

УДК 332.122 (06.61.33 Региональная экономика)

ТИПОЛОГИЯ, ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РЕГИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ

В.В. Хубулова

Северо-Кавказский институт – филиал Российской академии
народного хозяйства и государственной службы
при Президенте Российской Федерации
E-mail: wave71@yandex.ru

В статье построены типологии социальной сферы (в области образования и здравоохранения) на основе метода ранжирования. Рассчитан интегральный индекс обеспеченности объектами социальной сферы, предложена типология регионов России, определены направления региональной политики; выявлены взаимосвязи между расходами федерального бюджета на сферу здравоохранения и образования и количеством ввода мест в соответствующих учреждениях. Предложены инструменты реализации принципа субсидиарности.

Ключевые слова: социальная сфера, метод ранжирования, корреляция, типология, региональная политика, субсидиарность.

TYPOLOGY, FEATURES AND FACTORS OF REGIONAL DEVELOPMENT OF SOCIAL SPHERE

V.V. Khubulova

North Caucasus Institute – Branch of the Russian Presidential Academy
of National Economy and Public Administration
E-mail: wave71@yandex.ru

The article presents typologies of social sphere (in education and healthcare) on the basis of ranking method. Integral index of social facilities availability is calculated. The development of regional policy is defined. The correlation between federal expenditures for healthcare and education and a number of entries in respective institutions is revealed. Realization tools of principle of subsidiarity are offered.

Key words: social sphere, ranging method, correlation, typology, regional policy, subsidiarity.

На современном этапе социально-экономического развития общества неизбежность социального неравенства объективно обусловлена механизмами воспроизводства общественного производства. Экономический рост не может быть одномоментным и повсеместным, он начинается в территориально локализованных «точках роста» с наиболее благоприятными социально-экономическими условиями. Концентрация инвестиций в «точках роста» необходима для инновационных процессов, которые затем распространяются и на периферию, позволяя развиваться более отсталым территориям. Региональные различия в уровне жизни характерны для любой страны, они являются следствием территориальных диспропорций социально-экономического развития, прежде всего размещения производительных сил. Достичь полного выравнивания региональных диспропорций предоставляется не достижимым в принципе. При этом важнейшей госу-

дарственной задачей является обеспечение конституционных социальных гарантий, в частности обеспечения определенного уровня предоставления социальных услуг и их доступности в системе расселения.

Базовое значение для управления территориального формирования социальной сферы имеет классификация регионов по уровню ее развития.

Для того чтобы провести такую классификацию регионов, необходимо определить и соответствующие компоненты-критерии, компоненты-индикаторы развития, провести их ранжирование.

При усилившейся мозаичности российского пространства разделить регионы по типам становится все сложнее. Эта задача не была легкой в плановой экономике – равномерного территориального развития, в силу природно-географического, исторического и национального разнообразия регионов. Помимо сложности самого объекта исследований, есть немало нерешенных методических проблем. Комплексную оценку можно провести в сочетании качественных и количественных методов. В экономической науке чаще используются разнообразные математические методы (факторный анализ, многомерные типологии), но результаты расчетов в основном зависят от набора статистических показателей. Ограниченность любой типологии, сделанной на основе статистики, вполне понятна, но пока нет возможности дополнить ее формализованными оценками степени модернизированности образа жизни, человеческого и социального капитала в регионах, стратегий адаптации населения [6].

Данную типологию целесообразно проводить не только с точки зрения оценки достигнутого уровня социального развития, но и с позиций его финансирования, что позволяет определить регулирующее воздействие государства по обеспечению равномерного развития сети социальных объектов – обеспеченности их доступности населения.

В качестве критерия оценки достигнутого уровня социальной сферы принята обеспеченность ее объектами социальной сферы в регионах, а выбор компонентов сделан по основным индикаторам в области образования и здравоохранения: обеспеченности населения местами в дошкольных общеобразовательных учреждениях, общеобразовательных учреждениях, стационарах (больничные койки) и посещений в смену для поликлиник. Данные показатели анализируются в сравнении с урбанизацией, коэффициентом рождаемости, миграционными процессами, происходящими в регионе, а также с количеством вводов учреждений социальной сферы. Образование и здравоохранение являются приоритетными отраслями социальной сферы, в которых задействованы основные бюджетные, человеческие и материальные ресурсы. Численность этих учреждений на 2010 г. составляет в сфере образования – государственных 15 358, муниципальных 110 128, в сфере здравоохранения – государственных 4661, муниципальных 18 333, что составляет 65 % от общей численности учреждений социальной сферы Российской Федерации [8].

Повышение эффективности использования государственных финансов в социальную сферу требует создания адекватной системы принятия управленческих решений – соответствующих методов и механизмов. Основными элементами которой должны стать социальные стандарты, нормы и нормативы. Стандарты могут использоваться для обоснования капитальных вло-

жений на среднесрочный пятилетний период. Для соответствующих расчетов на долгосрочный период целесообразно устанавливать перспективные стандарты.

С учетом федеральных стандартов (норм) органы государственной власти субъектов РФ и местного самоуправления вправе устанавливать соответственно региональные и местные социальные стандарты.

Традиционно повышенные стандарты обеспеченности объектами социальной сферы имеют Москва и Санкт-Петербург с учетом того, что они являются столичными городами и главными центрами межселенного обслуживания в стране с развитыми уникальными и специализированными видами обслуживания.

Плотность населения и густота поселений относительно равномерны только в пределах Главной полосы расселения России. На остальной территории, занимающей 2/3 страны, эти показатели более чем на порядок меньше, самыми малонаселенными к 1 января 2010 г. были Республика Саха (Якутия), Камчатский край, Магаданская область, Ненецкий, Чукотский и Ямало-Ненецкий автономные округа, где плотность населения составляла менее 1 человека на 1 км².

Столичный регион, резко отличающийся по плотности населения (57 человек на 1 км²) и густоте сети поселений (40 на 10 000 км²) [8], должен иметь особые нормы (стандарты), которые должны учитывать достигнутый высокий потенциал социальной сферы и специфику крупнейшей агломерации, например, повышенный уровень автомобилизации.

Почти также плотно заселен Северо-Кавказский федеральный округ, плотность населения которого 54 человека на 1 км².

Для исследования обеспеченности в социальной сфере в отраслях образование и здравоохранение в регионах Российской Федерации используется метод ранжирования.

Ранжирование (или метод ранговой оценки) требует расположения собранных данных в определенной последовательности (обычно в порядке убывания или нарастания каких-либо показателей) и, соответственно, определения места в этом ряду каждого из исследуемых (например, место региона в зависимости от коэффициента обеспеченности социальными объектами). Метод ранжирования редко применяется в чистом виде, обычно его используют в комплексе или в сочетании с другими методами, в исследовании будет использоваться комбинированный способ, который строится на выявлении ранга на основе сравнения с эталонным нормативом [6].

Таким образом, метод ранжирования в данном исследовании будет складываться из следующих показателей в области образования и здравоохранения:

1. Коэффициент обеспеченности местами в дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ).
2. Коэффициент обеспеченности местами в общеобразовательных учреждениях (ОУ).
3. Коэффициент обеспеченности больничными койками на количество жителей региона.
4. Коэффициент обеспеченности норматива посещения амбулаторно-поликлинического учреждения в смену.

Согласно предложенной методике было проанализировано состояние обеспеченности объектами социальной сферы субъектов Российской Федерации. За основу были взяты данные статистических сборников по регионам России. Период исследования строится на 2007–2010 гг., что же касается регионов, участвующих в построении типологий, это все субъекты Российской Федерации, за исключением городов федерального значения (Москва, Санкт-Петербург), таким образом, в классификациях участвует 81 субъект.

Типологии основывались на социальных показателях образования – обеспеченность местами в дошкольных образовательных учреждениях и общеобразовательных учреждениях, количество нуждающихся в них детей, в сопоставлении с рождаемостью. Что же касается здравоохранения – это показатель обеспеченности количеством коек на количество жителей и посещений в смену амбулаторно-поликлинических учреждений на количество жителей в сопоставлении с заболеваниями, зарегистрированными впервые.

Для того чтобы определить обеспеченность социальной инфраструктурой в регионах, необходимо отдельно проанализировать коэффициенты обеспеченности.

Для определения коэффициента обеспеченности местами в дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ) с учетом рождаемости (потребность в местах, дефицит/излишек), необходимы следующие показатели:

- потребность в местах в ДОУ;
- численность детей в них, чел.;
- численность детей на 100 мест в ДОУ (чел.).

$$K_{\text{обеспеченности местами в ДОУ}} = \\ = \text{Потребность в местах в ДОУ} - \text{Численность детей в них (чел.).}$$

Коэффициент будет рассчитан как разность между потребностью в местах и численностью детей в них (чел.).

В свою очередь потребность в местах в ДОУ рассчитывается как отношение: численность детей в них, чел., умноженное на 100 мест, к численности детей на 100 мест в ДОУ (чел.).

$$\text{Потребность в местах в ДОУ} = \\ = \frac{\text{Численность детей в них (чел.)} \cdot 100}{\text{Численность детей на 100 мест в ДОУ (чел.)}}$$

На основе предложенных формул была составлена следующая классификация с учетом классификации по усредненным показателям (2007–2010 гг.) – типология на основе коэффициента обеспеченности местами в дошкольных образовательных учреждениях с учетом ввода в действие дошкольных учреждений (мест) (2007–2010 гг.).

Исследования показали, что число детей на 100 мест в дошкольных общеобразовательных учреждениях в 2010 г. различалось в 46 % (минимальное значение численности детей на 100 мест в ДОУ в Саратовской обл. –

88 чел., максимальное значение в Республике Ингушетия – 134 чел.), что составило изменение в 1,6 раза.

Что же касается охвата детей дошкольными образовательными учреждениями, то этот показатель в 2009 г. различался на 74,7 % (минимальное значение в Республике Ингушетия – 8,8 %, максимальное – в Ненецком автономном округе – 83,5 %), что составило изменение в 9,5 раза.

Относительно ввода в действие дошкольных учреждений (мест), то дифференциация также огромная и по данным 2010 г. составляет 2905 (Тюменская область) мест. Есть регионы, в которых на протяжении 4 лет не вводились в эксплуатацию места в дошкольных образовательных учреждениях: Смоленская область, Республики Адыгея, Калмыкия, Дагестан, Северная Осетия – Алания, Марий Эл, Мордовия, Тыва, Магаданская область, необходимо отметить, что из этих субъектов только Магаданская область не нуждается в местах, так как профицит (избыток) составляет 600 мест, не критической является ситуация в Мордовии – всего 216 мест.

Проведя типологию субъектов Российской Федерации с учетом коэффициента обеспеченности местами в дошкольных образовательных учреждениях с учетом ввода в действие дошкольных учреждений (мест), были выявлены следующие типологические группы регионов.

1. С избытком мест в ДОУ (21 субъект) – сюда вошли регионы, в которых по расчетам наблюдается избыток мест в дошкольных образовательных учреждениях, а также необходимо отметить, что в некоторых субъектах несмотря на профицит продолжают вводить дополнительные места, например, Ивановская область, Ненецкий автономный округ, Республика Хакасия, Пензенская область, Чувашская Республика, Тамбовская, Тверская, Тульская области.

2. С небольшим избытком мест в ДОУ (4 субъекта) – это субъекты, где дефицит мест в дошкольных образовательных учреждениях менее 500, учитывая тенденцию повышения рождаемости, необходимо задуматься о сокращении этого дефицита.

3. Менее обеспечены местами в ДОУ и отсутствие ввода (7 субъектов) – в эту группу вошли регионы, где вообще за 4 года не ввели в эксплуатацию ни одного места в дошкольных образовательных учреждениях. Необходимо отметить, что в данную группу вошли 4 республики Северного Кавказа, Республики Тыва и Марий Эл, где наблюдается высокий коэффициент рождаемости (Тыва – 26,9 на 1000 чел. населения, Дагестан – 17,5 на 1000 чел. населения и т.д.)

4. Не обеспечены местами в ДОУ и незначительный процент ввода (41 субъект). В данной группе находится 50 % от всех субъектов Российской Федерации, они характеризуются дефицитом мест – от 243 (Еврейская автономная область) до 20 638 мест (Краснодарский край), а ввод колеблется от 0,19 % (Самарская область – 15 мест на дефицит – 7941 в среднем за 4 года) до 9,85 % (Забайкальский край – 342,5 места на дефицит – 3476 в среднем за 4 года).

5. Не обеспеченные местами в ДОУ, но с высоким процентом ввода (12 субъектов). В эту группу вошли регионы, которые характеризуются высоким процентом ввода от сложившегося дефицита от 10 % (Ярослав-

ская область – 200 мест на дефицит – 1965 в среднем за 4 года) до 122,29 % (Московская область – 1824 мест на дефицит – 2230,5 в среднем за 4 года). Из этой группы легко могут выйти и превратиться в регионы с небольшим избытком мест в ДОУ два субъекта РФ: Владимирская область – 26,11 % ввода от сложившегося дефицита (76,25 места на дефицит – 292 в среднем за 4 года), а также Камчатский край (36,32 % ввода от сложившегося дефицита – 107,5 места на дефицит в среднем за 4 года), не снижая темпы ввода.

Для того чтобы определить рекомендации, была спрогнозирована ситуация 2013 г. Ситуация складывается таким образом, что все субъекты Российской Федерации не обладают достаточным количеством мест в дошкольных образовательных учреждениях. Данная типология иллюстрирует, что прогноз нехватки мест в регионах колеблется от 30 (Амурская область) до 38 177 мест (Ростовская область), дифференциация по России составляет 1272 раза. Необходимо отметить, что данная типология учитывала ввод в действие места в ДОУ.

Для того чтобы охарактеризовать потребность в ученических местах, необходимо провести типологию обеспеченности местами в общеобразовательных учреждениях, по показателю удельного веса обучающихся в государственных и муниципальных общеобразовательных учреждениях (без вечерних (сменных) общеобразовательных учреждений), занимающихся во вторую и третью смены (на начало учебного года 2010/11) в процентах от общей численности обучающихся) в сравнении с рождаемостью в регионах; количеством ввода мест в учреждениях за последние четыре года; уровнем урбанизации; миграционными потоками.

Удельный вес школьников, обучающихся во 2-ю и 3-ю смены, различался в типологических группах на 37,8 %, а если сравнить с Москвой (которая не участвовала в классификации, показатель 0,6 %), то расхождение составит 39,4 %. При сравнении субъектов Российской Федерации различия составили 37,8 % (максимальное значение – Республика Ингушетия и Чеченская Республика (40 %), минимальное – Ленинградская область (2,2 %)).

1. В группы с экстремально высоким удельным весом обучающихся во 2-ю и 3-ю смены (от 40 до 20 %) и с относительно высоким удельным весом обучающихся во 2-ю и 3-ю смены (от 20 до 13%) попали 34 субъекта РФ, это регионы где:

- наблюдается высокий уровень рождаемости (Республики Тыва – 24,4 родившихся на 1000 чел., Ингушетия – 16,7, Алтай – 19,7 родившихся на 1000 чел. и т.д.) [9];

- отмечается высокий уровень урбанизации и невысокая рождаемость (Сахалинская область – 79,7 % городского населения, рождаемость – 11,8 родившихся на 1000 чел., ХМАО – 91,5 % городского населения, рождаемость – 14,4 родившихся на 1000 чел., Липецкая область – 63,7 % городского населения, рождаемость – 10,2 родившихся на 1000 чел. и т.д.) [9].

2. В группу со средним удельным весом обучающихся во 2-ю и 3-ю смены (от 13 до 6%) определены 36 субъектов РФ, которым характерно:

- средний уровень урбанизации (Республика Калмыкия – 44 % городского населения, Тамбовская область – 58,7 %, Оренбургская область – 59,6 % городского населения и т.д.) [9];

– низкий коэффициент рождаемости (Воронежская область – 9 родившихся на 1000 чел., Московская и Орловская области – 9,6, Ярославская область – 9,9 родившихся на 1000 чел., и т.д.) [9];

– миграционный приток (Московская область – 108 чел. на 10 тыс. чел. населения, Белгородская область – 39 чел., Самарская область – 24 чел. на 10 тыс. чел. населения, и т.д.) [9];

– сокращение общеобразовательных учреждений в период реформ (например, с 1990/91 по 2010/11 уч. годы сократилось следующее количество общеобразовательных учреждений: Калининградская область с 282 до 185, Тамбовская область с 850 до 213, Псковская область с 565 до 263, Республика Коми с 577 до 427 и т.д.) [9];

– сокращение в период демографического спада ввода в действие общеобразовательных учреждений (например, Курская область с 2118 ученических мест в 1995 г. до 48 в 2010 г., рождаемость увеличивается с 2004 г.; Республика Татарстан с 13 553 ученических мест в 1995 г. до 1871 в 2010 г., рождаемость увеличивается с 2002 г., а затем в 2007 г.; Кабардино-Балкарская Республика с 678 ученических мест в 1995 г. до 0 в 2010 г., рождаемость увеличивается с 2002 г., а затем в 2006 г. и т.д.) [9].

3. В группу с незначительным удельным весом обучающихся во 2-ю и 3-ю смены (от 6 до 2,2 %) включены 11 субъектов РФ, где практически отсутствует вторая и третья смены, на это направлена деятельность муниципальных властей, что также обусловливается климатическими условиями.

На основе проведенных типологий отметим, что имеются регионы, в которых катастрофическая ситуация с точки зрения отсутствия ввода ученических мест в общеобразовательных учреждениях (Владимирская и Смоленская области) при условии, что общий коэффициент рождаемости увеличился в сравнении с 2001 г. на 2 родившихся на 1000 чел. населения (в 2010 г. общий коэффициент рождаемости составил по Смоленской области – 10,4 родившихся на 1000 чел. населения, Владимирской – 10,2 родившихся на 1000 чел. населения).

Необходимо отметить, что группа с экстремально высоким удельным весом обучающихся во 2-ю и 3-ю смены (от 40 до 20 %) характеризуется с относительно высоким показателем ввода ученических мест, но это недостаточно, так как на территории этих регионов наблюдается высокий показатель рождаемости.

Наряду с этим приоритет в строительстве школ должен быть отдан следующим регионам: Владимирская, Смоленская области, Республика Ингушетия, Чеченская Республика, Республики Дагестан, Тыва, Алтай, Ямало-Ненецкий автономный округ, Кемеровская область, ХМАО, Иркутская, Томская, Амурская области.

Анализ зависимости вводов образовательных учреждений от рождаемости населения и динамики этого показателя по субъектам РФ во многих случаях показал низкий уровень их соответствия. Например, при высоком уровне рождаемости в Республике Ингушетия в 2007–2008 гг. вообще не велось строительство образовательных учреждений.

Если говорить о зависимости между удельным весом обучающихся во 2-ю и 3-ю смены и показателем ввода ученических мест, наблюдается несоответствие. Например, Республика Алтай находится в группе с экстремаль-

но высоким удельным весом обучающихся во 2-ю и 3-ю смены и общим коэффициентом рождаемости и составляет 20,5 родившихся на 1000 чел. населения (4-е место по РФ), находится в типологической группе со средним показателем ввода ученических мест.

Анализируя здравоохранение как составную часть социальной сферы, будем строить следующие типологии.

1. *Типология обеспеченности больничными учреждениями (коек) с учетом ввода в действие больничных учреждений и заболеваемостью населения (норматив обеспеченности больничными учреждениями – 134,7 койк на 10 тыс. жителей).*

Региональные различия размещения больничных учреждений значительно больше, чем образовательных.

Число больничных койк на 10 тыс. чел. населения в 2010 г. в субъектах Российской Федерации различалось в 3,5 раза (минимальное значение по Республике Ингушетии – 49,6; максимальное значение по Чукотскому автономному округу – 171,2).

На основе типологии выделены следующие типологические группы:

1.1. С экстремально низким коэффициентом обеспеченности БУ (менее 50 койк на 10 тыс. чел.), в данную группу вошел один регион – Республика Ингушетия, которой характерно 0 ввод больничных койк при уровне заболеваемости выше среднего.

1.2. С низким коэффициентом обеспеченности БК (от 50 до 86,1 койк на 10 тыс. чел.) – 13 регионов. Данная группа характеризуется стабильным вводом больничных койк в течение 4 лет на 100 тыс. населения (например, Республика Дагестан – 8,4, Калининградская область – 20, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра – 14,025, Республика Татарстан – 9,725, Тюменская область – 8,475). Исключение составляет Чеченская Республика, в ней не наблюдается ввод больничных койк в течение 4 лет, но необходимо отметить, что заболеваемость в этом регионе на низком уровне и составляет – 494 на 1000 чел. населения. Что касается заболеваемости в субъектах данной группы, она различна, но в южных регионах этот показатель значительно ниже, чем в целом по стране (например, Карачаево-Черкесская Республика – 446,6, Ставропольский край – 527,4, Краснодарский край – 575,8), данные регионы обладают туристско-рекреационным потенциалом, что позволяет сдерживать заболеваемость.

1.3. Со средним коэффициентом обеспеченности БК выше эталонного (от 86,1 до 94 койк на 10 тыс. чел.) – 15 регионов. В данной группе наблюдается не значительный, но стабильный ввод больничных учреждений, колеблющийся от 1 до 15 больничных учреждений (койк) на 100 тыс. населения, а также средней заболеваемостью.

1.4. С высоким коэффициентом обеспеченности БК (от 94 до 120 койк на 10 тыс. чел.) – 43 региона. Данная группа считается самой многочисленной в нее вошла половина российских регионов. У субъектов данной группы наблюдаются следующие особенности:

– отсутствует ввод больничных учреждений в 4-летний период (например, Ульяновская область, Кабардино-Балкарская Республика, Орловская область, Ярославская область, Пермский край);

– высокий показатель заболеваемости на 1000 чел. населения (зарегистрировано заболеваний у больных с диагнозом, установленным впервые в жизни) в 2010 г. (например, Республика Карелия – 1078,1, Республика Коми – 1037, Алтайский край – 1036,6, Республика Саха – 1023,5). Пример иллюстрирует, что заболеваемость на Северной территории нашей страны значительно выше, нежели на Юге.

1.5. С экстремально высоким коэффициентом обеспеченности БК (свыше 120 коек на 10 тыс. чел.) – 8 регионов. Данная группа иллюстрирует, что количество больничных учреждений значительно выше эталонного норматива.

2. *Типология обеспеченности мощности амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) с учетом ввода в действие посещений в смену и заболеваемостью населения (норматив обеспеченности амбулаторно-поликлиническими учреждениями – 181,5 посещений на 10 тыс. жителей).*

Необходимо отметить, что обращения на Южной территории России значительно меньше, чем в Северной, эта дифференциация составляет в 4,3 раза (минимальное значение Республика Дагестан – 116,2 (уровень заболеваемости – 766,4 на 1000 чел. населения), максимальное значение Чукотский автономный округ – 504,3 (уровень заболеваемости – 1213,7 на 1000 чел. населения), при среднегодовом вводе в действие на 100 тыс. населения в 2007–2010 гг., посещений в смену 14,3 и 0,5 соответственно).

На основе проведенной типологии выделены следующие группы регионов:

2.1. С низким коэффициентом обеспеченности АПУ (менее 181,5 посещений в смену на 10 тыс. чел.) – 3 региона, субъекты Северо-Кавказского федерального округа, характеризующиеся достаточной обеспеченностью амбулаторно-поликлиническими учреждениями, с заболеваемостью Карачаево-Черкесская Республика – 446,6 на 1000 чел. населения, Республика Дагестан – 766,4 на 1000 чел. населения, Республика Ингушетия – 835,3 на 1000 чел. населения. В данных регионах наблюдаются следующие среднегодовые показатели ввода в действие на 100 тыс. населения в 2007–2010 гг., посещений в смену: Карачаево-Черкесская Республика – 33,8, Республика Дагестан – 14,3, Республика Ингушетия – 24,3.

2.2. С коэффициентом обеспеченности АПУ выше эталонного (от 181,5 до 200 посещений в смену на 10 тыс. чел.) – 3 субъекта, также входящие в состав Северо-Кавказского федерального округа. Аналогично с первой группой характеризуются заболеваемостью ниже общероссийской Кабардино-Балкарская Республика – 400 на 1000 чел. населения, Чеченская Республика – 494 на 1000 чел. населения, Ставропольский край – 527,4 на 1000 чел. населения. Что же касается ввода АПУ, то в Чеченской Республике на протяжении 4 лет вообще не вводили учреждения АПУ, что обусловлено современными учреждениями, оснащенными в полном объеме. Ввод в Кабардино-Балкарской Республике составляет 11,5 на 100 тыс. населения в 2007–2010 гг., что ниже общероссийского, Ставропольский край – 36,3 на 100 тыс. населения в 2007–2010 гг., что в два раза выше общероссийского.

2.3. Со средним коэффициентом обеспеченности АПУ выше эталонного (от 200 до 258 посещений в смену на 10 тыс. чел.) – 41 субъект Российской

Федерации. Данная группа является самой многочисленной, где наблюдается стабильный ввод амбулаторно-поликлинических учреждений (например, на 100 тыс. населения в 2007–2010 гг. Воронежская область – 29,1, Республика Северная Осетия–Алания – 38,9, Республика Татарстан – 35,5 и т.д.). Уровень заболеваемости на 1000 чел. населения также равен среднему показателю (например, Забайкальский край – 741,6, Тульская область – 726,5, Пензенская область – 760,4 и т.д.)

2.4. С высоким коэффициентом обеспеченности АПУ (от 258 до 300 посещений в смену на 10 тыс. чел.) – 19 регионов. Для них аналогично прошлой группе наблюдается стабильный ввод амбулаторно-поликлинических учреждений (например, на 100 тыс. населения в 2007–2010 гг. Тюменская область – 20,4, Республика Саха (Якутия) – 46,5, Вологодская область – 71,2 и т.д.). Что же касается уровня заболеваемости на 1000 чел. населения, выше общероссийского (например, Ненецкий автономный округ – 887,1, Оренбургская область – 858,4, Удмуртская Республика – 957,7 и т.д.)

2.5. С экстремально высоким коэффициентом обеспеченности АПУ (от 300 посещений в смену на 10 тыс. чел.) – 15 регионов. Данная группа представлена в основном регионами Севера, характеризуется высоким показателем посещений амбулаторно-поликлинических учреждений (например, Мурманская область – 301,9, Магаданская область – 389,6, Чукотский автономный округ – 504,3). Уровень заболеваемости на 1000 чел. населения в этих регионах значительно выше, чем в целом по России (например, Чувашская Республика – 937,9, Алтайский край – 1036,6, Республика Коми – 1037, Архангельская область – 1049,1 и т.д.), а ввод в действие АПУ не стабилен (например, на 100 тыс. населения в 2007–2010 гг. Красноярский край – 6,3, Республика Тыва – 8,3, Магаданская область – 1,6, Чувашская Республика – 14,4 и т.д.).

3. *Типология субъектов РФ по критерию обеспеченности объектами социальной сферы.* В качестве приоритетных регионов предлагаются субъекты РФ с уровнем развития ниже среднего и с высокой рождаемостью. Выявлен критический уровень региональной дифференциации социального развития в удельной обеспеченности койками в стационарах – 3,5 раза, в частности, посещений в смену амбулаторно-поликлинических учреждений – до 4,3 раза.

Интегральный индекс обеспеченности объектами социальной сферы (в учреждениях образования и здравоохранения), на основе которого можно провести типологию развития социальной сферы, рассчитывался как среднеарифметическое из четырех частных коэффициентов (в среднем с 2007 по 2010 г.).

Интегральный индекс можно представить с помощью следующей формулы:

$$I_{\text{обеспеченности объектами СС}} = K_{\text{ДОУ}} + K_{\text{ОУ}} + K_{\text{БК}} + K_{\text{АПУ}}/4.$$

Нормирование частных коэффициентов проведено по методу линейного масштабирования, который позволяет отслеживать динамику реального роста/снижения каждого регионального показателя относительно стабильных референтных точек (стабильных максимальных и минимальных значений показателя).

Для того чтобы определить рейтинг каждого региона, были найдены значения для каждой из типологических групп коэффициентов. На основе рейтинга регионов по интегральному индексу обеспеченности объектами социальной сферы (СС) (в учреждениях образования и здравоохранения) было выявлено пять типологических групп (см. таблицу).

Рейтинг регионов по интегральному индексу обеспеченности объектами социальной сферы (в учреждениях образования и здравоохранения)

Группа	Интегральный индекс	Количество субъектов	Субъект
С экстремально высокой обеспеченностью объектами СС	1,75–2	10	Мурманская область, Чукотский, Ненецкий автономные округа, Республика Коми, Чувашская Республика, Ивановская, Магаданская области, Республики Карелия, Марий Эл, Тульская область
С относительно высокой обеспеченностью объектами СС	2–2,25	11	Тамбовская область, Хабаровский край, Новгородская, Орловская, Пензенская области, Республики Мордовия, Тыва, Хакасия, Смоленская, Тверская, Ульяновская области
Со средней обеспеченностью объектами СС	2,25–2,75	28	Архангельская область, Красноярский край, Курганская, Ленинградская области, Республика Калмыкия, Саратовская область, Еврейская автономная область, Камчатский край, Липецкая, Псковская области, Республики Бурятия, Северная Осетия–Алания, Астраханская, Вологодская, Калужская, Кировская, Костромская, Курская, Нижегородская, Омская, Оренбургская области, Республики Адыгея, Саха (Якутия), Рязанская область, Алтайский край, Сахалинская, Свердловская, Ярославская области
С относительно низкой обеспеченностью объектами СС	3–3,75	28	Амурская, Брянская, Владимирская, Волгоградская, Воронежская области, Забайкальский край, Иркутская, Новосибирская области, Республика Алтай, Томская область, Удмуртская Республика, Челябинская область, Кабардино-Балкарская Республика, Калининградская область, Пермский, Приморский края, Республики Башкортостан, Татарстан, Ростовская, Самарская, Тюменская области, Ямало-Ненецкий автономный округ, Белгородская, Кемеровская области, Краснодарский край, Московская область, Карачаево-Черкесская Республика, Ставропольский край
С экстремально низкой обеспеченностью объектами СС	4–4,5	4	Республика Дагестан, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Чеченская Республика, Республика Ингушетия

Расчеты интегрального индекса подтверждают огромные различия российских регионов. При заданном диапазоне от 0 до 5 региональные индексы различались от 1 до 4,5 (без учета городов Москва, Санкт-Петербург). В наибольшей степени индекс зависит от количества вводов объектов со-

циальной сферы, рождаемости, уровня урбанизации, показателей заболеваемости.

Среди лидеров (10 субъектов) регионы с профицитом мест в дошкольных образовательных учреждениях, с незначительным удельным весом обучающихся во 2-ю и 3-ю смены в общеобразовательных учреждениях (кроме Магаданской области коэффициент составляет около 15 % обучающихся во 2-ю и 3-ю смены), с обеспеченностью больничными койками (кроме Чувашской Республики, коэффициент составляет – 89,4 больничных коек на 10 тыс. чел. населения), с высокими показателями заболеваемости, но и высоким обращением в АПУ (кроме Тульской области – 244 амбулаторно-поликлинических учреждения на 10 тыс. чел. населения (на конец года; посещений в смену), Республики Карелия – 248,3 соответственно).

Необходимо отметить, что в данных регионах не наблюдается высокий коэффициент рождаемости, с точки зрения урбанизации наблюдается преобладание городского населения, так как в этой группе присутствуют северные регионы, где наблюдается повышенный коэффициент заболеваемости, то количество посещений в смену выше эталонного.

Региональная политика в этих регионах должна быть направлена на сокращение заболеваемости, т.е. использоваться инструменты региональных программ, направленные на оздоровление нации, региональному правительству необходимо уделить внимание или взять под особый контроль модернизацию в сфере здравоохранения; увеличение рождаемости в данных регионах, через инструменты поддержки за третьего и последующих детей, что также находится в ведении региональных органов власти, что будет способствовать сокращению профицита в дошкольных образовательных учреждениях.

Вторая группа типологии (11 субъектов) также характеризуется обеспеченностью объектами в социальной сфере: с избытком мест в дошкольных общеобразовательных учреждениях, со средним удельным весом обучающихся во 2-ю и 3-ю смены, со средним коэффициентом обеспеченности больничными койками выше эталонного, а также со средним коэффициентом обеспеченности АПУ выше эталонного.

Рекомендации остаются аналогичными, что и для первой группы.

Третья группа характеризуется средней обеспеченностью, в ней находятся 28 регионов, здесь наблюдаются: дефицит дошкольных образовательных учреждений, незначительный процент обучающихся во 2-ю и 3-ю смену, отсутствие больничных коек в некоторых регионах, со средней характеристикой посещения АПУ.

Региональная политика должна основываться на увеличении ввода мест в дошкольных образовательных учреждениях, а также в учреждениях здравоохранения (отсутствие больничных коек), через инструменты софинансирования и государственно-частного партнерства.

Четвертая группа (28 регионов) характеризуется относительно низкой обеспеченностью объектами социальной сферы, эта группа близка к экстремальной (пятой) обеспеченности, в которой находится на данный момент 4 региона. В данных субъектах наблюдается: высокий коэффициент рождаемости, с чем связано отсутствие мест в дошкольных образовательных учреждениях, отсутствие ввода мест в ДОУ, рождаемость влечет вы-

сокий процент обучающихся во 2-ю и 3-ю смены; отсутствие больничных учреждений (коек) также связано с отсутствием вводов в эксплуатацию больничных учреждений, что наблюдается на протяжении 4 лет, модернизация здравоохранения позволила решить вопрос с оборудованием, но не вводом новых или модернизацией старых учреждений, также за последние 4 года наблюдается рост заболеваемости, а посещение амбулаторно-поликлинических учреждений не растет и во многих регионах отстает от эталонного. (Исключение в этой группе составляет ХМАО, так как не является дотационным, но состояние социальной сферы характеризуется критической ситуацией нехватки мест в ДООУ, экстремально высоким удельным весом обучающихся во 2-ю и 3-ю смены, низким коэффициентом обеспеченности БК, со средним коэффициентом обеспеченности).

Для решения проблем обеспеченности объектами социальной сферы в четвертой и пятой группе необходимо строить региональную политику по следующим направлениям: увеличить ввод мест в ДООУ (необходимо строить новые учреждения); осуществлять ввод в общеобразовательных учреждениях; построить новые учреждения здравоохранения, проводить мероприятия, направленные на снижение заболеваемости населения (диагностика, диспансеризация и т.д.).

Типология регионов по уровню обеспеченности населения объектами социальной сферы является определяющей для финансирования ее развития из бюджетов субъектов РФ и федерального бюджета.

Для того чтобы выяснить соответствующую адекватность такого финансирования, целесообразно определить типологию регионов. Кроме того, финансовую обеспеченность регионов на социальные нужды необходимо соотнести с уровнем их экономического развития – ВРП в расчете на душу населения.

Для определения зависимости между расходами федерального бюджета на сферу здравоохранения и образования, в сопоставлении с количеством вводов мест в соответствующих учреждениях в работе были определены линейные коэффициенты корреляции.

1. Значения полученных коэффициентов корреляции показывают, что между расходами на образование и вводом в действие образовательных учреждений существует тесная ($r > 0,7$) прямая ($r > 0$) связь. Значения множественного коэффициента корреляции свидетельствуют о наличии тесной корреляционной связи между признаками, а совпадение значений подтверждает гипотезу о линейной форме связи.

2. Анализ коэффициентов корреляции показывает, что между расходами на здравоохранение и вводом в действие больничных учреждений связь слабая ($r < 0,4$) прямая ($r > 0$).

Следовательно, для улучшения ситуации в социальной сфере возникает необходимость реализации принципа субсидиарности, через такие инструменты, как минимальные социальные стандарты, которые позволят реально посчитать необходимость межбюджетных трансфертов. А также необходимо использовать инструмент софинансирования, когда муниципалитет не может реализовать свои обязательства, региональный или федеральный бюджет приходит на помощь, также реализуется принцип субсидиарности (как лучший уровень власти).

Возможно использование и другого инструмента – государственно-частного партнерства, т.е. привлечение бизнеса в развитие социальной инфраструктуры, также реализуется принцип subsidiarity, как участие населения в жизни общества.

Литература

1. *Басовский Л.С., Протасьев В.Б.* Управление качеством. М.: Инфра, 2000. 149 с.
2. *Ильин И.А.* Социальное строительство на территории России. М.: Наука, 2006. 146 с.
3. *Лексин В.Н.* Федеративная Россия и ее региональная политика. М.: ИНФРА-М, 2006. 352 с.
4. *Швецов А.Н.* Совершенствование региональной политики: Концепции и практика. М.: КРАСАНД, 2010. 320 с.
5. Министерство финансов Российской Федерации: Официальный сайт. URL: <http://www.minfin.ru/ru/> [07.09.2012].
6. Независимый институт социальной политики. Социальный атлас российских регионов / Тематические обзоры / Типология регионов [Электронный ресурс]. URL: <http://atlas.socpol.ru/typology/index.shtml> [06.02.2011].
7. Проект Федерального закона N 209727-3 «О минимальных государственных социальных стандартах» (ред., внесенная в ГД ФС РФ). URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=PRJ;n=12877>
8. Современная демографическая ситуация в Российской Федерации (аналитический материал) [Электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru/free_doc/2010/demo/dem-sit-09.doc/ [07.09.2012].
9. Федеральная служба государственной статистики: Официальный сайт [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gks.ru/> [сентябрь, 2012].

Bibliography

1. *Basovskij L.S., Protas'ev V.B.* Upravlenie kachestvom. M.: Infra, 2000. 149 p.
2. *Il'in I.A.* Social'noe stroitel'stvo na territorii Rossii. M.: Nauka, 2006. 146 p.
3. *Leksin V.N.* Federativnaja Rossija i ee regional'naja politika. M.: INFRA-M, 2006. 352 p.
4. *Shvecov A.N.* Sovershenstvovanie regional'noj politiki: Konceptii i praktika. M.: KRASAND, 2010. 320 p.
5. Ministerstvo finansov Rossijskoj Federacii: Oficial'nyj sajt. URL: <http://www.minfin.ru/ru/> [07.09.2012].
6. Nezavisimyj institut social'noj politiki. Social'nyj atlas rossijskih regionov / Tematicheskie obzory / Tipologija regionov [Jelektronnyj resurs]. URL: <http://atlas.socpol.ru/typology/index.shtml> [06.02.2011].
7. Proekt Federal'nogo zakona N 209727-3 «O minimal'nyh gosudarstvennyh social'nyh standartah» (red., vnesennaja v GD FS RF). URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=PRJ;n=12877>
8. Sovremennaja demograficheskaja situacija v Rossijskoj Federacii (analiticheskij material) [Jelektronnyj resurs]. URL: http://www.gks.ru/free_doc/2010/demo/dem-sit-09.doc/ [07.09.2012].
9. Federal'naja sluzhba gosudarstvennoj statistiki: Oficial'nyj sajt [Jelektronnyj resurs]. URL: <http://www.gks.ru/> [sentjabr', 2012].