

Вестник НГУЭУ. 2022. № 2. С. 145–177
Vestnik NSUEM. 2022. No. 2. P. 145–177

Научная статья

УДК 351

DOI: 10.34020/2073-6495-2022-2-145-177

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ» В ЮЖНО-СИБИРСКОМ МАКРОРЕГИОНЕ В 2005–2018 ГОДАХ

Молчанова Ольга Витальевна

Агентство инвестиционного развития Новосибирской области

molv@air-nso.ru

Аннотация. В статье подробно рассматриваются ключевые аспекты реализации национального проекта «Здоровье» на территории Южно-Сибирского макрорегиона (Новосибирская, Омская, Томская, Кемеровская области, Алтайский край, Республика Алтай); акцент сделан на сравнительный анализ состояния и динамики основных индикаторов здоровья, показателей развития систем здравоохранения субъектов макрорегиона во временном интервале 2005–2018 гг.; 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: здоровье, здравоохранение, Южно-Сибирский макрорегион, национальный проект

Для цитирования: Молчанова О.В. Национальный проект «Здоровье» в Южно-Сибирском макрорегионе в 2005 – 2018 годах // Вестник НГУЭУ. 2022. № 2. С. 145–177. DOI: 10.34020/2073-6495-2022-2-145-177.

Original article

“HEALTH” NATIONAL PROJECT IN THE SOUTH SIBERIAN MACROREGION IN 2005–2018

Molchanova Olga V.

Investment Development Agency of the Novosibirsk Region

molv@air-nso.ru

Abstract. The article considers in depth the key aspects of implementation of the “Health” national project in the territory of the South Siberian macroregion (Novosibirsk, Omsk, Tomsk, Kemerovo Regions, Altai Territory, Republic of Altai); the emphasis is laid on the comparative analysis of the state and dynamics of the main indicators of health, indicators of development of healthcare systems of the macroregion subjects in 2005 – 2018 time interval; open data of government statistics, information posted at the websites of authorities of the constituent entities of the Russian Federation, ratings of the territories and authorial assessments of the processes in progress were used as information base; conclusions were drawn and recommendations were made.

Ключевые слова: health, healthcare, South Siberian macroregion, national project

For citation: Molchanova O.V. “Health” national project in the South Siberian macro-region in 2005–2018. *Vestnik NSUEM*. 2022; (2): 145–177. (In Russ.). DOI: 10.34020/2073-6495-2022-2-145-177.

Реализующиеся в настоящее время в Российской Федерации национальные проекты, в том числе и национальный проект «Здравоохранение», основаны на опыте своих предшественников, о чем мы упоминали в статье [3]. Считаем необходимым и целесообразным обсудить с научным сообществом и общественностью материалы, характеризующие период 2005–2018 гг., для формирования более полной картины сложившихся тенденций и необходимых изменений. Разделим этот период на два этапа: 2005–2011, 2012–2018 гг., информация за 2019 г. приведена для оценки результатов периода в целом.

Запуск в 2005 г. приоритетного национального проекта «Здоровье» (далее ПНПЗ) был ожидаем как населением, так и работниками системы здравоохранения. Инициатива высшего уровня управления явилась реакцией на недовольство граждан низкой доступностью и неудовлетворительным качеством услуг здравоохранения, была обусловлена благоприятными экономическими процессами, позволившими предусмотреть существенное увеличение финансирования этой сферы за счет средств государства. Особую актуальность улучшения работы организаций здравоохранения представляют регионы Сибири в связи с тяжелыми природно-климатическими факторами, вредными условиями производства и низкой плотностью населения. Территориальные органы государственного управления понимали это. Так, активную позицию в реализации приоритетных национальных проектов заняли сотрудники аппарата полномочного представителя Президента РФ в Сибирском федеральном округе (далее – СФО). Уже в конце марта 2006 г. на заседании Совета Сибирского федерального округа (Иркутск, 29.03.06) С.М. Черданцев в своем выступлении давал оценку практики работы органов управления по нацпроектам [14]. Были подготовлены замечания и предложения в адрес федеральных министерств и органов управления субъектов. Например, отмечено, что соглашения о сотрудничестве между федеральными министерствами и субъектами Федерации носят в основном односторонний характер, без конкретных обязательств федеральных органов по срокам и объемам финансирования, поставке оборудования. В Сибири, особенно в сельской местности, удаленные, малонаселенные и труднодоступные поселения, что требует оснащения медицинских работников транспортом, автоматизированными рабочими местами, изменения норм обслуживания. Укомплектованность кадрами низкая, поэтому для проведения диспансеризации сельского населения необходимо привлекать специалистов областных лечебных учреждений, что влечет командировочные расходы. Для обеспечения дополнительных выплат медикаментам необходимо увеличить субсидии из федерального бюджета для ряда территорий.

В 2006 г. И.И. Золотарев выделил для большинства регионов Сибири основные причины экологического загрязнения и связанные с ними заболевания [1], в том числе для Алтайского края и Республики Алтай,

Кемеровской, Новосибирской и Томской областей. Для Кемеровской области заболеваемость населения обусловлена чрезмерным сосредоточением угольных, металлургических, теплоэнергетических и химических предприятий, для Алтайского края и Томской области – радиационным воздействием, для Новосибирской – загрязнением воздуха транспортом, электромагнитным излучением, для Республики Алтай – химическим воздействием на ряд территорий.

Коллектив авторов из института экономики и организации промышленного производства СО РАН [9] в 2010 г. отмечал, что в 2005 г. общий коэффициент смертности в СФО в 1,6 раза был выше, чем в 1990 г. Авторами были изучены основные причины смертности по регионам с 1990 по 2007 г. для населения в целом, населения в трудоспособном возрасте и детей. Предложены измерители рисков в формировании здоровья населения.

Коллектив авторов из НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН, Новокузнецк, в 2011 г. опубликовал результаты исследования ресурсного обеспечения и результативности работы учреждений здравоохранения СФО [10]. В качестве основных тенденций, как и в целом по РФ, выявлены: сокращение за счет укрупнения амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений, коечного фонда. Вместе с тем оборот одной койки увеличился за счет снижения длительности лечения одного больного; увеличились мощность и обеспеченность населения амбулаторно-поликлиническими учреждениями. Недостаточно эффективная работа первичного звена в целом по СФО привела к росту обращений за скорой медицинской помощью на 5,6 %, а в Новосибирской области – на 30 % в период с 2002 по 2007 г. Отрицательная динамика отмечается в укомплектованности врачебных должностей, например, за 2000–2008 гг. в Томской области занято физическими лицами – 69,8 %, Омской – 68,2, Республике Алтай – 67,9, Новосибирской области – 66,7, Кемеровской – 57 %. Авторы исследования обращали внимание на низкие темпы аттестации и сертификации медицинского персонала. В 2008 г. лучшие показатели по врачам были в Омской области: удельный вес аттестованных – 67,39 %, самый высокий по СФО, с высшей категорией – 27,8 %, с первой – 23,2, со второй – 16,38 %. В Республике Алтай было аттестовано 50,24 % врачей, с высшей категорией – 20,32 %, с первой – 24,01, второй – 5,91 %. Аналогично по среднему медицинскому персоналу наиболее низкие уровни были в Республике Алтай, всего 40,9 % аттестовано, на высшую, первую и вторую – 7,6, 25,1, и 8,2 % соответственно.

Коллектив авторов из Новосибирска (6) проанализировал итоги реализации ПНПЗ в СФО в 2011 г., указаны основные мероприятия в разрезе регионов. Наиболее значимые из них: создание региональных сосудистых центров в Алтайском крае, Кемеровской, Новосибирской и Томской областях, организованы первичные онкологические кабинеты в поликлиниках в Алтайском крае и Новосибирской области, осуществлялось строительство региональных онкологических центров и диспансеров в Алтайском крае и Омской области. Введен в эксплуатацию перинатальный центр и открыт обучающий симуляционный центр для акушеров и неонатологов в Томске. В целом по СФО потребность в высокотехнологичной медицинской помо-

щи была удовлетворена на 80 %, но в Республике Алтай только на 76,1 %, в Томской области – 60,4 %. В качестве нерешенных проблем отмечен рост смертности от онкологических заболеваний, сложная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу и ВИЧ-инфекции, дефицит врачей, в том числе «узких» специалистов, особенно в сельской местности. В рамках ПНПЗ было предусмотрено строительство в России 14 федеральных центров высоких медицинских технологий в регионах, из них в регионах южной Сибири: федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования в Барнауле и федеральный центр нейрохирургии в Новосибирске.

Рассмотрим динамику показателей, которые использованы как маркёры достижения целей, для каждого этапа: 2005–2011, 2012–2018 гг. в разрезе регионов южной Сибири. Показатели: младенческая смертность, смертность от туберкулеза, болезней системы кровообращения (далее БСК), новообразований и ДТП. Эти показатели используются также для межстранных сравнений для характеристики уровня и качества жизни населения.

По показателю младенческой смертности в течение первого этапа (2005–2011 гг.) наблюдалась наиболее быстрая динамика снижения (табл. 1*). Параметры 1990 г. были значительно хуже как в целом по РФ, так и по всем регионам даже в первый год объявления ПНПЗ. В 2005 г. только в двух из шести регионов южной Сибири показатель был лучше, чем в среднем по России: в Новосибирской и Омской областях. В 2011 г. он был равен среднероссийскому в Кемеровской области, а в Омской, Томской и Новосибирской был ниже него. Омская область и Республика Алтай добились максимального темпа снижения, хотя по абсолютному значению в Республике Алтай уровень младенческой смертности оставался высоким. Такая динамика была обусловлена тем, что в Кемеровской, Омской, Томской областях и Республике Алтай были созданы современные перинатальные центры.

Смертность от туберкулеза в пяти из шести Южно-Сибирских регионах значительно выше среднероссийского уровня, хотя и произошло снижение этого показателя во всех субъектах и по РФ в целом (табл. 3). Максимального снижения добилась Томская область – на 64 %, минимального – Кемеровская (на 25 %). При этом в Томской области этот показатель и в 2005, и в 2011 гг. был ниже среднероссийского значения, а в Кемеровской превышал более, чем в два раза!

Болезни системы кровообращения являлись основной причиной смерти россиян в 2005 г.; в Республике Алтай и Томской области (табл. 5) уровень смертности от БСК был ниже среднероссийского более чем на 25 %, в Омской и Новосибирской областях – ниже в пределах 8–9 %, в Алтайском крае на среднероссийском уровне, а в Кемеровской области – выше на 7 %. Уровень смертности от БСК к 2011 г. снизился во всех регионах, но разными темпами. В Кемеровской области снижение составило почти 25 %, в Республике Алтай – 16, а в Омской области – всего 7 %. В результате уровень Омской области оказался выше среднероссийского показателя, а Республики Алтай по-прежнему на четверть ниже. Снижению смертности способ-

* Далее см. все таблицы в Приложении.

ствовало расширение использования высокотехнологичных методов лечения, в том числе стентирование сосудов и аортокоронарное шунтирование.

Смертность от новообразований – вторая по значимости как в Российской Федерации, так и в регионах южной Сибири. Вместе с тем в Республике Алтай этот показатель (табл. 7), несмотря на колебания, оставался ниже среднероссийского уровня; в 2011 г. – на 20,6 %. Показатель смертности от новообразований имел тенденцию к росту в целом по стране и в 4 из 6 рассматриваемых регионов. Снижение было отмечено только в Республике Алтай и Омской области. Высокими темпами росла смертность от новообразований в Томской области и Алтайском крае, в котором среднероссийский уровень в 2011 г. превышен на 11,5 %.

Смертность от ДТП в 2005–2011 гг. снижалась в целом по РФ и в 5 из 6 регионов, кроме Томской области, где были отмечены ростом 2008 и 2011 гг. (табл. 9). Наибольшее снижение зафиксировано в Республике Алтай, вместе с тем это единственный регион с ежегодным значительным превышением среднероссийского уровня смертности от ДТП. Обращает внимание проблема расхождения данных о смертности и рассчитываемых коэффициентов смертности по отчетности органов МВД и органов здравоохранения. О.А. Махова [2] в своем исследовании приводила информацию об исполнении ФЦП «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах», в том числе характеризующую структуру ДТП и достижение цели по снижению смертности от ДТП в полтора раза. Из-за неудовлетворительного состояния улиц и дорог в 2005 г. произошло 26,17 % ДТП, из-за нарушения ПДД пешеходами – 24,37 %, из-за нарушения ПДД водителями в состоянии алкогольного опьянения – 9,61 %.

Общую динамику показателей Южно-Сибирских регионов за рассмотренный период в сравнении с среднероссийскими показателями отразим в табл. 11. Более низкие показатели смертности с динамикой снижения у регионов отмечены по смертности от БСК (в Республике Алтай и Томской области эти показатели значительно ниже среднероссийских), ДТП (кроме Республики Алтай). Смертность от новообразований во всех Южно-Сибирских регионах, кроме Республики Алтай, выше среднероссийского уровня и имеет тенденцию к росту в трех из шести регионов. Максимально снизилась младенческая смертность во всех регионах, но на конец периода только в трех она ниже уровня страны в целом. Весьма негативная ситуация отмечается по смертности от туберкулеза: в четырех из шести регионов она значительно превышает среднероссийский уровень, хотя и имеет тенденцию к снижению.

Для оценки динамики за период 2005–2011 гг. присвоим регионам баллы: наилучшее значение в сравнении со среднероссийским показателем получает 1, наихудшее – 6, в случае равенства присваиваются одинаковые баллы. Суммарные баллы проставлены в графе динамики. Общие баллы по каждому региону по рассмотренным пяти показателям смертности составили: Республика Алтай – 112, Алтайский край – 152, Кемеровская область – 166, Новосибирская область – 127, Омская область – 79, Томская область – 85. Таким образом, показатели смертности в Омской области наиболее приближены к уровню РФ или ниже, а в Кемеровской области имели

наибольшее суммарное превышение. Если сравнить общие коэффициенты смертности (табл. 12), то наилучшие показатели (ниже среднероссийского уровня около 10 %) имели Республика Алтай и Томская область, наихудшие – Кемеровская область (114,8 %) и Алтайский край (108,1 %). В целом ситуация улучшилась во всех регионах.

Формы статистической отчетности о реализации ПНПЗ сохранились в полном объеме только на сайте Департамента здравоохранения Томской области и на сайте министерства здравоохранения Омской области форма за 2010 г. Выборочные данные представлены в табл. 13. Сравнение форм по годам позволяет проследить изменение перечня показателей как следствие изменения направлений работы по развитию здравоохранения, достижения результатов. Например, задача сокращения сроков ожидания диагностических исследований в поликлиниках решалась за счет поставки оборудования, подготовки и переподготовки специалистов. Поэтому показатель «ожидания» присутствовал в формах отчетности регионов: 10 дней в Томской области в 2006 г., 4 – в 2010, а в Омской области в 2010 г. он составлял 2,4 дня. В последующие годы он был исключен. Для сокращения сроков ожидания в 2006 и 2007 гг. в Томскую область было поставлено 197 и 149 единиц оборудования. В эти же годы регионы получали новые автомобили скорой медицинской помощи: Томская область получила 58 и 46 машин в этот период. Значительные средства направлялись на повышение заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Решение задач по повышению доступности и качества медицинской помощи отслеживалось за счет установления заданий по снижению смертности и заболеваемости по основным классам болезней, проведению обследований целевых групп, диспансеризации, вакцинации, лечения, организации подготовки медицинских кадров. Фактически за 2006–2011 гг. в Томской области на финансирование ПНПЗ было направлено 5,3 млрд руб., в том числе средства бюджета области составили 28,5 %. Первые два года финансирование из федерального бюджета составляло около 90 %.

С 2009 г. Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Сибирский окружной медицинский центр федерального медико-биологического агентства» (ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России) ежегодно до настоящего времени издает сборник статистических и аналитических материалов «Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа» (под общей редакцией О.В. Стрельченко). Широкий спектр показателей представляется органами государственной власти субъектов Федерации и используются данные государственной статистики. Ряд показателей рассматривается с 2005 г., перечень показателей частично изменялся. На основе этого обширного материала были подготовлены табл. 14–18, позволяющие дополнить наше исследование.

В табл. 14 приведены показатели, характеризующие объемы финансирования ПНПЗ в 2010 и 2011 гг. во всех шести субъектах Южно-Сибирского макрорегиона. Финансирование определялось в зависимости от численности работающих в учреждениях здравоохранения (в том числе повышение заработной платы), выполняемых работ по обновлению и развитию материально-технической базы. Так, в указанный период были организованы

региональные и первичные сосудистые центры в Алтайском крае, Кемеровской, Новосибирской и Томской областях. Велось строительство онкологических центров и диспансеров в Алтайском крае и Омской области, федеральных центров в Барнауле и Новосибирске, перинатального центра в Томске, упоминавшихся ранее. Максимальный фактический объем средств федерального бюджета на ПНПЗ в 2010 г. был получен Алтайским краем, в 2011 г. – Новосибирской областью. Максимальное фактическое финансирование из средств бюджета субъекта в эти два года было в Омской области; суммарно из двух бюджетов в 2010 г. в Омской и в 2011 г. – в Новосибирской областях. В Омской области в эти годы отмечен минимальный удельный вес средств федерального бюджета.

Общая заболеваемость по регионам, как и в целом по РФ, в этот период увеличилась, что может быть обусловлено, по мнению ряда специалистов, увеличением доступности медицинской помощи. Вместе с тем в трех регионах (Кемеровская, Новосибирская и Томская области) она ниже среднероссийского уровня, а в Алтайском крае превышает его более чем в полтора раза (табл. 15). Рассмотрим показатели доступности услуг здравоохранения и характеризующие результаты деятельности учреждений (табл. 16, 17). Обеспеченность врачами в Республике Алтай, Алтайском крае и Кемеровской области в 2005, 2010 и 2011 гг. ниже среднероссийских показателей, хотя и демонстрировала тенденцию к росту. В Новосибирской, Омской и Томской областях она выше среднего уровня, но в Новосибирской области она снизилась, а в Омской и Томской возросла. Обеспеченность койками снизилась как в целом по РФ, так и во всех рассматриваемых регионах, но в большинстве превышала средний уровень. Максимальное снижение произошло в Республике Алтай (почти на 25 %), минимальное – в Томской области (менее 9 %). Самая высокая обеспеченность койками в 2005 г. наблюдалась в Новосибирской области (119 % от средней по РФ), но уровень госпитализации был ниже среднего, а в Республике Алтай, наоборот, на 39 % выше. В 2011 г. уровень госпитализации в Республике Алтай и Кемеровской области снизился, а в остальных регионах вырос, оставаясь максимальным в Республике Алтай.

Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (далее АПУ), несмотря на снижение, постоянно превышала среднероссийский уровень в Республике Алтай и Алтайском крае; была ниже этого уровня, хотя и увеличилась, в Кемеровской и Омской областях; изменялась значительно в Новосибирской области (снижение); в Томской области сначала превышала, затем снизилась до этого показателя. Число посещений АПУ на одного жителя в 2010–2011 гг. увеличилось в Республике Алтай почти на 7 % и более чем на 25 % в Томской области (при сокращении мощности на 2,6 %). Это возможно за счет улучшения организации работы учреждений и их оснащения необходимым оборудованием. При оптимизации сети учреждений учитывался и фактор состояния зданий. Так, в 2010 г. в Республике Алтай были аварийными 2,9 % общего количества зданий, в Алтайском крае – 0,4, Кемеровской области – 6,1, Новосибирской области – 2,5, Томской – 2,2 %. Удельный вес зданий, требующих капитального ремонта, в Новосибирской области составлял 54,9 % (максимум) и 13,2 % в Омской

области (минимум). О недостатках в организации работы первичного звена здравоохранения можно судить по количеству выездов службы скорой медицинской помощи: разница между максимальным и минимальным значением составляла в 2006 г. 34 % (Новосибирская область и Алтайский край) и увеличилась до 45 % в 2011 г. (Новосибирская и Омская области).

Финансирование здравоохранения на душу населения (табл. 18) в период 2007–2011 гг. было максимальным в Республике Алтай и минимальным – в Алтайском крае. Хотя разрыв между регионами уменьшился с 72 до 23 %, он оставался значительным. Обобщая вышеизложенное, отмечаем, что система здравоохранения всех Южно-Сибирских регионов нуждалась в реформировании и дополнительном финансировании. Ни один регион не был в состоянии самостоятельно решить задачи по улучшению ситуации; снижение общих коэффициентов смертности и смертности по ряду заболеваний свидетельствует о правильности выбранных направлений и необходимости продолжить работу.

«Майские» указы Президента 2012 г. сохранили здравоохранение в качестве национального приоритета, а также основные цели и задачи в его составе, используемые показатели оценки достижения целей. Указ № 597 [11] предусматривал повышение к 2018 г. заработной платы врачей до 200 % от средней заработной платы в соответствующем регионе, среднего и младшего медицинского персонала до 100 %. По данным Росстата по состоянию на конец 2018 г. достигли целевых значений по росту зарплаты всех категорий работников бюджетной сферы только 16 субъектов РФ, в том числе Алтайский край и Новосибирская область. По данным, расположенным на сайте Правительства Новосибирской области, номинальная среднемесячная заработная плата врачей за январь–декабрь 2018 г. составила 69 073 руб., или 220 % к среднемесячному доходу от трудовой деятельности; среднего медицинского персонала – 33 921 руб. (107,5 %), младшего медицинского персонала – 32 135 руб. (101,8 %).

В соответствии с Указом № 598 (9) была разработана и утверждена государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [12]. Программа включала 11 подпрограмм, 17 целевых индикаторов и показателей, была разбита на два этапа: 2013–2015 гг.; 2016–2020 гг. В табл. 19 выборочно приведены целевые индикаторы, установленные в указе Президента и государственной программе (в редакции разных лет) [5, 6]. В государственной программе были установлены целевые индикаторы на 2020 г., в последней редакции программы приведены также данные на 2018 г. Ряд показателей исключен, так как ситуация нормализована. Хорошая динамика отмечается по снижению младенческой смертности и смертности от БСК. Это является результатом целенаправленной работы. Так, Правительством России была разработана и утверждена программа развития перинатальных центров на 2013–2017 гг. [8]. В данной программе отмечалось, что в рамках ПНПЗ введены в эксплуатацию в 2010–2012 гг. 23 перинатальных центра (в том числе в Кемеровской и Томской областях), предусмотрено строительство 32 перинатальных центров (в том числе в Алтайском крае). Указано, что с 2012 г. перешли на критерий регистрации рождений, рекомендованный Всемирной организацией здравоохранения,

поэтому показатели смертности повысились. Приведены показатели младенческой смертности в странах Западной Европы в 2010 г.: Германия – 3,5 случая на 1000 детей, родившихся живыми, Франция – 4,1, Великобритания – 5,0, Бельгия – 3,5 и Австрия – 3,9.

В табл. 2, 4, 6, 8, 10 и 20 приведены данные за период 2012–2018 гг. Общая динамика по всем показателям смертности и по Российской Федерации в целом, и по регионам южной Сибири имеет тенденцию к снижению, но темпы значительно отличаются. Кратко охарактеризуем каждый показатель. Младенческая смертность (табл. 2) в 2018 г.: только в Новосибирской и Томской областях показатель на уровне РФ, в остальных регионах этот уровень превышен. В Республике Алтай показатель выше среднероссийского на 63 %, а в 2011 г. было 49 %. Смертность от туберкулеза (табл. 4) по-прежнему ниже среднероссийского уровня только в Томской области (в два раза). Темпы снижения в 2012–2018 гг. выше, чем в 2005–2011 гг.; в Кемеровской и Омской областях снижение более чем на 50 %. Показатель по Алтайскому краю превышает российский уровень в 2,8 раза. Смертность от БСК (табл. 6): среднероссийский уровень превышен только в Новосибирской области; в Омской области был самый высокий уровень в 2012 г. (108,5 % от среднероссийского значения) и снижение произошло почти на треть. Смертность от новообразований (табл. 8): показатель по России остался на уровне 2012 г., наблюдались периоды роста в 2015–2016 гг.; в Южно-Сибирских регионах показатель вырос в 3 и в 3 снизился; ниже среднероссийского уровня этот показатель в Республике Алтай почти на 25 %, хотя и вырос за рассматриваемый период, и Омской области. Максимальный темп роста отмечен в Новосибирской области – 114,2 %, максимальное абсолютное значение – в Кемеровской области – 244 смерти на 100 000 населения (120,2 % от среднероссийского показателя). Смертность от ДТП (табл. 10): в Алтайском крае, Кемеровской, Новосибирской и Томской областях показатели ниже среднероссийского уровня (в Томской области более чем в два раза!). В Республике Алтай снижение произошло более чем в три раза, в Омской области на 35,5 %, но выше среднего значения по РФ. Общие коэффициенты смертности (табл. 20): ниже среднего уровня в Республике Алтай (на 20 %) и Томской Области (на 10 %), максимально превышают в Алтайском крае и Кемеровской области (на 14,5 %). На наш взгляд, на это влияет в том числе и половозрастная структура населения с высоким удельным весом лиц моложе трудоспособного возраста в Республике Алтай и, наоборот, старше трудоспособного возраста в Алтайском крае и Кемеровской области. Это отражает и высокий средний возраст населения в двух последних регионах. Подробно мы это рассматривали в своей предыдущей статье, посвященной вопросам качества жизни и развития здравоохранения [4].

На основании данных, представленных в статистическом сборнике «Регионы России. Социально-экономические показатели. 2020», составлены табл. 21 и 22, характеризующие финансирование здравоохранения в рассматриваемых регионах за счет средств бюджетов и территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее ТФОМС). Максимальный удельный вес расходов на здравоохранение в общих расходах

бюджета субъекта, превышающий средний по стране, отмечен в Алтайском крае в 2012–2016 гг., Республике Алтай в 2018 г. Минимальные значения – в Республике Алтай в 2012, 2014–2016 и Новосибирской области в 2013, 2017 и 2018 гг. С 2017 г. изменилась бюджетная классификация, поэтому отмечено общее уменьшение суммы расходов и их удельного веса. Расходы на обязательное медицинское страхование неработающего населения перенесены в раздел «Социальная политика». Общие расходы ТФОМС за этот период максимально увеличились в Республике Алтай – 225,9 %, а в целом по РФ – 198 %, по Омской области – только на 61,1 %. Более сопоставимы показатели на душу населения (табл. 23, 24). В 2012, 2014 и 2017 гг. во всех шести регионах финансирование было ниже среднероссийского уровня; выше этого показателя было только в высокодотационном регионе – Республика Алтай в 2013, 2015, 2016 и 2018 гг. Минимальный уровень финансирования отмечен в течение пяти лет в Омской области и по одному году в Алтайском крае и Новосибирской области. Аналогичная картина и по финансированию расходов ТФОМС, только регионов с уровнем выше среднего по стране два: Республика Алтай и Томская область, хотя в последнем регионе уровень превышения существенно ниже. Минимальные показатели в основном наблюдаются в Омской области.

Сравним финансовые показатели государственных программ развития здравоохранения двух регионов: Новосибирской и Томской областей (табл. 25, 26). Для сопоставимости данных возьмем период до 2020 г., на который были первоначально составлены программы. Первую редакцию государственной программы в Новосибирской области на сайте органа власти найти не удалось, поэтому сравниваем имеющиеся материалы. В Новосибирской области основным источником финансирования расходов по государственной программе является областной бюджет (около 62 % в редакции 2016 г.), причем в отдельные годы средства ТФОМС вообще не участвовали в финансировании мероприятий программы или были менее 1 %. В Томской области изначально преобладали средства ТФОМС (минимальный удельный вес по годам – 56,2 %, максимальный – 62,9 %). Обе программы предусматривают увеличение средств федерального бюджета, но удельный вес их невелик. В государственной программе Томской области приводится расшифровка численности работников учреждений здравоохранения по уровням, объясняющая превышение численности врачей в расчете на 10 000 населения по сравнению со средним уровнем по РФ, за счет наличия ряда крупных федеральных учреждений, занимающихся в том числе и научно-исследовательской работой. Обе государственные программы содержат пояснения необходимости укрупнения учреждений, разделения их по уровням оказания медицинской помощи, повышения их оснащенности современным оборудованием и системами связи и коммуникаций, внедрением электронных медицинских карт пациентов и баз данных.

Так же, как и в табл. 11, регионам присвоены баллы. Суммарные баллы по пяти показателям смертности за период 2012–2018 гг. составили: Республика Алтай – 107, Алтайский край – 157, Кемеровская область – 149, Новосибирская и Омская области – 119, Томская область – 59. Таким об-

разом, из регионов южной Сибири наименьшие показатели смертности в динамике в сравнении со среднероссийским уровнем продемонстрировала Томская область, наихудшие – Алтайский край (см. табл. 27). В Алтайском крае хорошая динамика по снижению смертности от БСК и ДТП, но очень значительное превышение по смертности от туберкулеза, младенческой смертности и новообразований. Необходимо отметить ухудшение ситуации в Омской области по младенческой смертности и ДТП, Новосибирской – по смертности от БСК, Кемеровской – от новообразований и Республике Алтай – по младенческой смертности и смертности от ДТП. Наиболее низкие общие коэффициенты смертности (см. табл. 20) в этот период, как и в предыдущий, имели Республика Алтай и Томская область; наибольшие – Алтайский край и Кемеровская область. Во всех регионах эти коэффициенты снизились.

Обобщая представленную информацию за 2012–2018 гг., можно сделать вывод, что усилия органов государственного управления привели к достижению промежуточных целей по улучшению здоровья и снижению смертности населения от основных видов болезней, хотя в регионах южной Сибири показатели смертности часто превышают среднероссийский уровень. Сохраняются существенные проблемы в системах здравоохранения регионов, связанные в том числе и с недостаточным финансированием как текущих расходов, так и капитальных вложений. Например, Новосибирская область имеет низкую обеспеченность амбулаторно-поликлиническими учреждениями и поэтому перегружены система оказания скорой медицинской помощи и стационары, недостаточно ведется работа по профилактике и раннему выявлению сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. За данный период не произошло выравнивание показателей, характеризующих доступность и качество услуг системы здравоохранения в регионах.

Проведенный нами анализ развития организаций здравоохранения и оказания услуг жителям Южно-Сибирского макрорегиона, содержащийся в данной и двух предыдущих статьях, позволяет сделать ряд предложений органам государственного управления федерального и регионального уровня. В настоящее время здравоохранение является самой актуальной для населения страны сферой деятельности и от открытости информации о состоянии дел и доступности услуг здравоохранения непосредственно зависит качество жизни граждан и их доверие власти. В рамках национального проекта «Здравоохранение» предусмотрено проведение анализа обеспеченности населения регионов врачами (по специальностям), мощностями амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений, их оснащенности оборудованием, развития информационных медицинских технологий, включая базы данных. Необходимо довести эту информацию и предложения по выравниванию уровня доступности и качества медицинских услуг до населения. Граждане должны знать текущий уровень развития региона в сфере здравоохранения, когда и какие объекты по видам деятельности будут построены и за счет каких средств. Для ускорения решения вопроса создания новых мощностей в регионах могут выпускаться социальные инфраструктурные облигации с длительным периодом обращения и ставкой купона в привязке к ставке рефинансирования ЦБ РФ.

Необходимо совершенствовать методологию и методики финансирования здравоохранения за счет федерального бюджета и средств обязательного медицинского страхования, в том числе систему оплаты труда работников здравоохранения.

Список источников

1. *Золотарев И.И.* Влияние загрязнения окружающей среды на здоровье населения Сибири // ГЕО-Сибирь-2006. VI Междунар. науч. конгр.: сб. материалов в 6 т. (Новосибирск, 24–28 апреля 2006). Новосибирск, СГГА, 2006.
2. *Махова О.А.* Смертность населения России в ДТП: статистика, проблемы и пути решения // Всероссийская научно-практическая конференция «Статистика и вызовы современности». Сборник материалов конференции «День работника статистики» / Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации, Московский государственный университет экономики, статистики и информатики (МЭСИ). М., 2015. С. 312–318.
3. *Молчанова О.В.* Национальный проект «Здоровье» в Южно-Сибирском макрорегионе // Развитие территорий. 2021. № 4. С. 55–72.
4. *Молчанова О.В.* Здравоохранение и качество жизни в Южно-Сибирском макрорегионе: сравнительный анализ // Вестник НГУЭУ. 2021. № 1. С. 191–220.
5. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
6. Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
7. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
8. Распоряжение Правительства РФ от 09.12.2013 № 2302-р «Об утверждении Программы развития перинатальных центров в Российской Федерации».
9. *Соболева С.В., Смирнова Н.Е., Чудаева О.В.* Здоровье населения Сибири: риски и их измерители // Регион: экономика и социология. 2010. № 2. С. 223–241.
10. *Трибунский С.И., Колядо В.Б., Карташев В.Н., Колядо Е.В.* Ресурсное обеспечение и результативность работы учреждений здравоохранения Сибирского федерального округа // Сибирский медицинский журнал. 2011. Т. 26, № 2. Вып. 1. С. 159–162.
11. Указ от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».
12. Указ от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».
13. *Чернышев В.М., Стрельченко О.В., Зайцева А.В., Корнишьева Л.П.* Некоторые итоги реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в Сибирском федеральном округе в 2011 году // Медицинские и фармацевтические науки. 2012. № 3.
14. *Черданцев С.М.* О реализации национальных проектов в субъектах Федерации Сибирского федерального округа // Выступление помощника полномочного представителя Президента Российской Федерации в Сибирском федеральном округе С.М. Черданцева на заседании Совета Сибирского федерального округа (г. Иркутск, 29 марта 2006 г.). URL: <http://sfo.gov.ru/press/novosti/2566/>

References

1. Zolotarev I.I. Vliyanie zagrizneniya okruzhajushhej sredy na zdorov'e naselenija Sibiri [The impact of environmental pollution on the health of the population of Siberia], GE0-Sibir'-2006. VI Mezhdunar. nauch. kongr.: sb. materialov v 6 t. (Novosibirsk, 24–28 aprilja 2006). Novosibirsk, SGGA, 2006.

2. Mahova O.A. Smertnost' naselenija Rossii v DTP: statistika, problemy i puti reshenija [Mortality of the population of Russia in road accidents: statistics, problems and solutions]. Vserossijskaja nauchno-prakticheskaja konferencija «Statistika i vyzovy sovremennosti». Sbornik materialov konferencii «Den' rabotnika statistiki». Federal'naja sluzhba gosudarstvennoj statistiki Rossijskoj Federacii, Moskovskij gosudarstvennyj universitet jekonomiki, statistiki i informatiki (MJeSI). Moscow, 2015. P. 312–318.
3. Molchanova O.V. Nacional'nyj proekt Zdorov'e» v Juzhno-Sibirskom makroregione [National Health Project" in the South Siberian macroregion], *Razvitie territorij [Territory Development]*, 2021, no. 4, pp. 55–72.
4. Molchanova O.V. Zdravoohranenie i kachestvo zhizni v Juzhno-Sibirskom makroregione: sravnitel'nyj analiz [Molchanova O.V. Health care and quality of life in the South Siberian macroregion: a comparative analysis], *Vestnik NGUJeU [Vestnik NSUEM]*, 2021, no. 1, pp. 191–220.
5. Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 15.04.2014 № 294 «Ob utverzhdenii gosudarstvennoj programmy Rossijskoj Federacii «Razvitie zdravooohranenija» [Decree of the Government of the Russian Federation of April 15, 2014 No. 294 "On Approval of the State Program of the Russian Federation "Health Development"]].
6. Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 26.12.2017 № 1640 «Ob utverzhdenii gosudarstvennoj programmy Rossijskoj Federacii «Razvitie zdravooohranenija» [Decree of the Government of the Russian Federation of December 26, 2017 No. 1640 "On Approval of the State Program of the Russian Federation "Health Development"]].
7. Rasporjazhenie Pravitel'stva RF ot 24.12.2012 № 2511-r «Ob utverzhdenii gosudarstvennoj programmy Rossijskoj Federacii «Razvitie zdravooohranenija» [Decree of the Government of the Russian Federation of December 24, 2012 No. 2511-r "On Approval of the State Program of the Russian Federation "Health Development"]].
8. Rasporjazhenie Pravitel'stva RF ot 09.12.2013 № 2302-r «Ob utverzhdenii Programmy razvitiya perinatal'nyh centrov v Rossijskoj Federacii» [Decree of the Government of the Russian Federation of 09.12.2013 No. 2302-r "On Approval of the Program for the Development of Perinatal Centers in the Russian Federation"]].
9. Soboleva S.V., Smirnova N.E., Chudaeva O.V. Zdorov'e naselenija Sibiri: riski i ih izmeriteli [Health of the Siberian Population: Risks and Their Measures], *Region: jekonomika i sociologija [Region: Economics and Sociology]*, 2010, no. 2, pp. 223–241.
10. Tribunskij S.I., Koljado V.B., Kartashev V.N., Koljado E.V. Resursnoe obespechenie i rezul'tativnost' raboty uchrezhdenij zdravooohranenija Sibirskogo federal'nogo okruga [Resource provision and performance of healthcare institutions in the Siberian Federal District], *Sibirskij medicinskij zhurnal [Siberian Medical Journal]*, 2011, vol. 26, no. 2, Iss. 1, pp. 159–162.
11. Ukaz ot 7 maja 2012 goda № 597 «O meroprijatijah po realizacii gosudarstvennoj social'noj politiki» [Decree of May 7, 2012 No. 597 "On measures for the implementation of state social policy"]].
12. Ukaz ot 7 maja 2012 goda № 598 «O sovershenstvovanii gosudarstvennoj politiki v sfere zdravooohranenija» [Decree of May 7, 2012 No. 598 "On improving the state policy in the field of healthcare"]].
13. Chernyshev V.M., Strel'chenko O.V., Zajceva A.V., Kornijasheva L.P. Nekotorye itogi realizacii prioritetnogo nacional'nogo proekta «Zdorov'e» v Sibirskom federal'nom okruge v 2011 godu [Some results of the implementation of the priority national project "Health" in the Siberian Federal District in 2011], *Medicinskie i farmacevticheskie nauki [Medical and pharmaceutical sciences]*, 2012, no. 3.
14. Cherdancev S.M. O realizacii nacional'nyh proektov v sub#ektah Federacii Sibirskogo federal'nogo okruga [On the implementation of national projects in the subjects of the Federation of the Siberian Federal District], Vystuplenie pomoshhnika polnomochnogo predstavitelja Prezidenta Rossijskoj Federacii v Sibirskom federal'nom okruge S.M. Cherdanceva na zasedanii Soveta Sibirskogo federal'nogo okruga (g. Irkutsk, 29 marta 2006 g.). Available at: <http://sfo.gov.ru/press/novosti/2566/>

Сведения об авторе:

О.В. Молчанова – кандидат экономических наук, доцент, Агентство инвестиционного развития Новосибирской области, Новосибирск, Российская Федерация.

Information about the author:

O.V. Molchanova – Candidate of Economic Sciences, Associate Professor, Investment Development Agency of the Novosibirsk Region, Novosibirsk, Russian Federation.

Статья поступила в редакцию	01.02.2022	The article was submitted	01.02.2022
Одобрена после рецензирования	08.04.2022	Approved after reviewing	08.04.2022
Принята к публикации	11.05.2022	Accepted for publication	11.05.2022

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица 1

Динамика младенческой смертности в регионах (на 1000 родившихся живыми)
Dynamics of infant mortality in regions (per 1000 live births)

Регион	1990 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2011 к 2005 г., %
РФ	17,4	11,0	10,2	9,4	8,5	8,1	7,5	7,4	42,5
Республика Алтай	31,4	14,3	15,3	14,1	11,4	9,5	9,5	11,0	35,0
Алтайский край	15,0	11,5	11,2	10,2	9,1	9,0	9,4	7,7	51,3
Кемеровская область	19,7	11,7	10,3	9,4	8,7	8,4	8,3	7,4	37,6
Новосибирская область	18,9	10,8	9,6	8,6	7,8	8,5	7,4	7,2	38,1
Омская область	17,3	9,9	8,8	9,1	7,8	7,0	6,5	5,9	34,1
Томская область	18,3	13,2	13,8	11,1	10,9	10,4	6,5	7,1	38,8

Таблица 2

Динамика младенческой смертности в регионах (на 1000 родившихся живыми)
Dynamics of infant mortality in regions (per 1000 live births)

Регион	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2018 к 2012 г., %	2019 г.
РФ	8,6	8,2	7,4	6,5	6,0	5,6	5,1	59,3	4,9
Республика Алтай	13,0	12,5	9,5	10,0	10,2	9,9	8,3	63,8	10,9
Алтайский край	10,1	9,0	8,7	7,3	7,3	7,1	7,4	73,3	5,3
Кемеровская область	8,8	7,3	7,2	6,7	7,3	6,9	5,2	59,1	6,2
Новосибирская область	8,4	6,9	6,8	6,0	6,2	4,9	5,1	60,7	4,9
Омская область	8,0	7,3	7,4	6,6	6,2	6,9	6,7	83,8	6,9
Томская область	8,7	5,6	4,7	4,7	4,8	4,3	5,1	58,6	4,4

Таблица 3

Динамика смертности от туберкулеза (на 100 000 населения)
Dynamics of mortality from tuberculosis (per 100,000 population)

Регион	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2011 к 2005 г., %
РФ	22,5	20,0	18,4	17,9	16,8	15,4	14,2	63,1
Республика Алтай	30,9	30,7	19,4	17,8	20,4	17,1	19,4	62,8
Алтайский край	42,6	35,2	33,2	32,0	29,1	30,0	29,5	69,2
Кемеровская область	45,5	38,3	33,5	33,7	31,7	31,3	34,2	75,2
Новосибирская область	39,5	35,6	30,9	28,8	28,5	28,2	26,7	67,6
Омская область	29,4	28,0	26,6	23,7	22,1	20,8	17,1	58,2
Томская область	16,2	12,7	11,9	9,4	10,3	8,6	5,8	35,8

Таблица 4

Динамика смертности от туберкулеза (на 100 000 населения)
Dynamics of mortality from tuberculosis (per 100,000 population)

Регион	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2018 к 2012 г., %	2019 г.
РФ	12,5	11,3	10,0	9,2	7,8	6,5	5,9	47,2	5,1
Республика Алтай	12,4	19,0	11,8	9,8	6,5	6,9	6,9	55,6	6,8
Алтайский край	29,1	24,2	22,9	22,4	22,1	17,9	16,6	57,0	16,7
Кемеровская область	29,2	27,5	22,2	20,9	17,3	14,7	13,4	45,9	11,3
Новосибирская область	25,0	20,9	21,4	18,7	15,3	13,6	13,8	55,2	12,9
Омская область	16,4	16,3	15,7	13,0	11,7	8,3	8,0	48,8	6,0
Томская область	5,8	5,7	4,9	4,1	3,8	3,9	2,8	48,3	3,5

Таблица 5

**Динамика смертности от болезней системы кровообращения
(на 100 000 населения)**
Dynamics of mortality from diseases of the circulatory system (per 100,000 population)

Регион	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2011 к 2005 г., %
РФ	908,0	864,7	833,9	835,5	801,0	806,4	753,0	82,9
Республика Алтай	670,0	611,4	582,8	539,5	541,5	545,7	562,0	83,9
Алтайский край	903,1	835,5	826,6	829,2	803,9	780,3	700,1	77,5
Кемеровская область	971,5	893,7	859,1	814,5	756,8	778,0	740,9	76,3
Новосибирская область	843,3	796,1	797,4	788,9	773,6	774,5	737,8	87,5
Омская область	830,4	801,5	807,3	807,0	770,2	781,3	772,4	93,0
Томская область	672,0	615,3	596,9	613,8	614,8	612,7	573,9	85,4

Таблица 6

Динамика смертности от болезней системы кровообращения
(на 100 000 населения)

Dynamics of mortality from diseases of the circulatory system (per 100,000 population)

Регион	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2018 к 2012 г., %	2019 г.
РФ	737,1	698,1	653,9	635,3	616,4	587,6	583,1	79,1	573,2
Республика Алтай	528,7	502,4	453,7	422,5	425,3	404,5	423,0	80,0	410,4
Алтайский край	737,8	660,0	632,3	577,2	587,0	559,8	568,8	77,1	599,7
Кемеровская область	702,4	647,7	614,7	596,9	564,1	565,8	582,2	82,9	657,4
Новосибирская область	767,1	747,6	709,6	677,0	656,6	666,2	611,3	79,7	634,8
Омская область	800,0	722,1	656,4	623,4	575,8	477,6	549,8	68,7	527,7
Томская область	528,6	519,6	515,5	507,1	493,7	494,0	470,8	89,1	504,9

Таблица 7

Динамика смертности от новообразований (на 100 000 населения)

Dynamics of mortality from neoplasms (per 100,000 population)

Регион	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2011 к 2005 г., %
РФ	201,2	200,9	203,0	203,8	206,9	205,2	204,6	101,7
Республика Алтай	168,5	154,2	148,4	160,0	141,5	148,6	162,4	96,4
Алтайский край	214,4	207,4	208,9	215,9	217,3	228,8	228,1	106,4
Кемеровская область	216,9	210,9	217,2	220,1	227,6	223,8	226,7	104,5
Новосибирская область	217,7	221,0	217,8	225,8	224,5	221,4	223,9	102,8
Омская область	209,9	203,1	203,1	205,0	211,9	206,2	205,7	98,0
Томская область	203,2	215,0	216,0	220,5	218,3	214,3	219,9	108,2

Таблица 8

Динамика смертности от новообразований (на 100 000 населения)

Dynamics of mortality from neoplasms (per 100,000 population)

Регион	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2018 к 2012 г., %	2019 г.
РФ	203,1	203,3	201,9	205,1	204,3	200,6	203,0	100,0	203,5
Республика Алтай	142,8	154,5	153,8	152,5	145,8	147,1	153,3	107,4	174,5
Алтайский край	226,7	226,8	218,2	228,0	223,1	221,4	221,5	97,7	230,0
Кемеровская область	226,3	226,9	218,8	241,1	244,5	238,5	244,0	107,8	243,2
Новосибирская область	208,8	197,7	206,8	214,1	218,8	217,1	238,4	114,2	243,6
Омская область	217,7	213,0	208,5	197,9	191,7	188,7	198,0	91,0	198,4
Томская область	212,4	205,7	205,1	217,8	206,5	218,1	210,0	98,9	216,8

Таблица 9

Динамика смертности от ДТП (на 100000 населения)
Dynamics of deaths from traffic accidents (per 100,000 population)

Регион	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.*		2009 г.	2010 г.*		2011 г.*		2011 к 2005 г., %*	
РФ	23,7	22,9	23,3	21,0	25,0	19,4	18,6	20,0	19,6	20,7	82,7	87,3
Республика Алтай	45,0	49,6	45,4	37,8	43,7	26,3	26,7	24,3	28,9	30,8	64,2	68,4
Алтайский край	22,9	19,1	21,9	20,7	23,8	16,8	16,5	18,5	17,9	19,3	78,2	84,3
Кемеровская область	21,8	22,0	22,0	21,7	24,8	19,5	19,3	16,3	20,2	19,2	92,7	88,1
Новосибирская область	20,3	18,8	18,9	17,2	18,1	16,4	16,1	18,1	17,4	20,2	85,7	99,5
Омская область	17,7	15,8	16,5	15,5	21,3	13,2	12,9	14,7	15,1	17,4	85,3	98,3
Томская область	13,9	14,5	13,7	14,6	29,4	13,8	14,3	17,4	17,3	20,1	124,5	144,6

* Левый столбец – по данным статистического сборника «Регионы России. Социально-экономические показатели – 2012»; правый столбец – рассчитано по данным об умерших от внешних причин (транспортные травмы всех видов).

Таблица 10

Динамика смертности от ДТП (на 100 000 населения)
Dynamics of deaths from traffic accidents (per 100,000 population)

Регион	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2018 к 2012 г., %	2019 г.
РФ	14,4	14,3	14,1	12,2	10,8	10,2	9,7	67,4	9,2
Республика Алтай	38,2	24,6	24,9	28,4	12,0	15,6	11,0	28,8	15,5
Алтайский край	10,3	12,5	12,6	10,0	9,5	10,1	8,8	85,4	9,7
Кемеровская область	11,3	14,6	12,1	10,3	8,0	9,2	9,4	83,2	9,0
Новосибирская область	10,4	11,8	9,5	8,0	7,1	6,5	5,6	53,8	5,9
Омская область	15,5	14,6	12,0	11,8	9,1	11,0	10,0	64,5	7,5
Томская область	8,4	8,7	7,2	6,1	6,6	4,4	4,5	53,6	7,0

Таблица 11

Динамика показателей смертности за период 2005–2011 гг. по сравнению со среднероссийским уровнем (%)

Dynamics of mortality rates for the period 2005–2011 compared to the average Russian level (%)

Регион	Динамика	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>Младенческая смертность</i>								
Республика Алтай	Снижение 39	130,0 6	150,0 6	150,0 6	134,1 5	117,3 5	126,7 5	148,6 6
Алтайский край	Снижение 27	104,5 3	109,8 4	108,5 4	107,1 3	111,1 4	125,3 4	104,1 5
Кемеровская область	Снижение 21	106,4 4	101,0 3	100,0 3	102,4 2	103,7 2	110,7 3	100,0 4
Новосибирская область	Снижение 14	98,2 2	94,1 2	91,5 1	91,8 1	104,9 3	98,7 2	97,3 3
Омская область	Снижение 8	90,0 1	86,3 1	96,8 2	91,8 1	86,4 1	86,7 1	79,7 1
Томская область	Снижение 28	120,0 5	135,3 5	118,1 5	128,2 4	128,4 6	86,7 1	95,9 2
<i>Смертность от туберкулеза</i>								
Республика Алтай	Снижение 17	137,3 3	153,5 3	105,4 2	99,4 2	121,4 2	111,0 2	136,6 3
Алтайский край	Снижение 33	189,3 5	176,0 4	180,4 5	178,8 5	173,2 5	194,8 4	207,7 5
Кемеровская область	Снижение 42	202,2 6	191,5 6	182,1 6	188,3 6	188,7 6	203,2 6	240,8 6
Новосибирская область	Снижение 30	175,5 4	178,0 5	167,9 4	160,9 4	169,6 4	183,1 5	188,0 4
Омская область	Снижение 18	130,6 2	140,0 2	144,6 3	132,4 3	131,5 3	135,1 3	120,4 2
Томская область	Снижение 7	72,0 1	63,5 1	64,7 1	52,5 1	61,3 1	55,8 1	40,8 1
<i>Смертность от БСК</i>								
Республика Алтай	Снижение 7	73,8 1	70,7 1	69,9 1	64,6 1	67,6 1	67,7 1	74,6 1
Алтайский край	Снижение 35	99,5 5	96,6 5	99,1 5	99,2 6	100,4 6	96,8 5	93,0 3
Кемеровская область	Снижение 35	107,0 6	103,4 6	103,0 6	97,5 5	94,5 3	96,5 4	98,4 5
Новосибирская область	Снижение 25	92,9 4	92,1 3	95,6 3	94,4 3	96,6 5	96,0 3	98,0 4
Омская область	Снижение 27	91,5 3	92,7 4	96,8 4	96,6 4	96,2 4	96,9 6	102,6 6
Томская область	Снижение 14	74,0 2	71,2 2	71,6 2	73,5 2	76,8 2	76,0 2	76,2 2
<i>Смертность от новообразований</i>								
Республика Алтай	Снижение 7	83,7 1	76,8 1	73,1 1	78,5 1	68,4 1	72,4 1	79,4 1

Окончание табл. 11

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Алтайский край	Рост 28	106,6 4	103,2 3	102,9 3	105,9 3	105,0 3	111,5 6	111,5 6
Кемеровская область	Рост 34	107,8 5	105,0 4	107,0 5	108,0 4	110,0 6	109,1 5	110,8 5
Новосибирская область	Рост 37	108,2 6	110,0 6	107,3 6	110,8 6	108,5 5	107,9 4	109,4 4
Омская область	Снижение 15	104,3 3	101,1 2	100,0 2	100,6 2	102,4 2	100,5 2	100,5 2
Томская область	Рост 26	101,0 2	107,0 5	106,4 4	108,2 5	105,5 4	104,4 3	107,5 3
Смертность от ДТП								
Республика Алтай	Снижение 42	189,9 6	216,6 6	194,8 6	180,0 174,8 6	135,6 6	143,5 121,5 6	147,4 148,8 6
Алтайский край	Снижение 29	96,6 5	83,4 4	94,0 4	98,6 95,2 4	86,6 4	88,7 92,5 4	91,3 93,2 4
Кемеровская область	Снижение 34	92,0 4	96,1 5	94,4 5	103,3 99,2 5	100,5 5	103,8 81,5 5	103,1 92,8 5
Новосибирская область	Снижение 21	85,7 3	82,1 3	81,1 3	81,9 72,4 3	84,5 3	86,6 90,5 3	88,8 97,6 3
Омская область	Снижение 11	74,7 2	69,0 2	70,8 2	73,8 85,2 2	68,0 1	69,4 73,5 1	77,0 84,1 1
Томская область	Рост 10	58,6 1	63,3 1	58,8 1	69,5 117,6 1	71,1 2	77,3 87,0 2	88,3 97,1 2

Таблица 12

**Общие коэффициенты смертности (на 1000 населения)
Crude death rates (per 1000 population)**

Регион	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2011 к 2005 г., %	Место в РФ, 2011 г.
РФ	16,1	15,1	14,6	14,5	14,1	14,2	13,5	83,9	
Республика Алтай	15,7	14,1	12,7	12,5	12,2	12,2	12,2	77,7	19
Алтайский край	16,9	15,5	15,2	15,3	14,7	15,0	14,6	86,4	53
Кемеровская область	18,9	17,5	16,8	16,6	16,2	16,1	15,5	82,0	63
Новосибирская область	16,1	15,2	14,7	14,5	14,0	13,9	13,6	84,5	36
Омская область	15,6	15,0	14,8	14,5	13,8	13,9	13,5	86,5	33
Томская область	14,6	13,6	12,9	13,0	12,9	12,6	12,2	83,6	18

Таблица 13

Сведения о параметрах реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» (выборочные данные)
Information on the parameters of the implementation of the priority national project "Health" (selected data)

Показатели	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2006–2011 гг.
Омская область							
Срок ожидания диагностических исследований в поликлинике, дней	н/д	н/д	н/д	н/д	2,4	н/д	н/д
Число граждан, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь, чел.	н/д	н/д	н/д	н/д		н/д	н/д
План	н/д	н/д	н/д	н/д	2658	н/д	н/д
Факт	н/д	н/д	н/д	н/д	1986	н/д	н/д
Финансирование из федерального бюджета, тыс. руб.	н/д	н/д	н/д	н/д		н/д	н/д
План	н/д	н/д	н/д	н/д	1117545,89	н/д	н/д
Факт	н/д	н/д	н/д	н/д	1193659,41	н/д	н/д
Финансирование из бюджета субъекта, тыс. руб.	н/д	н/д	н/д	н/д		н/д	н/д
План	н/д	н/д	н/д	н/д	1353783,810	н/д	н/д
Факт	н/д	н/д	н/д	н/д	1299815,395	н/д	н/д
Томская область							
Срок ожидания диагностических исследований в поликлинике, дней	10,0	8,0	7,0	4,0	4,0	х	
Число граждан, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь, чел.							
План	х	2230	1979	х	2436	2078	
Факт	1955	2411	2688	х	3352	4297	
Финансирование из федерального бюджета, тыс. руб.							
План	499368,0	540939,0	441482,0	346420,528	814535,422	786348,385	3429093,335
Факт	527725,0	509992,0	525026,0	445150,277	1051209,014	720599,239	3779701,530
Финансирование из бюджета субъекта, тыс. руб.							
План	58217,0	47640,0	84229,0	315014,617	829274,000	178909,700	1513284,317
Факт	59480,0	50627,0	82435,0	314690,968	825065,400	178881,160	1511179,528

Таблица 14

Финансирование приоритетного национального проекта «Здоровье» (млн руб.)
Financing of the priority national project “Health” (million rubles)

Регион	Федеральный бюджет			Бюджет субъекта			Всего			Доля средств федерального бюджета, % факт.
	План.	Факт.	%	План.	Факт.	%	План.	Факт.	%	
2010										
Республика Алтай	277,9	273,9	98,6	12,8	12,7	99,2	290,7	286,6	98,6	95,6
Алтайский край	1448,9	1809,6	124,9	442,0	427,5	96,7	1890,9	2237,1	118,3	80,9
Кемеровская область	1359,2	1620,6	119,2	616,5	616,5	100,0	1975,7	2237,1	113,2	72,4
Новосибирская область	1549,4	1491,9	96,3	681,8	532,3	78,1	2231,2	2024,2	90,7	73,7
Омская область	1117,5	1193,7	106,8	1353,8	1299,8	96,0	2471,3	2493,5	100,9	47,9
Томская область	814,5	1051,2	129,1	829,3	825,1	99,5	1643,8	1876,3	114,1	56,0
2011										
Республика Алтай	147,5	155,6	105,5	12,2	12,5	102,5	159,7	168,1	105,3	92,6
Алтайский край	1172,9	1457,4	124,3	552,2	430,2	77,9	1725,1	1887,6	109,4	77,2
Кемеровская область	1251,9	1637,9	130,8	292,2	292,2	100,0	1544,1	1930,1	125,0	84,9
Новосибирская область	1922,1	1934,8	100,7	1343,8	1320,1	98,2	3265,9	3254,9	104,4	59,4
Омская область	1458,2	1517,8	104,1	1610,9	1533,9	95,2	3069,1	3051,7	99,4	49,7
Томская область	786,3	720,5	91,6	178,9	178,8	99,9	965,2	899,3	93,2	80,1

Таблица 15

Общая заболеваемость по регионам (на 1000 населения)
General incidence by region (per 1000 population)

Годы	РФ	Республика Алтай	Алтайский край	Кемеровская область	Новосибирская область	Омская область	Томская область
2010	1588,3	1632,7	2468,6	1502,9	1534,0	1780,0	1348,3
2011	1602,9	1733,0	2526,1	1573,0	1589,7	1839,4	1572,9
2012	1604,2	1675,8	2570,6	1574,4	1491,7	1942,8	1410,1
2016	1616,3	1667,5	2539,4	1596,0	1674,6	1850,9	1442,0
2019	–	1718,0	2527,2	1572,5	1640,9	1690,1	1533,5
Темп роста, %							
2011 к 2010	100,9	106,1	102,3	104,7	103,6	103,3	116,7
2019 к 2012	–	102,5	98,3	99,9	110,0	87,0	108,8

Таблица 16

Обеспеченность населения в регионах (на 10 000 населения)
Provision of the population in the regions (per 10,000 population)

Показатели	РФ	Республика Алтай	Алтайский край	Кемеровская область	Новосибирская область	Омская область	Томская область
Обеспеченность врачами*							
2005 г.	48,8	38,9	46,7	47,0	61,7	55,8	67,3
2010 г.	50,1	43,5	48,7	47,7	58,3	53,9	69,1
2011 г.	51,2	42,7	50,4	48,4	58,5	58,8	70,1
2012 г.	49,1	42,9	46,0	48,8	55,9	54,9	61,9
2016 г.	46,4	45,1	43,1	43,9	50,5	50,0	54,8
2018 г.	47,9	45,8	42,7	44,5	54,0	50,8	58,1
2019 г.	48,7	44,8	42,6	43,8	54,6	50,9	56,4
Темп роста, %							
2011 к 2005 г.	104,9	109,8	107,6	103,0	94,8	105,4	104,2
2018 к 2012 г.	97,6	106,8	92,8	91,2	87,5	92,5	93,9
Обеспеченность койками*							
2005 г.**	110,9	117,5	117,7	104,4	131,8	121,4	125,0
2010 г.	93,8	92,5	112,1	92,7	109,1	99,2	113,5
2011 г.	94,2	88,7	108,1	94,3	103,5	97,6	114,5
2012 г.	92,9	84,4	105,0	98,2	102,6	95,4	112,6
2016 г.	81,6	77,5	96,9	89,9	96,7	80,2	103,8
2018 г.	79,9	74,5	92,0	91,3	94,8	80,7	99,8
2019 г.	80,0	73,3	91,8	90,6	94,5	80,3	96,0
Темп роста, %							
2011 к 2005 г.	84,9	75,5	91,8	90,3	99,0	80,4	91,6
2018 к 2012 г.	86,0	88,3	87,6	93,0	92,4	84,6	88,6
Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений*							
2005 г.	256,0	317,6	281,1	248,0	402,3	233,7	278,9
2010 г.	257,9	301,5	347,8	248,9	254,0	237,1	266,2
2011 г.	260,6	292,6	285,5	253,5	253,7	240,6	259,2
2012 г.	263,7	291,8	292,6	283,6	256,0	240,6	267,9
2016 г.	266,6	307,2	305,5	291,1	229,8	250,9	246,5
2018 г.	272,4	306,5	304,8	291,4	260,8	262,6	261,7
2019 г.	277,5	303,8	309,0	294,2	255,1	269,4	277,1
Темп роста, %							
2011 к 2005 г.	101,8	92,1	101,6	102,2	63,1	103,0	92,9
2018 к 2012 г.	103,3	105,0	104,2	102,8	101,9	109,1	97,7

* Данные об обеспеченности врачами, койками и мощности амбулаторно-поликлинических учреждений в регионах значительно отличаются в разных источниках. В данной таблице приведена информация из сборников «Регионы России. Социально-экономические показатели».

** 2005 г. – включая койки дневных стационаров.

Таблица 17

Итоги деятельности учреждений здравоохранения
The results of the activities of health care institutions

Показатели	РФ	Республика Алтай	Алтайский край	Кемеровская область	Новосибирская область	Омская область	Томская область
Уровень госпитализации (на 1000 населения)							
2005 г.	224,0	310,6	264,8	224,7	219,2	238,1	228,8
2010 г.	222,0	302,0	280,9	215,3	232,0	241,8	214,6
2011 г.		287,6	272,1	213,5	230,0	242,3	240,9
2012 г.		272,5	253,9	215,7	229,7	230,3	211,2
2016 г.	206,0	248,3	230,9	204,1	218,3	206,6	194,0
2018 г.	204,0	227,2	208,7	197,4	214,3	196,7	189,9
2019 г.		210,2	201,4	189,7	206,6	195,0	184,7
Темп роста, %							
2011 к 2005 г.		92,6	102,8	95,0	104,9	101,8	105,3
2018 к 2012 г.		83,4	82,2	91,5	93,3	85,4	89,9
Число посещений АПУ (на 1 жителя)							
2010 г.		10,6	10,7	10,4	10,0	10,4	7,5
2011 г.		11,3	9,0	9,9	9,9	10,1	9,5
2012 г.		11,0	9,1	9,8	9,7	9,9	8,5
2016 г.		8,8	9,2	9,0	8,7	9,4	7,4
2018 г.		8,5*	8,4	8,3	8,6	8,6	7,5
2019 г.		7,4	8,2	8,2	8,4	8,5	7,7
Темп роста, %							
2011 к 2010 г.		106,6	84,1	95,2	99,0	97,1	126,7
2018 к 2012 г.		77,3*	92,3	84,7	88,7	86,9	88,2
Число выездов в год службой скорой медицинской помощи (на 1000 населения)							
2006 г.		326,0	317,0	326,0	425,0	319,0	411,0
2007 г.		317,0	323,0	327,0	438,0	321,0	361,0
2010 г.		302,3	333,7	314,0	432,9	293,3	351,2
2011 г.		312,0	355,0	315,0	432,0	299,0	383,0
2012 г.		314,0	374,0	321,0	420,0	303,0	314,0
2016 г.		245,3	309,2	273,4	403,7	313,3	303,7
2018 г.		303,6	320,5	256,5	346,0	312,1	265,0
2019 г.		308,0	316,6	254,0	342,0	313,3	257,3
Темп роста, %							
2011 к 2006 г.		95,7	112,0	96,6	101,6	93,7	93,2
2018 к 2012 г.		96,7	85,7	79,9	82,4	103,0	84,4

* По Республике Алтай данные за 2017 г., за 2018 г. информация отсутствует.

Таблица 18

**Финансирование здравоохранения на душу населения из всех источников
(бюджет и ОМС), руб.**

Financing of health care per capita from all sources (budget and CHI), rubles

Регион	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2011 к 2007 г., %
Республика Алтай	5618	6484	7282	7633	8227	146,4
Алтайский край	3259	3606	5538	5522	6681	205,0
Кемеровская область	4746	6007	6011	6369	7738	162,0
Новосибирская область	4225	5608	6116	6297	7575	179,3
Омская область	5227	5577	6080	6537	7601	145,4
Томская область	4546	5727	5909	6894	7654	168,4
Соотношение между максимальным и мини- мальным значением, %	172,4	179,8	131,5	138,2	123,1	

Таблица 19

**Целевые индикаторы развития здравоохранения Российской Федерации
Target indicators for the development of healthcare in the Russian Federation**

Показатели	Указ № 598 от 07.05.2012	Распоряжение № 2511-р от 24.12.2012	Постановление № 294 от 15.04.2014 (в редакции от 12.08.2017)	Постановление № 1640 от 26.12.2017 (в редакции от 31.03.2021)		
	2018 г.	2020 г.	2020 г.	2018 г.	2020 г.	2024 г.
Смертность от всех причин, на 1000 населения	—	11,4	11,4	12,5	14,5	13,4
Младенческая смертность, на 1000 родившихся живыми	7,5	6,4	5,2	5,5	4,5	4,5
Смертность от БСК, на 100 000 населения	649,4	622,4	554,9	565,0	610,0	555,0
Смертность от ДТП, на 100 000 населения	10,6	10,0	10,0	—	—	—
Смертность от новообразований, на 100 000 населения	192,8	190,0	190,0	199,9	201,8	195,1
Смертность от туберкулеза, на 100 000 населения	11,8	11,2	7,1	—	—	—
Обеспеченность врачами, на 10 000 населения	—	44,8	37,5	—	—	—
Ожидаемая продолжительность жизни, лет	—	74,3	75,0	72,91	71,09	73,6

Таблица 20

Общие коэффициенты смертности (на 1000 населения)
Crude death rates (per 1000 population)

Регион	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2018 к 2012 г., %	2019 г.
РФ	13,3	13,0	13,1	13,0	12,9	12,4	12,4	93,2	12,3
Республика Алтай	11,5	11,3	11,2	10,9	9,9	9,6	9,9	86,1	10,1
Алтайский край	14,6	14,2	14,2	14,1	14,1	14,0	14,2	97,3	14,0
Кемеровская область	15,2	14,5	14,6	14,5	14,3	14,1	14,2	93,4	14,2
Новосибирская область	13,6	13,4	13,3	13,1	13,0	12,9	12,8	94,1	12,7
Омская область	13,8	13,4	13,3	13,4	13,2	12,8	12,7	92,0	12,6
Томская область	11,9	11,7	11,8	11,5	11,4	11,4	11,1	93,3	11,3

Таблица 21

Расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ всего и на здравоохранение (млн руб.), в том числе на одного жителя (руб.)
Expenditures of the consolidated budgets of the constituent entities of the Russian Federation, total and on health care (million rubles), including per capita (rubles)

Регионы	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2018 к 2012 г., %
РФ, всего млрд руб.	8343,2	8806,6	9353,3	9479,8	9936,4	10810,1	11882,2	13567,6	142,4
В том числе на здравоохранение	1358,4	1250,9	1316,2	1355,8	1281,2	847,3	950,8	1167,2	85,9
Удельный вес расходов на здравоохранение, %	16,3	14,2	14,1	14,3	12,9	7,8	8,0	8,6	
На одного жителя, руб.	9485,92	8716,65	9009,48	9260,55	8734,99	5770,13	6475,49	7952,87	83,8
Республика Алтай, всего	13799,4	14857,0	19735,4	17632,6	17142,9	17148,6	20971,7	24421,5	152,0
В том числе на здравоохранение	1912,5	1944,1	1911,6	2353,8	2070,7	874,2	2074,3	1527,2	108,5
Удельный вес расходов на здравоохранение, %	13,9	13,1	9,7	13,3	12,1	5,1	9,9	6,3	
На одного жителя, руб.	9133,24	9213,74	8987,31	10978,54	9582,14	4019,31	9493,36	6957,63	76,2
Алтайский край, всего	86894,5	88326,0	95713,4	98156,8	94291,4	99772,1	110974,5	126016,1	127,7
В том числе на здравоохранение	18357,2	14742,0	16978,4	18353,1	17501,2	7414,3	8132,7	10289,7	44,3
Удельный вес расходов на здравоохранение, %	21,1	16,7	17,7	18,7	18,6	7,4	7,3	8,2	
На одного жителя, руб.	7639,28	6156,09	7102,40	7708,80	7380,74	3144,45	3473,43	4425,68	57,9
Кемеровская область, всего	131051,3	130626,7	140509,9	141239,4	141464,5	146058,3	167988,4	196945,3	128,2
В том числе на здравоохранение	22849,6	19178,1	19520,9	21179,1	21606,2	7992,1	11923,1	14858,5	52,2
Удельный вес расходов на здравоохранение, %	17,4	14,7	13,9	15,0	14,6	5,5	7,1	7,5	
На одного жителя, руб.	8319,23	7003,65	7151,56	7782,71	7963,36	2957,96	4441,29	5573,12	67,0
Новосибирская область, всего	133580,9	148525,1	146560,8	145049,5	146689,2	156025,6	174104,4	205006,9	130,4
В том числе на здравоохранение	20052,4	18089,5	17794,7	19846,4	19360,9	7793,2	9480,7	14100,1	47,3
Удельный вес расходов на здравоохранение, %	15,0	12,2	12,1	13,7	13,2	5,0	5,4	6,9	
На одного жителя, руб.	7431,77	6649,82	6496,79	7205,08	6987,22	2799,08	3396,76	5043,31	67,9
Омская область, всего	79570,1	88164,8	88680,8	84184,5	89147,0	89698,4	99832,4	111641,1	125,5
В том числе на здравоохранение	13863,7	14578,1	13819,5	13730,3	13757,7	4781,4	6595,7	7116,8	47,6
Удельный вес расходов на здравоохранение, %	17,4	16,5	15,6	16,3	15,4	5,3	6,6	6,4	
На одного жителя, руб.	7021,73	7385,43	6993,67	6940,45	6963,81	2431,55	3378,77	3677,17	52,4

Томская область, всего	54641,8	60515,1	64723,2	64223,8	67738,4	71094,5	74656,9	83406,5	136,6
В том числе на здравоохранение	8437,3	8985,3	9270,0	9154,1	9296,1	4592,6	5277,6	6301,0	62,6
Удельный вес расходов на здравоохранение, %	15,4	14,8	14,3	14,3	13,7	6,5	7,1	7,6	
На одного жителя, руб.	7952,21	8419,51	8644,97	8510,69	8625,07	4257,93	4896,64	5842,92	73,5

Таблица 22

Расходование средств территориальных фондов обязательного медицинского страхования по регионам (млн руб.)
и на одного жителя* (руб.)

Spending of funds from territorial compulsory medical insurance funds by regions (million rubles) and per inhabitant* (rubles)

Регионы	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2018 к 2012 г., %
РФ, всего	1041908,4	1227759,1	1454936,4	1595741,8	1623989,8	1735915,1	2062835,6	2278237,7	198,0
На одного жителя	7275,81	8555,40	9959,14	10899,43	11072,07	11821,62	14049,09	15523,06	193,1
Республика Алтай, всего	1880,7	2397,7	2686,7	3183,2	3301,2	3528,5	4248,0	4757,6	225,9
На одного жителя	8981,38	11363,51	12631,41	14847,01	15276,26	16222,99	19441,65	21674,72	216,5
Алтайский край, всего	15109,8	16995,5	22224,3	23016,4	23369,5	24863,9	29804,3	33008,5	197,3
На одного жителя	6287,89	7097,13	9307,83	9667,51	9855,56	10544,93	12729,26	14197,20	202,4
Кемеровская область, всего	18081,2	20872,6	24435,7	26811,6	26931,7	28845,2	34141,1	39492,0	188,8
На одного жителя	6583,12	7622,47	8952,12	9852,50	9926,18	10675,89	12717,39	14812,65	193,2
Новосибирская область, всего	18837,7	21062,7	24544,0	26662,2	27210,7	28580,7	34734,7	38834,7	184,4
На одного жителя	6981,58	7742,79	8960,93	9679,51	9820,17	10265,32	12444,81	13890,37	178,3
Омская область, всего	14898,4	16887,2	17613,3	18294,1	18670,7	20427,1	24003,0	26231,5	161,1
На одного жителя	7545,79	8555,25	8913,61	9247,38	9450,65	10388,07	12295,99	13553,53	163,0
Томская область, всего	8238,4	10135,9	11566,3	13328,2	13641,6	14245,4	16248,1	18308,8	197,2
На одного жителя	7764,75	9497,66	10786,44	12391,41	12656,89	13207,31	15075,25	16977,74	194,1
Соотношение между максимальным и минимальным значением на одного жителя, %	142,8	160,1	141,7	160,6	161,6	158,0	158,1	159,9	

* В связи с отсутствием данных о численности застрахованных лиц.

Таблица 23

**Соотношение финансирования за счет средств субъекта Федерации
со среднероссийским уровнем, %**

**The ratio of funding from the funds of the subject of the federation
with the average Russian level, %**

Регион	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Республика Алтай	96,3	104,6	99,8	118,5	109,7	69,7	146,6	87,5
Алтайский край	80,5	70,6	78,8	83,2	84,5	54,5	53,6	55,6
Кемеровская область	87,7	80,3	79,4	84,0	91,2	51,3	68,6	70,1
Новосибирская область	78,3	76,3	72,1	77,8	80,0	48,5	52,5	63,4
Омская область	74,0	84,7	77,6	74,9	79,7	42,1	52,2	46,2
Томская область	83,8	96,6	96,0	91,9	98,7	73,8	75,6	73,5

Таблица 24

**Соотношение финансирования из средств территориальных фондов
обязательного медицинского страхования со среднероссийским уровнем, %**

**The ratio of financing from the funds of the territorial funds of compulsory
medical insurance with the average Russian level, %**

Регион	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Республика Алтай	123,4	132,8	126,8	136,2	138,0	137,2	138,4	139,6
Алтайский край	86,4	83,0	93,5	88,7	89,0	89,2	90,6	91,5
Кемеровская область	90,5	89,1	89,9	90,4	89,7	90,3	90,5	95,4
Новосибирская область	96,0	90,5	90,0	88,8	88,7	86,8	88,6	89,5
Омская область	103,7	100,0	89,5	84,8	85,4	87,9	87,5	87,3
Томская область	106,7	111,0	108,3	113,7	114,3	111,7	107,3	109,4

Государственная программа «Развитие здравоохранения Новосибирской области на 2013–2020 годы» (тыс. руб.)*
State program “Development of health care in the Novosibirsk region for 2013–2020” (thousand rubles)

Показатели	Всего	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Постановление Правительства Новосибирской области № 404-п от 14.12.2016									
Объем финансирования, всего	238543629,3	11074403,6	18216212,4	21787656,1	35445501,9	36032147,3	38170551,7	39731045,3	38086111,0
Федеральный бюджет	6729382,6	1433701,5	526358,1	2140767,1	1676235,9	324148,3	317491,9	310679,8	0,0
Бюджет субъекта	14692237,2	9640247,1	17613760,3	19570183,0	19312013,4	19589638,4	20457324,6	20838091,2	19970979,2
Внебюджетные источники	84822009,5	455,0	76094,0	76706,0	14457252,6	16118360,6	17395735,2	18582274,3	18115131,8
Структура финансирования, %									
Федеральный бюджет	2,8	12,9	2,9	9,8	4,7	0,9	0,8	0,8	0,0
Бюджет субъекта	61,6	87,1	96,7	89,8	54,5	54,4	53,6	52,4	52,4
Внебюджетные источники	35,6	0,0	0,4	0,4	40,8	44,7	45,6	46,8	47,6
Постановление Правительства Новосибирской области № 298-п от 01.08.2017									
Объем финансирования, всего	245782993,3	11074403,6	18216212,4	21787656,1	35445501,9	37194004,0	40961782,5	43017321,8	38086111,0
Федеральный бюджет	7474808,7	1433701,5	526358,1	2140767,1	1676235,9	1068331,1	318119,9	311295,1	0,0
Бюджет субъекта	147923859,7	9640247,1	17613760,3	19570183,0	19312013,4	20521260,8	20457324,6	20838091,2	19970979,2
Внебюджетные источники	90384325,0	455,0	76094,0	76706,0	14457252,6	15604412,1	20186338,0	21867935,5	18115131,8
Постановление Правительства Новосибирской области № 560-п от 25.12.2018									
Объем финансирования, всего	262960939,3	11074403,6	18216212,4	21787656,1	35445501,9	37492719,0	45851089,0	45357689,7	47735667,6
Федеральный бюджет	9159397,5	1433701,5	526358,1	2140767,1	1676235,9	1105840,5	1458237,4	409128,5	409128,5
Бюджет субъекта	159059424,2	9640247,1	17613760,3	19570183,0	19312013,4	20749006,4	23621135,1	23512645,5	25040433,4
Внебюджетные источники	94742117,6	455,0	76094,0	76706,0	14457252,6	15637872,1	20771716,5	21435915,7	22286105,7
Постановление Правительства Новосибирской области № 410-п от 28.10.2019									
Объем финансирования, всего	344852539,2	11074403,6	18216212,4	21787656,1	35445501,9	37492719,0	45850807,1	54621171,3	59433722,9
Федеральный бюджет	18077773,2	1433701,5	526358,1	2140767,1	1676235,9	1105840,5	1471494,6	2812020,2	4152709,0
Бюджет субъекта	194251305,6	9640247,1	17613760,3	19570183,0	19312013,4	20749006,4	23607596,0	26941874,7	28033158,7
Внебюджетные источники	132523460,4	455,0	76094,0	76706,0	14457252,6	15637872,1	20771716,5	24867276,4	27247855,2

Окончание табл. 25

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Постановление Правительства Новосибирской области № 195-п от 01.06.2021									
Объем финансирования, всего	546245981,6	11074403,6	18216212,4	21787656,1	35445501,9	37492719,0	45850807,1	54788126,9	61002362,0
Федеральный бюджет	34147585,6	1433701,5	526358,1	2140767,1	1676235,9	1105840,5	1471494,6	2919222,1	5606778,6
Бюджет субъекта	286701838,9	9640247,1	17613760,3	19570183,0	19312013,4	20749006,4	23607596,0	26957922,3	27715459,2
Внебюджетные источники	225396557,2	455,0	76094,0	76706,0	14457252,6	15637872,1	20771716,5	24910982,6	27680124,2
Структура финансирования, %									
Федеральный бюджет	6,2	12,9	2,9	9,8	4,7	2,9	3,2	5,3	9,2
Бюджет субъекта	52,5	87,1	96,7	89,8	54,5	55,3	51,5	49,2	45,4
Внебюджетные источники	41,3	0,0	0,4	0,4	40,8	41,7	45,3	45,5	45,4
Показатели	Всего	2021	2022	2023	2024				
	2013–2020								
Постановление Правительства Новосибирской области № 410-п от 28.10.2019									
Объем финансирования, всего	283922194,3	60930344,9							
Федеральный бюджет	15319126,9	2758646,3							
Бюджет субъекта	165467839,6	28783466,0							
Внебюджетные источники	103135227,8	29388232,6							
Постановление Правительства Новосибирской области № 195-п от 01.06.2021									
Объем финансирования, всего	285657789,1	63926825,9	62629576,4	66876457,1	67155333,2				
Федеральный бюджет	16880398,4	5562228,0	4188843,4	3712203,2	3803912,6				
Бюджет субъекта	165166187,7	29959255,4	28593244,9	31397992,1	31585158,8				
Внебюджетные источники	103611203,0	28405342,5	29847488,1	31766261,8	31766261,8				
Структура финансирования, %									
Федеральный бюджет	5,9	8,7	6,7	5,6	5,7				
Бюджет субъекта	57,8	46,9	45,6	46,9	47,0				
Внебюджетные источники	36,3	44,4	47,7	47,5	47,3				

* Постановление № 410-п программа была продлена на 2021 г., постановлением № 195-п на период до 2024 г.

Таблица 26

Государственная программа «Развитие здравоохранения в Томской области» на 2015–2020 годы (тыс. руб.)*
 State program “Development of health care in the Tomsk region” for 2015–2020 (thousand rubles)

Показатели	Всего	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Постановление Администрации Томской области № 476а от 09.12.2014							
Объем финансирования, всего	136820725,1	21955000,6	22757412,1	23027078,1	23027078,1	23027078,1	23027078,1
Федеральный бюджет	849961,9	414408,3	215553,6	55000,0	55000,0	55000,0	55000,0
Бюджет субъекта	55792115,2	8664660,2	9082258,2	9511299,2	9511299,2	9511299,2	9511299,2
Внебюджетные источники	602313,8	99169,0	99686,0	100864,7	100864,7	100864,7	100864,7
Бюджет ТФОМС	79576334,2	12776763,1	13359914,3	13359914,2	13359914,2	13359914,2	13359914,2
Структура финансирования, %							
Федеральный бюджет	0,6	1,9	0,9	0,2	0,2	0,2	0,2
Бюджет субъекта	40,8	39,5	39,9	41,3	41,3	41,3	41,3
Внебюджетные источники	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Бюджет ТФОМС	58,2	58,2	58,7	58,0	58,0	58,0	58,0
Постановление Администрации Томской области № 273а от 09.07.2018							
Объем финансирования, всего	150085610,3	22345910,3	23464021,5	24219065,1	26918268,9	26307404,7	26830939,8
Федеральный бюджет	3310871,9	618480,4	552941,7	591323,6	830101,8	421704,9	296319,5
Бюджет субъекта	55277605,2	8747545,3	9022324,9	9815847,3	9748084,1	8971901,8	8971901,8
Внебюджетные источники	2657301,8	160684,6	231042,3	190164,1	691803,6	691803,6	691803,6
Бюджет ТФОМС	88839831,4	12819200,0	13657712,6	13621730,1	15648279,4	16221994,4	16870914,9
Структура финансирования, %							
Федеральный бюджет	2,2	2,8	2,3	2,4	3,1	1,6	1,1
Бюджет субъекта	36,8	39,1	38,5	40,5	36,2	34,1	33,4
Внебюджетные источники	1,8	0,7	1,0	0,8	2,6	2,6	2,6
Бюджет ТФОМС	59,2	57,4	58,2	56,2	58,1	61,7	62,9

* Постановление Администрации Томской области № 353а от 27.09.2019 программа была продлена на 2020–2024 гг. с прогнозом до 2026 г.

Таблица 27

**Динамика показателей смертности за период 2012–2018 гг.
по сравнению со среднероссийским уровнем (%)**
**Dynamics of mortality rates for the period 2012–2018 compared
to the average Russian level (%)**

Регион	Динамика	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>Младенческая смертность</i>								
Республика Алтай	Снижение 37	151,2 6	152,4 5	128,4 6	153,8 6	170,0 4	176,8 5	162,7 5
Алтайский край	Снижение 30	117,4 5	109,8 4	117,6 5	112,3 5	121,7 3	126,8 4	145,1 4
Кемеровская область	Снижение 22	102,3 4	89,0 3	97,3 3	103,1 4	121,7 3	123,2 3	102,0 2
Новосибирская область	Снижение 13	97,7 2	84,1 2	91,9 2	92,3 2	103,3 2	87,5 2	100,0 1
Омская область	Снижение 19	93,0 1	89,0 3	100,0 4	101,5 3	103,3 2	123,2 3	131,4 3
Томская область	Снижение 9	101,2 3	68,3 1	63,5 1	72,3 1	80,0 1	76,8 1	100,0 1
<i>Смертность от туберкулеза</i>								
Республика Алтай	Снижение 15	99,2 2	168,1 3	118,0 2	106,5 2	83,3 2	106,2 2	116,9 2
Алтайский край	Снижение 40	232,8 5	214,2 5	229,0 6	243,5 6	283,3 6	275,4 6	281,4 6
Кемеровская область	Снижение 36	233,6 6	243,4 6	222,0 5	227,2 5	221,8 5	226,2 5	227,1 4
Новосибирская область	Снижение 29	200,0 4	185,0 4	214,0 4	203,3 4	196,2 4	209,2 4	233,9 5
Омская область	Снижение 20	131,2 3	144,2 2	157,0 3	141,3 3	150,0 3	127,7 3	135,6 3
Томская область	Снижение 7	46,4 1	50,4 1	49,0 1	44,6 1	48,7 1	60,0 1	47,5 1
<i>Смертность от БСК</i>								
Республика Алтай	Снижение 7	71,7 1	72,0 1	69,4 1	66,5 1	69,0 1	68,8 1	72,5 1
Алтайский край	Снижение 27	100,1 3	94,5 4	96,7 4	90,9 3	95,2 5	95,3 4	97,5 4
Кемеровская область	Снижение 25	95,3 2	92,8 3	94,0 3	94,0 4	91,5 3	96,3 5	99,8 5
Новосибирская область	Снижение 40	104,1 4	107,1 6	108,5 6	106,6 6	106,5 6	113,4 6	104,8 6
Омская область	Снижение 29	108,5 5	103,4 5	100,4 5	98,1 5	93,4 4	81,3 2	94,3 3
Томская область	Снижение 14	71,7 1	74,4 2	78,8 2	79,8 2	80,1 2	84,1 3	80,7 2
<i>Смертность от новообразований</i>								
Республика Алтай	Рост 7	70,3 1	76,0 1	76,2 1	74,4 1	71,4 1	73,3 1	75,5 1
Алтайский край	Снижение 35	111,6 6	111,6 5	108,1 5	111,2 5	109,2 5	110,4 5	109,1 4

Окончание табл. 27

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Кемеровская область	Рост 40	111,4 5	111,6 5	108,4 6	117,6 6	119,7 6	118,9 6	120,2 6
Новосибирская область	Рост 22	102,8 2	97,2 2	102,4 3	104,4 3	107,1 4	108,2 3	117,4 5
Омская область	Снижение 20	107,2 4	104,8 4	103,3 4	96,5 2	93,8 2	94,1 2	97,5 2
Томская область	Снижение 22	104,6 3	101,2 3	101,6 2	106,2 4	101,1 3	108,7 4	103,4 3
<i>Смертность от ДТП</i>								
Республика Алтай	Снижение 41	265,3 6	172,0 5	176,6 6	232,8 6	111,1 6	152,9 6	113,4 6
Алтайский край	Снижение 25	71,5 2	87,4 3	89,4 5	82,0 3	88,0 5	99,0 4	90,7 3
Кемеровская область	Снижение 26	78,5 4	102,1 4	85,8 4	84,4 4	74,1 3	90,2 3	96,9 4
Новосибирская область	Снижение 15	72,2 3	82,5 2	67,4 2	65,6 2	65,7 2	63,7 2	57,7 2
Омская область	Снижение 31	107,6 5	102,1 4	85,1 3	96,7 5	84,3 4	107,8 5	103,1 5
Томская область	Снижение 7	58,3 1	60,8 1	51,1 1	50,0 1	61,1 1	43,1 1	46,4 1