14,2	13,9	14,8
11.	Численность не занятых трудовой деятельностью граждан, тыс. чел. на июль 2020 г.		11,2	38	76,6	71,4	56,6	27,7	
	Из них зарегистрированные безработными		10,4	34,8	69,6	66,5	48,6	25,1	
12.	Сальдо миграции в 2018 г., всего, чел.		-343	-7411	-8413	8030	-12102	-663	
	За счет передвижений в пределах России		-469	-8746	-11923	2778	-13008	-1759	
	Международных передвижений		126	1335	3510	5252	906	1096	
	Со странами СНГ		133	1426	3608	5707	846	1153	
	С другими зарубежными странами		-7	-91	-98	-455	60	-57	
	Сальдо миграции в 2019 г., всего, чел.		558	-4178	-2509	10368	-12115	3263	
	Сальдо миграции за январь-июнь 2020 г., всего, чел.		460	-281	1405	162	-3641	-3205	
13.	Общая площадь жилых помещений, приходящихся в среднем на одного жителя, кв. м на конец 2019 г.		21,4	24,8	25	25,8	25,4	24,9	
14.	Удельный вес ветхого и аварийного жилищного фонда в 2017 г., %		4,98	2,29	3,78	1,77	1,26	3,75	
15.	Благоустройство жилищного фонда, % на конец 2019 г. (городской жилищный фонд)								
	Оборудовано водопроводом		75,2	91,0	89,0	95,2	87,3	89,5	
	Оборудовано горячим водоснабжением		56,5	78,7	73,7	78,9	75,8	82,6	
	Оборудовано отоплением		91,5	93,7	80,7	94,2	96,0	89,4	
	Оборудовано газом		35,3	37,0	5,4	17,0	79,8	9,6	
	Благоустройство жилищного фонда, % на конец 2019 г. (сельский жилищный фонд)								
	Оборудовано водопроводом		39,0	71,4	89,0	73,6	56,4	62,4	
	Оборудовано горячим водоснабжением		14,1	25,8	26,0	18,2	23,3	23,9	
	Оборудовано отоплением		57,2	88,2	40,3	83,1	81,0	65,0	
	Оборудовано газом		57,1	83,4	18,6	52,6	90,6	31,9	

Окончание табл. 3

1	2	3	4	5	6	7	8	
16.	Количество загрязняющих веществ, отходящих от всех стационарных источников, за 2017 г., тыс. т	7,3	204	14876	195,1	192,8	263	
17.	Из них уловлено и обезврежено загрязняющих веществ, %	21,8	75	75	84,3	90	24,3	
18.	Оборот розничной торговли, млн руб.	2018 г.	25329,9	352257,5	374430,3	491771,4	331686,1	154215,6
		2019 г.	27768	370868,3	398818,1	531182,7	353894,2	170949,8
	Индекс физического объема розничного товарооборота за 9 мес 2020 г., %	95,2	96,3	97,6	97,3	89,4	100,6	
19.	Объем платных услуг населению, млн руб., всего	2018 г.	5738,8	91649,6	108007	154998,8	99769,3	48161,5
		2019 г.	6329,1	100673,3	122832,8	168103,4	106326,8	54949,4
	Индекс физического объема услуг населению за 9 мес 2020 г., %	92,6	91,3	86,7	82,7	83,7	87,2	
	Медицинские услуги	2018 г.	327	5022,8	8880	18123,2	7890,4	5220,9
		2019 г.	403	5396,8	9723,4	20214,3	9301,3	5571,2
	Услуги, предоставляемые гражданам пожилого возраста и инвалидам	2018 г.	18,7	953,6	313,3	421,9	962,2	429,5
2019 г.		38	927,8	405,7	454,9	1048,4	441,4	

Таблица 4

Расчетные показатели по регионам Южно-Сибирского макрорегиона

№	Показатели	Республика Алтай	Алтайский край	Кемеровская область	Новосибирская область	Омская область	Томская область	РФ
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	ВРП на душу населения, тыс. руб.	231,5	234,9	462,5	448,7	349,2	537,5	578,94
2.	Структура населения, %, в том числе	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Моложе трудоспособного	27,8	19	19,5	19	19,6	19,1	18,7
	Трудоспособного	54	54,2	55,3	56,5	55,6	58,4	56,3
	Старше трудоспособного	18,2	26,8	25,2	24,4	24,8	22,5	25
3.	Структура населения по месту проживания, %, в том числе	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Городское население	29,3	56,9	86,1	79,2	72,9	72,4	74,7
	Сельское население	70,7	43,1	13,9	20,8	27,1	27,6	25,3
4.	Удельный вес пенсионеров в общей численности населения, %	29,1	34,1	33,3	31,4	32,6	29,4	29,9
5.	Удельный вес среднесписочной численности работников организации в численности трудоспособного населения, %	41,6	46,4	53,4	59	48,4	49,8	–
6.	Отношение среднемесячной заработной платы к прожиточному минимуму работающего, раз	3,17	2,57	3,72	3,05	3,29	3,62	4,1
7.	Отношение среднего размера назначенных пенсий к прожиточному минимуму пенсионера, раз	1,47	1,53	1,73	1,49	1,67	1,66	1,57
8.	Отношение среднего размера назначенных пенсий к среднемесячной заработной плате, раз	0,37	0,48	0,35	0,37	0,39	0,35	0,31
9.	Удельный вес не занятых трудовой деятельностью граждан в численности трудоспособного населения, %	9,4	3	5,2	4,5	5,3	4,4	–
10.	Удельный вес признанных безработными в численности не занятых трудовой деятельностью граждан, %	92,9	91,6	90,9	93,1	85,9	90,6	–

Окончание табл. 4

1	2	3	4	5	6	7	8	9
11.	Плотность населения, чел./км ²	2,37	13,79	27,77	15,74	13,65	3,43	8,57
12.	Доходы бюджета субъекта РФ на душу населения, руб.	125738,3	55750	63322	72472,3	57226,5	73754,3	–
13.	Расходы бюджета субъекта РФ на душу населения, руб.	130494,8	58682	75858	74312	61068,7	76835,6	–
14.	Оборот розничной торговли на душу населения, руб.	2019 г. 126114,4	160053	150052,7	189832,2	183682,3	158393,8	216993,7
15.	Платные услуги на душу населения, руб., всего	2019 г. 28913,2	43156	45930,82	60178,78	54689,23	51001,86	69761,97
	В том числе: Медицинские услуги	2018 г. 1494,29	2153,1	3320,56	6487,92	4058,45	4845,68	4617
		2019 г. 1830,22	2329,1	3658,38	7224,11	4827,68	5162	4927,45
	Услуги, предоставляемые гражданам пожилого возраста и инвалидам	2018 г. 85,51	408,77	117,17	151,05	494,9	398,58	170,83
		2019 г. 172,6	400,4	152,65	162,56	544,15	408,96	193,37
16.	Удельный вес платных медицинских услуг в общем объеме платных услуг, %	2019 г. 6,3	5,4	8	12	8,8	10,1	6,6

Таблица 5

Средний возраст населения по субъектам РФ на 1 января 2020 г. (лет)

Регион	Все население			Городское население			Сельское население		
	Мужчины и женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины и женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины и женщины	Мужчины	Женщины
РФ	40,23	37,47	42,63	40,18	37,29	42,61	40,41	37,98	42,68
СФО	39,12	36,38	41,49	39,01	36,07	41,48	39,45	37,23	41,53
Республика Алтай	34,67	32,69	36,45	33,84	31,15	35,92	35,01	33,26	36,69
Алтайский край	40,72	37,99	43,07	39,89	36,88	42,38	41,82	39,39	44
Кемеровская область	39,96	37,06	42,43	39,82	36,76	42,36	40,83	38,76	42,84
Новосибирская область	39,74	36,96	42,16	39,57	36,63	42,08	40,39	38,16	42,49
Омская область	39,78	36,97	42,2	39,9	36,85	42,44	39,46	37,27	41,52
Томская область	38,71	36,34	40,79	38,21	35,8	40,3	40	37,71	42,14
Санкт-Петербург	41,64	38,59	44,16	41,64	38,59	44,16			
Свердловская область	39,92	36,8	42,57	39,69	36,48	42,36	41,22	38,47	43,79

Таблица 6

Основные показатели развития здравоохранения регионов ЮСМР

№	Наименование показателей	Республика Алтай*	Алтайский край	Кемеровская область	Новосибирская область	Омская область	Томская область	
1	2	3	4	5	6	7	8	
1.	Валовая добавленная стоимость деятельности в области здравоохранения и социальных услуг, млн руб., 2018 г.	3714,3	33658,9	55826,9	56350,2	34197,5	25249,9	
2.	Удельный вес деятельности в области здравоохранения и социальных услуг в ВРП, %	7,35	6,1	4,5	4,5	5	4,4	
3.	Среднесписочная численность работников организаций в области здравоохранения и социальных услуг, чел.	2018 г.	6901	67664	84170	78582	59779	33108
		2019 г.	7042	68756	83377	81586	60530	33627
4.	Удельный вес деятельности в области здравоохранения и социальных услуг в среднесписочной численности работников организаций, %	2018 г.	14,3	11,4	10,7	8,5	11,2	10,5
		2019 г.	14,3	11,8	10,6	8,7	11,7	10,7
5.	Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата в области здравоохранения и социальных услуг, руб.	Январь – июнь 2020 г.	40940,9	31199	39206	42625	35847	44134,9
		% к январю – июню 2019 г.	120,3	110	110	110,6	107	109,8
	К среднеобластному уровню среднемесячной заработной платы, %		116,5	108,6	92,9	107	98,2	–
6.	Число больничных организаций	2015 г.	–	132	120	106	79	56
		2018 г.	–	129	118	105	82	48
7.	Число больничных коек круглосуточных стационаров, всего	2015 г.	–	23195	24418	27190	16158	11341
		2018 г.	–	21271	24403	26483	15689	10752
	В том числе на 10 000 человек населения	2015 г.	–	97,6	89,9	98,4	81,7	105,3
		2018 г.	–	91,8	91,3	94,8	80,7	99,8
8.	Число врачебных амбулаторно-поликлинических организаций	2015 г.	–	229	514	222	–	132
		2018 г.	–	201	559	280	–	203
9.	Мощность амбулаторно-поликлинических организаций, посещений в смену, всего	2015 г.	–	71400	78024	63941	48800	25768
		2018 г.	–	71600	77932	72852	51100	28201
	В том числе на 10 000 человек населения	2015 г.	–	300,5	287,1	231,5	246,7	239,3
		2018 г.	–	309	291,4	260,8	262,6	261,7

Окончание табл. 6

1	2	3	4	5	6	7	8	
10.	Численность врачей всего, человек	2015 г.	847	10201	11661	14247	10003	5758
		2018 г.	–	9877	11892	15089	9886	6257
	В том числе на 10 000 человек населения	2015 г.	39,4	42,9	42,9	51,6	50,6	53,5
		2018 г.	–	42,6	44,5	54	50,8	58,1
11.	Численность среднего медицинского персонала всего, человек	2015 г.	2621	26784	30458	28851	23902	11375
		2018 г.	–	24241	28221	28088	22808	10806
	В том числе на 10 000 человек населения	2015 г.	121,8	112,7	113	104,4	120,8	105,6
		2018 г.	–	104,6	105,5	100,6	117,3	100,3
12.	Число предприятий и организаций, осуществляющих деятельность в области здравоохранения и социальных услуг	2018 г.	142	862	1220	1938	963	710

* По Республике Алтай данные по ряду показателей отсутствуют, численность врачей и среднего медицинского персонала указаны за 2016 г.

Таблица 7

Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 г.

№	Показатели	Республика Алтай	Алтайский край	Кемеровская область	Новосибирская область	Омская область	Томская область	Свердловская область	Санкт-Петербург
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Стоимость всего, тыс.руб., в том числе	555537,62	42413150,10	51209464,50	52817751,60	34626329,20	23672724,60	82681203,40	167417479,50
	Средства субъекта РФ	798173,73	7964623,80	11088321,70	11942748,30	6902729,30	5144674,90	20887193,30	59042008,00
	Средства ОМС	4755363,90	34448526,30	40121142,80	40875003,30	27723599,90	18528049,70	61794010,10	108375471,50
	Из них субвенция ФОМС	4752370,90	34448526,30	39708496,50	40832408,20	27723599,90	18521590,00	61794010,10	89883978,90
	МБТ субъекта РФ	0	0	400000,00	0	0	0	0	18425017,10
	Прочие	2993,00	0	12646,30	42595,10	0	6459,70	0	66475,50
2.	Структура финансирования, %	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	Средства субъекта РФ	14,37	18,79	21,65	22,61	19,93	21,73	25,26	35,27
	Субвенция ФОМС	85,57	81,31	77,54	77,31	80,07	78,24	74,74	53,69
	МБТ субъекта РФ	0	0	0,78	0	0	0	0	11,00
	Прочие	0,05	0	0,02	0,08	0	0,03	0	0,04
3.	В расчете на одного жителя в год, руб., в том числе	24720,70	17884,68	19568,90	18707,25	17558,70	22371,10	18838,20	30172,13
	Средства субъекта РФ	3621,10	3391,39	4164,30	4263,90	3593,30	4773,10	4849,70	11198,40
	Субвенция ФОМС	21086,32	14493,29	15246,10	14428,30	13965,40	17591,90	13988,50	15736,35
	МБТ субъекта РФ	0	0	153,60	0	0	0	0	3225,75
	Прочие	13,28	0	4,90	15,05	0	6,10	0	11,63
4.	Расходы на ТФОМС всего, тыс. руб.	50245,70	172774,60	312195,50	138083,80	133346,00	116646,30	531480,00	588578,30
	На одно застрахованное лицо, руб.	222,94	72,69	119,90	48,79	67,20	110,80	120,30	103,04

Окончание табл. 7

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Нормативы финансовых затрат на единицу объема, руб.								
	Скорая медицинская помощь, вызов								
	За счет бюджета субъекта РФ	2011,83	2879,57	2610,50	1519,45	2432,70	9532,20	9087,73	2434,07
	За счет средств ОМС	4075,19	2785,60	2938,60	2768,60	2683,60	3385,50	2721,20	4847,23
	Медицинская помощь в амбулаторных условиях, обращение								
	За счет бюджета субъекта РФ	1325,80	1325,80	1524,70	1460,51	1325,80	2540,00	1500,00	5177,89
	За счет средств ОМС	2373,36	1622,32	1717,40	1612,42	1562,90	1971,70	1571,40	2156,08
	Медицинская помощь в условиях дневных стационаров, случай лечения								
	За счет бюджета субъекта РФ	13541,20	13541,20	15572,40	14895,32	13541,20	31029,40	17340,00	15525,83
	За счет средств ОМС	34322,48	23461,20	24749,80	23318,02	22602,10	29101,40	22724,80	25915,72
	Специализированная помощь в стационарных условиях, случай госпитализации								
	За счет бюджета субъекта РФ	78432,10	78432,10	90196,90	85347,99	78432,10	105618,20	90120,00	190502,78
	За счет средств ОМС	58249,59	39816,61	42660,20	39676,90	38358,60	48444,60	38566,90	50597,67
	ЭКО, случай лечения								
	За счет средств ОМС	199201,25	136164,38	143643,30	126196,91	131178,40	165486,90	131890,70	150410,00
6.	Подушевые нормативы финансирования								
	За счет бюджета субъекта РФ на одного жителя	3621,10	3391,39	4164,30	4263,90	3593,30	4773,10	4849,70	11198,40
	За счет средств ОМС на одного застрахованного	21099,60	14565,98	15404,60	14443,35	13965,40	17702,70	13988,50	18973,73
7.	Количество медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы	55,00	221,00	259,00	180,00	137,00	132,00	234,00	446,00
	В том числе Государственных	34,00	166,00	155,00	127,00	115,00	76,00	173,00	293,00
	Частных	21,00	55,00	104,00	53,00	22,00	56,00	61,00	153,00

Таблица 8

**Соотношение нормативов финансовых затрат регионов со средними по РФ
на 2020 г., %**

№	Показатели	Республика Алтай	Алтайский край	Кемеровская область	Новосибирская область	Омская область	Томская область	Свердловская область	Санкт- Петербург
1.	Скорая медицинская помощь, вызов За счет средств ОМС 2428,6 руб.	1678	114,7	121	114	110,5	139,4	112	199,6
2.	Медицинская помощь в амбулаторных условиях, обращение За счет средств субъекта РФ 1325,8 руб.	100	100	115	110,2	100	191,6	113,1	390,5
	За счет средств ОМС 1414,4 руб.	1678	114,7	121,4	114	110,5	139,4	111,1	152,4
3.	Медицинская помощь в условиях дневных стационаров, случай лечения За счет средств субъекта РФ 13541,2 руб.	100	100	115	110	100	229,1	128,1	114,7
	За счет средств ОМС 20454,4 руб.	1678	114,7	121	114	110,5	142,3	111,1	126,7
4.	Специализированная помощь в стационарных условиях, случай госпитализации За счет средств субъекта РФ 78432,1 руб.	100	100	115	108,8	100	134,7	114,9	242,9
	За счет средств ОМС 34713,7 руб.	1678	114,7	122,9	114,3	110,5	139,6	111,1	145,8
5.	ЭКО, случай лечения За счет средств ОМС 118713,5 руб.	1678	114,7	121	106,3	110,5	139,4	111,1	126,7
6.	Подушевые нормативы финансирования За счет средств субъекта РФ 3593,3 руб.	100,8	94,4	115,9	118,7	100	132,8	135	311,6
	За счет средств ОМС 12699,2 руб.	166,1	114,7	121,3	113,7	110	139,4	110,2	149,4

Продолжение табл. 9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами взрослого населения, подлежащего профилактическим медицинским осмотрам, %	37,30	48,00	98,60	85,00	34,00	21,10	95,00	53,61
	В том числе Городских жителей	26,30	48,00	99,30	85,00	34,00	20,80	95,00	53,61
	Сельских жителей	73,70	48,00	93,20	85,00	34,00	21,80	95,00	
5.	Доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам, %	95,00	50,00	95,00	95,00	95,00	92,30	95,00	97,50
	В том числе Городских жителей	26,30	50,00	95,00	97,00	95,00	92,00	95,00	97,50
	Сельских жителей	73,60	50	95	93	95	92,8	95,00	
6.	Доля ФАП, находящихся в аварийном состоянии и требующих капитального ремонта, в общем количестве ФАП, %	8,30	22	7,6	0,77	27,2	24,6	14,70	
7.	Доля женщин, которым проведено ЭКО, в общем количестве женщин с бесплодием, %	65,20	16	20	15,6	21,3	90	48,40	35
8.	Удовлетворенность населения медицинской помощью, %	66,00	80	75	74,5	61	45	Не менее 81	70
	В том числе Городского населения	66,00	80	75	67,4	61	46	Не менее 81	70
	Сельского населения	64,00	80	75	74	61	44	Не менее 81	
9.	Смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. чел. населения)	546,00	467,8	618,9	501,2	480	464	527	355,4
10.	Младенческая смертность (на 1000 человек, родившихся живыми)	8,80	5,5	6,3	4,7	5,9	4,2	4,4	3,7
	В том числе В городской местности	7,90	5,5	6	5	5	4,1	4,3	3,7
	В сельской местности	8,90	5,5	8,2	6,2	8,7	4,9	8,8	
11.	Смертность детей в возрасте 0–4 лет (на 1000 родившихся живыми)	10,20	7,5	8,1	6	7,3	5,5	5,7	4,6

Продолжение табл. 9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.	Смертность населения (число умерших на 1000 человек населения)	10,40	13,1	13,6	12,7	12,4	10,5	13,1	11,6
	В том числе Городского населения	9,70	12,1	13,5	12,1	11,8	10,2	12,9	11,6
	Сельского населения	11,00	14,8	14,6	15	13,7	13,2	14,2	
13.	Доля пациентов со злокачественными новообразованиями, находящихся под диспансерным наблюдением с даты установления диагноза 5 лет и более	55,60	55,5	55	55,6	52	53,7	57,4	56,2
14.	Доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 12 ч от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных с данным заболеванием	50,00	68,9	55,5	65	44,9	59,5	Не менее 47	41
15.	Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве данных пациентов, имеющих показания к его проведению, %	73,50	49,9	22,5	50	34,4	36,4	Не менее 31	63
16.	Доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболитический, в общем количестве пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи, %	7,00	41,7	80,5	15	7,3	43	10	0,3
17.	Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве данных пациентов, имеющих показания к ее проведению, %	24,00	55	28,9	30	25,4	25,3	Не менее 25	0,9
18.	Доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 ч от начала заболевания, в общем количестве пациентов с данными болезнями, госпитализированных в сосудистые центры, %	55,00	70,1	36	42	32,2	30	35	30

Окончание табл. 9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19.	Доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с данным заболеванием, госпитализированных в сосудистые центры в первые 6 ч от начала заболевания, %	11,60	10,7	7,6	3	5	30,3	11,5	5
20.	Доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с данным заболеванием, госпитализированных в сосудистые центры, %	5,00	7,5	2,5	3	5	5,3	4,9	5
21.	Доля пациентов, получивших паллиативную медицинскую помощь, в общем количестве пациентов, нуждающихся в ней, %	70,00	85	85	73	33	100	100	43

Таблица 10

Новая коронавирусная инфекция в регионах РФ в 2020 г. и январе 2021 г.

Регион	Дата	Выявлено заболевших	Новые случаи	Активные	Умерло заболевших	Доля выявленных, %	Доля умерших, %
1	2	3	4	5	6	7	8
Российская Федерация	07.06.2020	467673	8984	235083	5859	0,32	1,25
	07.08.2020	877135	5241	178818	14725	0,6	1,68
	07.10.2020	1248619	11115	231479	21865	0,85	1,75
	21.12.2020	2877727	29350	531014	51351	1,96	1,78
	11.01.2021	3425269	23315	562321	62273	2,33	1,82
Москва	07.06.2020	195017	1956	89384	2919	1,54	1,5
	07.08.2020	246154	686	54032	4546	1,94	1,85
	07.10.2020	314788	3229	52984	5442	2,48	1,73
	21.12.2020	743697	7797	160687	10469	5,87	1,41
	11.01.2021	862214	4646	148399	12025	6,8	1,4
Санкт-Петербург	07.06.2020	18509	340	10373	377	0,34	2
	07.08.2020	32575	157	6513	2136	0,6	6,56
	07.10.2020	45632	456	12114	3137	0,85	6,88
	21.12.2020	204565	3752	78646	6917	3,8	3,38
	11.01.2021	279039	3004	102330	8420	5,17	3,02
Свердловская область	07.06.2020	7419	240	4139	41	0,2	0,55
	07.08.2020	21905	180	3276	315	0,51	1,44
	07.10.2020	30342	179	7212	627	0,7	2,07
	21.12.2020	54539	396	6350	1343	1,27	2,46
	11.01.2021	62900	384	5904	1700	1,46	2,7

Окончание табл. 10

1	2	3	4	5	6	7	8
Новосибирская область	07.06.2020	3546	105	2136	41	0,13	1,16
	07.08.2020	10031	92	1420	269	0,36	2,68
	07.10.2020	13703	82	933	476	0,49	3,47
	21.12.2020	26305	165	3412	888	0,94	3,38
	11.01.2021	29476	138	2498	1055	1,05	3,61
Алтайский край	07.06.2020	2319	64	1209	14	0,1	0,6
	07.08.2020	9809	95	1772	85	0,42	0,87
	07.10.2020	14577	129	1163	235	0,63	1,61
	21.12.2020	30765	217	1865	761	1,33	2,47
	11.01.2021	35160	198	1665	980	1,52	2,79
Омская область	07.06.2020	1718	42	1016	18	0,09	1,05
	07.08.2020	7531	107	2167	82	0,39	1,09
	07.10.2020	11719	109	1092	320	0,61	2,73
	21.12.2020	27658	242	1821	795	1,44	2,87
	11.01.2021	32889	245	2278	955	1,71	2,9
Томская область	07.06.2020	922	54	471	11	0,09	1,19
	07.08.2020	4525	54	1384	43	0,42	0,95
	07.10.2020	8213	110	1542	88	0,76	1,07
	21.12.2020	22544	184	4382	206	2,09	0,91
	11.01.2021	25992	127	3442	231	2,41	0,9
Кемеровская область	07.06.2020	721	36	398	7	0,03	0,97
	07.08.2020	4158	96	1183	18	0,16	0,43
	07.10.2020	11025	169	3015	123	0,41	1,11
	21.12.2020	24300	150	2739	447	0,91	1,84
	11.01.2021	27146	114	2325	490	1,02	1,81
Республика Алтай	07.06.2020	172	9	72	0	0,08	0
	07.08.2020	1672	11	336	7	0,76	0,42
	07.10.2020	4095	88	1072	12	1,86	0,29
	21.12.2020	13122	96	565	77	5,96	0,59
	11.01.2021	14353	64	926	108	6,52	0,75

Примечание. Численность населения на 01.01.2020, принятая для расчетов доли выявленных заболевших: Российская Федерация – 146748590, Москва – 12678079, Санкт-Петербург – 5398064, Свердловская область – 4310681, Новосибирская область – 2798170, Алтайский край – 2317153, Омская область – 1926665, Томская область – 1079271, Кемеровская область – 2657854, Республика Алтай – 220181. Таблица заполнена по данным сайта стопкоронавирус.рф.

Таблица 11

Типология Южно-Сибирских регионов

	Уровень развития			
	Средний		Низкий	
	высший	низший	высший	низший
Социально-экономическое развитие	Новосибирская, Кемеровская области	Омская, Томская области	Алтайский край	Республика Алтай
Развитие здравоохранения	Томская, Новосибирская области	Омская область, Алтайский край, Кемеровская область, Республика Алтай	–	–
Качество жизни населения	Томская, Новосибирская области	Кемеровская, Омская области	Алтайский край	Республика Алтай