

DOI 10.22394/1818-4049-2020-92-3-64-82

УДК 316.42(571.62)

**С. Н. Найден**  
**М. А. Грицко**  
**Н. С. Буревая**

## **Оценка развития социальной инфраструктуры в условиях реализации национальных проектов: опыт Хабаровского края**

*Современный этап реализации национальных проектов предусматривает значительный прорыв в сфере предоставления общественных благ, направленных на обеспечение высоких социальных стандартов в области демографии, здравоохранения и качества жизни. Проблемы дефицита, физического и морального износа объектов социальной инфраструктуры наряду с негативными последствиями демографических, экономических, экологических кризисов, формируют запрос общества на модернизацию и воспроизводство современных систем предоставления жизненно необходимых благ и услуг высокого качества и оптимальной доступности для всех слоев населения. Географическая удаленность, сложные климатические условия, низкая плотность населения и значительная распыленность населенных пунктов Хабаровского края требуют повышенного внимания к созданию объектов социальной инфраструктуры в максимальном приближении к потребителям. Оценка потенциальных масштабов развития социальной инфраструктуры в условиях реализации национальных проектов и возможностей достижения социально приемлемых нормативов обеспеченности населения социально значимыми услугами является целью настоящей работы. В статье рассматриваются динамика и пространственное распределение населения Хабаровского края в разрезе муниципальных образований. Отмечается проблема малонаселенности, которая вместе с удаленностью и слабым развитием муниципальной транспортной инфраструктуры провоцирует низкий уровень доступа к услугам социальной сферы, фактически изолируя часть населения от жизненно необходимых благ. На материалах муниципальной статистики по Хабаровскому краю анализируются динамика, масштабы и уровень развития здравоохранения, а также внутрирегиональная дифференциация доступа населения к медицинской помощи и медицинским услугам. Выполнена оценка перспективной численности населения, объемов и мощностей медицинских учреждений по муниципальным образованиям Хабаровского края с учетом строительства объектов здравоохранения в соответствии с национальными проектами и региональными программами развития до 2024 года. В результате проведенного исследования получены дополнительные характеристики и количественные оценки, свидетельствующие о низких темпах обновления и модернизации объектов социальной инфраструктуры, а также о невозможности достижения поставленных в национальных проектах целевых ориентиров по обеспечению высоких социальных стандартов при условии прогнозируемого роста численности населения в Хабаровском крае.*

**Ключевые слова:** население, социальная инфраструктура, здравоохранение, национальные проекты, Хабаровский край.

---

**Светлана Николаевна Найден** – д-р экон. наук, профессор РАН, главный научный сотрудник лаборатории региональных и межрегиональных социально-экономических исследований, Институт экономических исследований ДВО РАН (680042, Россия, г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская, д. 153). *E-mail:* nayden@ecrin.ru

**Мария Анатольевна Грицко** – канд. экон. наук, ученый секретарь, Институт экономических исследований ДВО РАН (680042, Россия, г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская, д. 153). *E-mail:* gritsko@ecrin.ru

**Наталья Сергеевна Буревая** – аспирант, Институт экономических исследований ДВО РАН (680042, Россия, г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская, д. 153). *E-mail:* burevaya@bk.ru

**Введение.** Устойчивое развитие общества невозможно без соответствующего развития человеческого капитала, необходимым условием воспроизводства которого является создание и поддержание достойного качества жизни [Капелюшников, 2016; Зубаревич, 2005; Человеческий, 2016]. Социальная инфраструктура как основа развития человеческого капитала [Тихонович, 2012], охватывая все сферы жизни и деятельности человека, начиная от базовых и повседневных условий быта и труда и заканчивая доступом к духовным благам и услугам, обеспечивающим его жизненно важные потребности, выступает фундаментом, способствующим реализации потенциальных возможностей личности [Найден, 2020]. В многочисленных стратегиях, направленных на стабилизацию или ускорение социально-экономического развития страны и ее регионов, в обязательном порядке предусматриваются мероприятия и механизмы расширения, воспроизводства, модернизации объектов социальной инфраструктуры. Не стал исключением из правила и современный этап реализации национальных проектов, которые предусматривают значительный прорыв в сфере предоставления общественных благ, направленных на обеспечение высоких социальных стандартов в области демографии, образования, здравоохранения, культуры, жилья и городской среды, транспортной и коммунальной инфраструктуры, безопасности жизнедеятельности и экологии<sup>1</sup>. Накопленные проблемы дефицита, физического и морального износа объектов социальной инфраструктуры наряду с негативными последствиями демографических, экономических, экологических кризисов, формируют запрос общества на модернизацию и воспроизводство современных систем предоставления жизненно необходимых благ и услуг высокого качества и оптимальной доступности для всех слоев населения. Одним из ограничений для решения данной задачи выступает объективное неравномерное пространственное распределение экономических и социальных ресурсов по территории страны, что наиболее ярко проявляется в регионах Дальнего Востока, отличающихся высокой дифферен-

циацией сложившихся стандартов жизни по сравнению с западными районами страны [Минакир, 2020].

Географическая удаленность, сложные рельефные и климатические условия, низкая плотность населения и значительная распыленность населенных пунктов требуют повышенных затрат на создание и функционирование объектов социальной инфраструктуры в максимальном приближении к потребителям. Не менее существенные различия сохраняются и между территориями внутри конкретных регионов, примером чему служат города и районы Хабаровского края как наиболее типичные представители сложившегося разнообразия. В условиях дефицита региональных бюджетов, крайне низкой наполняемости бюджетов муниципальных образований особую актуальность приобретает оценка потенциальных направлений развития социальной инфраструктуры в условиях реализации национальных проектов, что предполагает консолидацию финансовых, научно-информационных и экономических ресурсов в целях обеспечения развития человеческого капитала, повышения уровня и качества жизни населения, наиболее полного удовлетворения его потребностей.

**Население Хабаровского края: динамика и пространственное распределение.** Среди дальневосточных субъектов Федерации Хабаровский край является ярким представителем пространственной неоднородности. Значительная протяженность края с севера на юг (1800 км), разреженность мест проживания (плотность населения 1,67 чел./км<sup>2</sup>), различия в экономической активности и масштабах локальных рынков труда, в доступе населения к социальным благам и услугам обусловили наличие существенной дифференциации внутри самого субъекта.

Административно-территориальная структура края включает 19 муниципальных образований, в том числе два городских округа и 17 муниципальных районов. Но в реальности собственно самих поселений, где концентрированно проживает население, гораздо больше: 436 населенных пунктов, из которых 6 городов краевого значения, 1 город районного значения, 17 рабочих поселков и 412

<sup>1</sup> Национальные проекты / <http://government.ru/rugovclassifier/section/2641/>

сельских населенных пунктов<sup>2</sup>. Каждое из поселений имеет свой сформировавшийся экономический и социальный уклад, свои стандарты качества жизни, несмотря на то, что последние нигде в явном виде не зафиксированы.

На 01 января 2020 г. в крае проживало 1315,6 тыс. человек, в том числе более трети (38,3%) в суровых климатических условиях – местностях Крайнего Севера и приравненных к ним<sup>3</sup>. За 11 лет край потерял 87 тыс. человек или – 6,2% от численности на 1 января 2009 г. В основном

убыль коснулась территорий с суровым климатом и наименее благоприятными условиями жизни: Аяно-Майский, Николаевский, Охотский, им. Полины Осипенко, Ульчский районы потеряли каждого третьего жителя, Верхнебуреинский и Тугуро-Чумиканский районы – каждого четвертого. Однако и в южных муниципальных районах численность населения сократилась в пределах 15–20%, за исключением региональной столицы, которая сохраняет положительное сальдо (табл. 1).

Таблица 1

**Численность населения в муниципальных образованиях Хабаровского края**

Городские округа и муниципальные районы	Численность населения на 1 января, тыс. чел.		Изменение численности за 2009-2020 гг.		Структура населения, %
	2009	2020	тыс. чел.	%	2020
г. Хабаровск	579,2	616,4	37,2	6,4	46,8
г. Комсомольск-на-Амуре	271,0	244,8	-26,2	-9,7	18,6
Амурский район	70,5	58,1	-12,4	-17,6	4,4
Аяно-Майский район	2,8	1,9	-0,9	-33,1	0,1
Бикинский район	27,2	22,2	-5,0	-18,3	1,7
Ванинский район	40,2	32,7	-7,5	-18,7	2,5
Верхнебуреинский район	30,8	23,8	-7,0	-22,6	1,8
Вяземский район	25,3	20,8	-4,5	-17,9	1,6
Комсомольский район	32,4	27,7	-4,7	-14,5	2,1
Район им. Лазо	49,5	39,6	-9,9	-20,0	3,0
Нанайский район	20,0	15,7	-4,3	-21,6	1,2
Николаевский район	38,0	25,6	-12,4	-32,6	1,9
Охотский район	10,0	6,1	-3,9	-38,8	0,5
Район им. Полины Осипенко	6,0	4,3	-1,7	-29,1	0,3
Советско-Гаванский район	45,1	37,9	-7,2	-16,1	2,9
Солнечный район	35,9	29,3	-6,6	-18,3	2,2
Тугуро-Чумиканский район	2,5	2,0	-0,5	-21,2	0,1
Ульчский район	22,2	14,9	-7,3	-33,0	1,1
Хабаровский район	94,0	92,1	-1,9	-2,0	7,0
<b>Хабаровский край</b>	<b>1402,6</b>	<b>1315,6</b>	<b>-87,0</b>	<b>-6,2</b>	<b>100,0</b>

Источник: Динамика численности населения Хабаровского края по районам // <https://habstat.gks.ru/folder/20717> (дата обращения: 10 июня 2020); База данных муниципальных образований Хабаровского края / Росстат / <https://rosstat.gov.ru/dbscripts/munst/munst08/DBInet.cgi> (дата обращения: 09 июня 2020).

<sup>2</sup> Об утверждении реестра административно-территориальных и территориальных единиц Хабаровского края: Постановление Правительства Хабаровского края от 18.07. 2007 г. №143-пр (с изм. на 23.11.2018 г.).

<sup>3</sup> Динамика численности населения Хабаровского края по районам // <https://habstat.gks.ru/folder/20717> (дата обращения: 10 июня 2020).

По территории края население размещено крайне неравномерно — показатель плотности без учета городов варьирует от 0,01 чел. на 1 км<sup>2</sup> в самом малонаселенном Аяно-Майском муниципальном районе до 8,9 чел. на 1 км<sup>2</sup> в самом густонаселенном Бикинском районе. Хотя 82% жителей считаются городскими, большая часть (66% всего населения края) сконцентрирована в двух самых крупных центрах: региональной столице (г. Хабаровске, 616,4 тыс. чел.) и втором по статусу городе краевого значения (Комсомольске-на-Амуре, 244,8 тыс. чел.), где объективно развита социальная инфраструктура и шире возможности по предоставлению услуг социальной сферы. Сельские жители, хотя и составляют всего 18% от общей численности населения края, но с точки зрения расселения значительно рассредоточены по территории. В южных районах края 140,4 тыс. чел. проживают в 196 поселениях, а в северных районах на 216 поселений приходится всего 95,3 тыс. чел. Если исключить два муниципальных района, тяготеющих к центральным городам края (Хабаровский и Комсомольский), то на 308 оставшихся сельских поселений придется всего 121,8 тыс. чел., то есть в среднем на каждое село — менее 400 чел. Проблема малонаселенности вместе с удаленностью и слабым развитием внутримunicipальной транспортной инфраструктуры провоцирует низкий уровень доступа к услугам социальной сферы, фактически изолируя часть населения от жизненно необходимых благ. Особенно остро это проявляется в здравоохранении как базовой отрасли, обеспечивающей воспроизводство человеческого капитала, охрану здоровья и достойный уровень жизни.

**Социальная инфраструктура края: внутрирегиональная дифференциация и динамика развития здравоохранения.** К сожалению, последствия масштабных реформенных преобразований для ключевой отрасли оказались неоднозначными. Комплекс мер, призванных реализовать важнейший приоритет госу-

дарственной политики по обеспечению доступности медицинской помощи для широких слоев населения, был сформирован в первое десятилетие 2000-х годов. Как отмечается, уже к 2011–2013 гг. во всех субъектах РФ посредством программ модернизации отрасли шло масштабное переоснащение производственных мощностей медицинских организаций медицинским оборудованием, широкое внедрение информационных технологий, изменение кадровой политики, внедрение медицинских стандартов и др. Практически повсеместно субъекты РФ с 2013 г. приступили к выполнению планов мероприятий (дорожных карт), направленных на «повышение эффективности здравоохранения, включая реструктуризацию медицинских организаций, сокращение избыточного коечного фонда, и перемещение части производства медицинских услуг, оказывавшейся в круглосуточных стационарах, в поликлиники, маршрутизацию потоков пациентов, повышение оплаты труда медицинских работников. Эти мероприятия были призваны повысить уровень доступности, качества и безопасности медицинской помощи» [Дьяченко, 2016].

Сокращение больничного звена в системе здравоохранения Хабаровского края и обеспеченности населения больничными койками происходило в русле общероссийских тенденций. В Хабаровском крае на начало 2019 г. функционировало 67 больничных учреждений, 60% которых сосредоточены в двух крупных городах (26 — в региональном центре, 14 — в Комсомольске-на-Амуре). Масштабная «оптимизация» объектов социальной инфраструктуры привела к закрытию в среднем каждой четвертой больницы. Прежде всего, это коснулось мелких населенных пунктов, сокращение населения в которых в результате естественного и миграционного движения шло более быстрыми темпами<sup>4</sup>. Инфраструктура здравоохранения в крупных городах края осталась при этом практически без изменений.

Хотя для Хабаровского края в целом,

<sup>4</sup> Не обошлось без перегибов: попытка закрыть единственную больницу в районе им. Полины Осипенко вызвала общественный резонанс (Жителей Бриакана и Главного Стана услышали // Тихоокеанская звезда. 2017. 25 июля).

равно как и для всех дальневосточных субъектов, характерна высокая обеспеченность населения больничными койками: 88,5 в расчете на 10 тыс. человек населения, что почти на 11% превышает показатель в среднем по России (79,9), внутри региона наблюдается значительный разброс. Если в Хабаровском районе на каждую 1000 человек приходилось примерно 3 койки, то в Охотском районе – 12,2, Аяно-Майском районе – 14,3. Последнее обусловлено разницей в плотности расселения, значительной удаленностью друг от друга населенных пунктов и необходимостью сохранения объектов стационарной медицинской помощи в каждом из них. Высокая обеспеченность в целом по краю формируется за счет высоких показателей только 6 муниципальных образований, в число которых помимо городов Хабаровска и Комсомольска-на-Амуре входят Аяно-Майский, Бикинский, Николаевский и Охотский районы, где в общей сложности проживает 2/3 всего населения края. Для остальных районов и 1/3 населения доступ к госпитализации остается под вопросом.

Как справедливо отмечается, мы стали «свидетелями «структурной модернизации» сельского здравоохранения, когда повсеместно под различными предлогами или ликвидируются «неэффективно» функционирующие сельские участковые больницы и врачебные амбулатории – жёсткий вариант модернизации, или центральные районные больницы превращаются в «региональные центры специализированной медицинской помощи населению», участковые больницы и врачебные амбулатории трансформируются в ФАПы (фельдшерско-акушерские пункты – прим. авт.) – мягкий вариант модернизации» [Дьяченко, 2016].

Смена приоритетов оказания медицинской помощи в сторону амбулаторно-поликлинического звена, в котором должны быть сконцентрированы основные усилия по охране здоровья, профилактике и лечению заболеваний, диспансерному наблюдению, предполагала расширить доступность медицинской помощи для населения в независимости от места проживания. На начало 2019

года первичную помощь населению оказывало 296 амбулаторий, число которых увеличилось за анализируемый период на 70% (или 122 единицы) в основном за счет трех территорий: г. Хабаровска (+51 ед.), г. Комсомольска-на-Амуре (+22 ед.) и Хабаровского муниципального района (+19 ед.). Как следствие, на 21% выросла мощность амбулаторно-поликлинических учреждений. Лидерами среди муниципальных образований стали район им. Полины Осипенко (прирост мощности составил 2,1 раза по сравнению с началом 2009 г.), Охотский район (+85%), Николаевский (+64,4%), Бикинский (+51,7%), Ульчский (+50,4%), Аяно-Майский (45,4%), Солнечный (+35,7%) муниципальные районы. Но не обошлось без исключений: Верхнебуреинский и Советско-Гаванский муниципальные районы в результате «модернизации» здравоохранения сократили мощность амбулаторно-поликлинических учреждений на 25,5% и 6,9% соответственно.

«Конечно, крупные федеральные и региональные медицинские центры в результате программы модернизации 2011–2015 гг. сделали значительный шаг вперед, в этом нет сомнения, а вот модернизация медицинских учреждений в глубинке, без соответствующего ресурсного (кадрового) обеспечения была заранее обречена на провал» [Дьяченко, 2016].

За 2008–2018 гг. численность врачей всех специальностей в Хабаровском крае сократилась на 5,5% и составила 7,5 тыс. человек, объективно концентрируясь в лечебных учреждениях г. Хабаровска, г. Комсомольска-на-Амуре и Хабаровского муниципального района. Несмотря на снижение, край остается в лидерах по средней обеспеченности. Если в целом по стране на каждую 1000 человек к началу 2019 г. приходилось 4,8 врача, то в крае – 5,7. Однако при переходе на более низкий уровень территориальной иерархии ситуация с обеспеченностью врачами меняется диаметрально. Высокий региональный показатель формируется исключительно за счет двух территорий: краевой столицы, в которой на 1000 чел. приходится 8,7 врача, и Аяно-Майского района – 6,3. Для большинства жителей

остальных территорий возможность посещения врача ограничена в первую очередь малой численностью специалистов – менее 3-х врачей на 1000 жителей: Тугуро-Чумиканский район (1,5), Верхнебуреинский и Комсомольский (по 1,7), Хабаровский (1,8), Нанайский и Солнечный (по 1,9), Бикинский (2,0), им. Полины Осипенко (2,3), Вяземский (2,5), Амурский (2,7), Вяземский (2,9).

Перенос центра тяжести со стационаров на амбулаторное обслуживание, к сожалению, не улучшил кадровую ситуацию. Традиционное превышение среднекраевого значения по обеспеченности средним медицинским персоналом над среднероссийским к началу 2019 года было практически утрачено (10,11 и 10,16 специалистов на 1000 чел. соответственно). А реальная обеспеченность средним медицинским персоналом для подавляющей части муниципальных районов продолжает оставаться значительно ниже краевого уровня: Хабаровский район (3,9 специалистов на 1000 чел.), Комсомольский (5,7), Верхнебуреинский (6,0), Советско-Гаванский (6,6), Вяземский (7,1), им. Лазо (8,1), Нанайский (8,3), Солнечный (8,4), им. Полины Осипенко (8,6), Амурский, Бикинский, Ванинский (около 9). Безусловно лидирующее положение занимают в крае центральные города и районы Крайнего Севера, где обеспеченность специалистами среднего звена на 20-70% превышает среднекраевое значение. Тем не менее, ряд районов, приравненных к Крайнему Северу, оказались в числе пострадавших от «оптимизации» кадрового потенциала медработников – Верхнебуреинский район (обеспеченность сократилась на 56,4% по сравнению с 2008 годом), Комсомольский (-42,9%), им. Полины Осипенко и Советско-Гаванский (по -33,4%

в каждом).

При рассмотрении внутримunicipальной обеспеченности населения медицинским персоналом ситуация характеризуется еще более низкими показателями<sup>5</sup>.

Существующий в настоящее время уровень обеспеченности населения врачами составляет лишь порядка 45% от нормы. При этом в 17 муниципальных образованиях края показатель ниже регионального уровня, что свидетельствует о крайне острой нехватке специалистов. «В общей сложности дефицит медицинского персонала различного уровня составляет сегодня в государственных учреждениях края порядка 1,5 тысячи человек. Из них 700 вакансий приходятся на городские больницы и поликлиники и 800 на районные. Средний возраст медиков растет год от года (почти 40% врачей и среднего медперсонала – люди предпенсионного возраста), поскольку приток молодежи крайне мал (доля молодых специалистов составляет всего 20%). Очевидно, что если тенденция сохранится, то край уже в ближайшее десятилетие рискует потерять минимум четверть врачей»<sup>6</sup>.

Решить проблему нехватки медицинского персонала в учреждениях здравоохранения планируют к 2024 г. в рамках национального проекта «Здравоохранения» и регионального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами (Хабаровский край)»<sup>7</sup>. Одна из предложенных мер – это увеличение бюджетных мест в профильных учебных заведениях, а также работа по привлечению специалистов в больницы и амбулаторно-поликлинические учреждения края, расположенные в отдаленных районах по программам «Земский доктор» и «Земский фельдшер»<sup>8</sup>.

<sup>5</sup> Десять лет вынуждены обходиться без фельдшера жители села Венюково Вяземского района в Хабаровском крае. URL: <https://www.dvnovosti.ru/khab/2020/06/08/115673/#ixzz6P2IQC8aE> (дата обращения: 02.06.2020); Без медицинской помощи остались жители села Дубовый Мыс в Нанайском районе в Хабаровском крае // <https://regnum.ru/news/accidents/2815758.html> (дата обращения 17.07.2020)

<sup>6</sup> Хабаровский край теряет врачей. URL: <https://vostokmedia.com/article/general/14-10-2019/habarovskiy-kraj-teryaet-vrachey> (дата обращения 15. 11.2019)

<sup>7</sup> Государственная программа Хабаровского края «Развитие здравоохранения Хабаровского края»: Утверждена постановлением Правительства Хабаровского края от 22.10.2013 г. №350-пз (ред. от 31.03.2020 г. №123-пз) <http://docs.cntd.ru/document/465306539> (дата обращения: 16.06.2020)

<sup>8</sup> Вопросы кадровой политики обсудили на коллегии министерства здравоохранения края. URL: <https://www.khabkrai.ru/events/news/176250> (дата обращения: 12 ноября 2019 г.)

Несмотря на отчеты представителей региональной власти о высоких достижениях в области модернизации краевого здравоохранения<sup>9</sup>, независимые эксперты продолжают фиксировать низкую доступность медицинской помощи. Результаты исследования независимых экспертов, анкетирования 734 респондентов, опросы жителей северных районов Хабаровского края (Комсомольского, Амурского, Солнечного, Верхнебуреинского, Советско-Гаванского, Ванинского) показали, что в числе объективных причин нарушения доступности респонденты называют: «значительную удаленность ближайшего учреждения здравоохранения от места проживания – 89,6% респондентов, нерегулярное автобусное сообщение – 95%, отсутствие необходимого специалиста – 85,3%, физические ограничения, связанные со здоровьем – 36,8%, низкий уровень доходов – 86,7%» [Кононенко, 2012].

Последнее играет весьма существенную роль в условиях продолжающейся либерализации рынка, когда соотношение платных и бесплатных медицинских услуг все чаще меняется в пользу платных, что ведет к негативным последствиям. «Рост расходов домохозяйств на медицинские услуги провоцирует реализацию практики самолечения, которое сопровождается увеличением числа заболеваний на поздних стадиях, а это, в свою очередь, увеличением объемов и сложности оперативных вмешательств и фармакотерапии. Медицинская практика, реализуемая в последние десятилетия в ДФО, приводит к тому, что в условиях ограничения ресурсной базы (кадров, материально-технического обеспечения технологий, финансов) и дефектного управления система охраны здоровья населения становится неэффективной, что коррелирует с соотношением затрат и результатов (физическое развитие, заболеваемость, инвалидность и смертность)» [Дьяченко, 2018; Киселёв, 2017].

Низкая доступность медицинской помощи для населения края, в особенности в отдаленных муниципальных районах,

обусловленная сокращением числа лечебных учреждений, дефицитом врачебных кадров и повышенной нагрузкой на медицинский персонал, негативно отражается на показателях заболеваемости населения.

В целом по краю число зарегистрированных заболеваний с впервые установленным диагнозом составила 691,6 случая в расчете на 1000 чел. по итогам 2018 г. При этом в семи муниципальных районах уровень заболеваемости превысил среднее значение по краю, в том числе в Аяно-Майском районе – в 1,9 раза (рис.1).

За десятилетие 2008–2018 гг. динамика заболеваемости в 11 муниципальных районах, в число которых входит и региональная столица, ухудшилась. Наибольший прирост числа заболевших на каждую 1000 жителей был отмечен в Аяно-Майском районе (+64,0%), им. Полины Осипенко (+53,7%), Охотском (+40,2%), Нанайском (+29,2%), Николаевском (+20,7%). Если в региональной столице незначительный прирост удельной заболеваемости (+1,3%) происходил на фоне существенного прироста общей численности населения (+6,6%), то по остальным муниципальным образованиям, наоборот, в условиях сокращения населения, что наглядно демонстрирует ухудшение ситуации в области здоровья населения.

В 13 муниципальных районах сохраняется высокий уровень смертности населения от всех причин, превышающий краевой показатель, который на начало 2019 г. составил 12,8 промилле (или случаев на 1000 чел. населения), что на 1,2 промилле меньше, чем было в 2008 г., но на 0,4 промилле больше, чем в среднем по стране. Относительно благополучными с точки зрения низких коэффициентов смертности традиционно остаются г. Хабаровск (11,5 промилле) и Хабаровский район (8,4), что вполне объяснимо самой высокой обеспеченностью медицинской инфраструктурой и максимальной доступностью к соответствующим услугам, чего нельзя сказать об остальных территориях (рис. 2). Если в 2008 г. в аутсайдерах были Тугуро-Чумиканский район (26,6 промил-

<sup>9</sup> Презентация доклада Министра здравоохранения Хабаровского края «Об итогах работы отрасли «Здравоохранение» в крае в 2018 году и задачах на 2019 год» // <https://zdrav.khv.gov.ru/node/7373> (дата обращения 08 июня 2020).

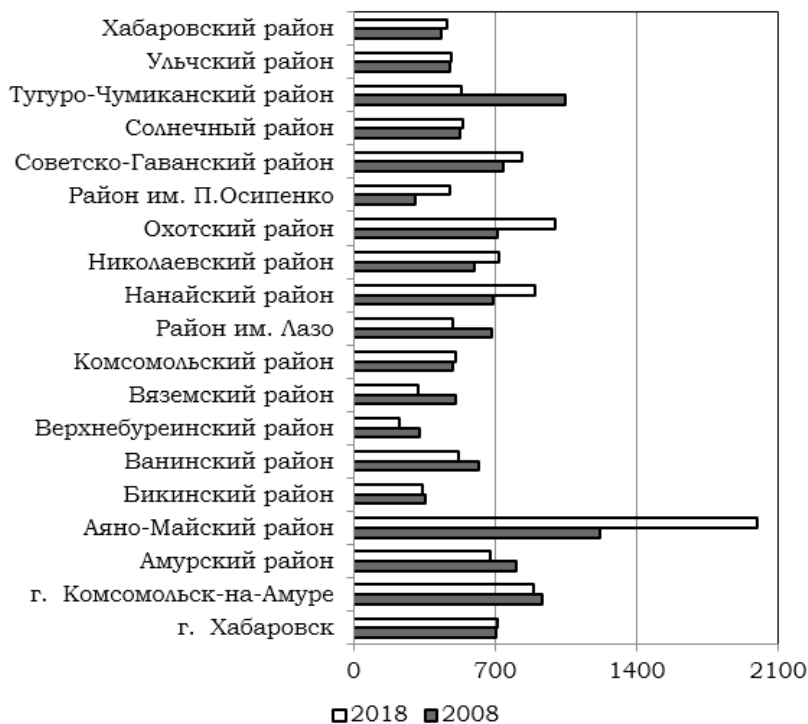


Рис. 1. Число зарегистрированных в Хабаровском крае заболеваний с впервые установленным диагнозом (на 1000 чел. населения)

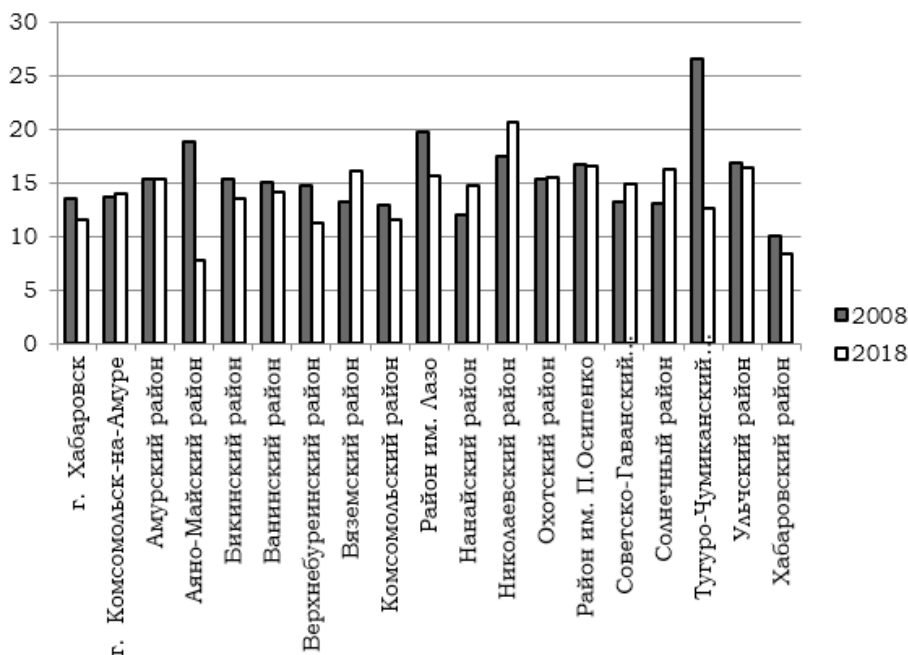


Рис. 2. Общий коэффициент смертности в Хабаровском крае (число умерших на 1000 чел. населения)

ле), им. Лазо (19,6), Аяно-Майский (18,9), Николаевский (17,5), Ульчский (16,9), им. Полины Осипенко (16,7), то к 2018 году наиболее угрожающая ситуация сложилась в Николаевском районе, где смертность выросла до 20,7 промилле, на 8,3 промилле превысив среднероссийский

показатель. В районах им. Полины Осипенко и Ульчском снижение коэффициента смертности за анализируемый период практически незаметно (-0,4 промилле по сравнению с 2008 г.), зато в Вяземском, Нанайском и Солнечном районах, наоборот, наблюдается рост на 23–25%.



При рассмотрении конкретных причин в крае в целом сохраняется более высокий показатель смертности населения от болезней кровообращения (617,0 случаев на 100 тыс. чел. населения против 583,1 в целом по РФ), несчастных случаев, отравлений и травм (136,5 против 98,5), болезней дыхания (43,9 против 41,6), болезней органов пищеварения (82,8 против 65,0)<sup>10</sup>. Среди муниципальных образований наиболее высокие показатели смертности, значительно превышающие не только среднекраевой порог, но даже среднероссийский, демонстрируют: по всем 6 классам причин – Николаевский район (превышение в 1,5–2,5 раза от среднего по стране), по 5 – Солнечный (в 1,2–2,1), по 4 – Ванинский (1,1–2,0), Амурский (1,3–1,9), Вяземский (1,3–1,5), по 3 – Верхнебуреинский (в 1,3–1,8), им. Лазо (1,3–1,8), Ульчский (1,5–1,7), Нанайский (1,3–1,6), по 2 – Охотский (1,3–3,3), им. Полины Осипенко (1,3–3,7), Комсомольский (1,2–1,9), Советско-Гаванский (1,3–1,8), по 1 – Тугуро-Чумиканский (1,6), Хабаровский (1,3) (табл. 2).

Самая катастрофическая ситуация складывается по классу смертности «от несчастных случаев, отравлений и травм», то есть от тех причин, по которым требуется максимально быстрое реагирование, скоростная доставка бригады врачей (например, к местам дорожно-транспортных происшествий на трассах), специальная техника для транспортировки пострадавших/пациентов, наличие соответствующего мобильного оборудования и специалистов. Из 19 муниципальных образований в 6, тех самых северных и удаленных, смертность по данному классу превышает средний показатель по стране в 2–3,7 раза. Одной из причин столь удручающих показателей является, в том числе, отсутствие специализированной медицинской помощи в стационарах и амбулаториях в пределах оптимальной доступности для населения.

«С точки зрения обеспечения доступ-

ной, качественной и безопасной медицинской помощью результаты многочисленных исследований указывают на формирование высокой степени социальной эксклюзии для большинства дальневосточников. Это явление связано в первую очередь с недостаточным уровнем доходов значительной части жителей региона, нарастающим дефицитом медицинских кадров и снижением уровня финансового обеспечения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи» [Дьяченко, 2018].

Проблемы географической, транспортной, экономической и временной доступности медицинской помощи, несомненно, требуют активных действий по модернизации и развитию современных объектов инфраструктуры, обеспечивающих стабилизацию демографической ситуации и воспроизводство человеческого капитала в регионе.

**Национальные ориентиры и перспективы развития социальной инфраструктуры.** Сложившаяся на протяжении длительного периода динамика численности населения Хабаровского края демонстрирует устойчиво убывающий тренд, несмотря на все усилия по стабилизации демографической ситуации [Мотрич, 2018]. Прогнозные оценки численности населения, регулярно обновляемые Федеральной государственной службой статистики в разрезе трёх вариантов развития ситуации, подтверждают этот вывод и «показывают наличие рисков в выполнении Концепции демографической политики на Дальнем Востоке России» [Мотрич, 2019], в соответствии с которой в Хабаровском крае к 2025 г. предполагается достижение численности населения в размере 1464 тыс. человек<sup>11</sup> в отличие от оценок Росстата в пределах 1 268,7–1303,6 тыс. человек<sup>12</sup>.

В научной литературе отмечается, что «целевые индикаторы, представленные

<sup>10</sup> *Здравоохранение в России. 2019: Стат.сб./Росстат. М., 2019; Городские округа и муниципальные районы Хабаровского края. Основные социально-экономические показатели. 2018 год: Сб. /Хабаровскстат. Хабаровск, 2019.*

<sup>11</sup> *Концепция демографической политики Дальнего Востока на период до 2025 г.: Распоряжение Правительства РФ от 20.06.2017 г. № 298-р (с изм. на 23.12.2019 г.) <http://docs.cntd.ru/document/436744671>*

<sup>12</sup> *Демографический прогноз перспективной численности населения до 2035 года. Росстат // <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13285> (Дата обращения 20.05.2020)*

Таблица 2

**Смертность по основным классам причин смерти в муниципальных образованиях Хабаровского края в 2018 г.**

Городские округа и муниципальные районы	Отклонение показателя от среднего значения по РФ, %					
	болезни системы кровообращения	новообразования	несчастные случаи, отравления и травмы	болезни органов дыхания	болезней органов пищеварения	инфекционные и паразитарные болезни
г. Хабаровск	1,9	-5,1	12,7	-4,6	16,8	7,2
г. Комсомольск-на-Амуре	12,1	-7,8	44,9	12,7	52,3	-9,3
Амурский район	35,4	3,7	89,6	30,5	28,0	0,8
Аяно-Майский район	-64,2	-74,3	217,6	н/д	-19,8	н/д
Бикинский район	12,9	-4,5	51,1	19,2	10,9	33,9
Ванинский район	-3,4	12,8	98,8	23,1	52,9	-10,6
Верхнебуреинский район	-37,3	-17,1	79,2	28,4	38,9	-13,1
Вяземский район	52,5	30,2	41,5	-42,3	25,7	-18,6
Комсомольский район	-4,2	3,6	91,5	22,1	11,5	-23,3
Район им. Лазо	20,1	-9,8	78,4	30,8	25,7	-16,1
Нанайский район	12,4	-6,8	60,0	-24,3	45,5	33,5
Николаевский район	52,3	45,2	153,2	181,5	115,1	91,9
Охотский район	6,4	-16,0	230,6	-25,5	-28,5	31,4
Район им. Полины Осипенко	28,9	-21,5	269,9	9,4	-30,0	н/д
Советско-Гаванский район	9,0	-9,3	76,4	-68,8	31,7	-22,9
Солнечный район	22,8	23,1	109,1	46,2	76,6	-28,4
Тугуро-Чумиканский район	-65,0	-49,8	55,3	н/д	-21,5	н/д
Ульчский район	-4,8	-19,6	52,4	72,6	60,6	-16,9
Хабаровский район	-22,2	-37,1	-13,6	-13,5	-14,5	29,2
<b>Хабаровский край</b>	<b>5,8</b>	<b>-5,6</b>	<b>38,6</b>	<b>5,5</b>	<b>27,4</b>	<b>2,5</b>

Источник: Городские округа и муниципальные районы Хабаровского края. Основные социально-экономические показатели. 2018 год: Сб. / Хабаровскстат. Хабаровск, 2019. С. 87–88.

в Концепции демографической политики Дальнего Востока на период до 2025 года, по своей сути являются нормативными параметрами, слабо связанными с реальными факторами и тенденциями социально-демографического развития макрорегиона. Как следствие, декларативный характер заявленных индикаторов обернулся вполне закономерным отставанием фактических показателей на начальном этапе реализации Концепции» [Белоусова, 2018]. Сопоставляя индикаторы с реально достигнутой численностью

населения, становится ясно, что к началу 2020 года вместо запланированных 1350 тыс. человек в Хабаровском крае числится 1321,5 тыс. человек, что на 2,5% ниже ожидаемого.

Исследователи отмечают, что прогнозы перспективного демографического развития выступают отправной точкой при формулировании гипотез относительно развития экономики, социальной сферы, динамики доходов, уровня и качества жизни, в том числе и в вопросах планирования развития и размещения объектов

социальной инфраструктуры [Архангельский, 2016; Архангельский, 2017].

По оценкам экспертов, сокращение численности населения в Хабаровском крае происходит не только за счет естественной убыли, но и в результате миграционного оттока. Объективными факторами миграции продолжают оставаться социально-экономические, географические, транспортные, климатические и другие условия [Мотрич, 2015]. На их основе формируются стереотипы поведения населения, включающие миграционную мотивацию [Мотрич, 2019]. Следовательно, задача формирования на территории края комфортной и безопасной среды для жизни и деятельности населения выступает одной из отправных точек экономической, социальной и пространственной стратегии развития региона [Минакир, 2008].

Одним из ориентиров такой стратегии стали национальные цели, объявленные Президентом РФ в 2018 г.<sup>13</sup>, в соответствии с которыми начался новый этап реализации 13 национальных проектов, в том числе направленных на развитие человеческого капитала и комфортной среды для жизни<sup>14</sup>. Практика использования данного инструмента стратегического планирования применяется с 2006 г. и имеет положительный опыт<sup>15</sup>. В состав каждого национального проекта включено несколько федеральных проектов, реализующихся на территории субъектов РФ через государственные программы.

Хабаровский край участвует в реализации 11 национальных и 52 региональных проектов<sup>16</sup>, одной из задач которых является создание и модернизация объектов социальной инфраструктуры, в том числе в сфере здравоохранения. Кроме того, на территории края с 2013 г.<sup>17</sup> реализуется

Государственная программа «Развитие здравоохранения в Хабаровском крае», одной из задач которой является расширение сети медицинских учреждений.

Безусловно, что решение о строительстве объектов социальной инфраструктуры обосновывается не только потребностью в них, но и наличием необходимых средств для финансирования подобных проектов в региональных бюджетах, на чем акцентируется внимание в контексте финансового обеспечения социальных задач, возложенных на субъекты Российской Федерации. Именно через региональные бюджеты государство активно проводит экономическую и социальную политику, в том числе предоставляя региональным органам власти средства для пополнения расходных частей бюджетов, через которые осуществляется финансирование здравоохранения, образования, культуры и спорта, объектов жилищно-коммунального хозяйства. Этот механизм используется и для создания новых объектов социальной инфраструктуры.

На основании приоритетов развития Хабаровского края происходит отбор наиболее важных объектов для социального и экономического развития. В первоочередном порядке средства распределяются на проекты, обеспечивающие:

- реализацию Указов Президента Российской Федерации (в том числе на реализацию нацпроектов);
- реализацию поручений Губернатора Хабаровского края, которые зачастую формируются в соответствии с обращениями населения края;
- строительство социальных объектов, осуществляемое в рамках софинансирования из федерального бюджета.

При планировании строительства объектов социальной инфраструктуры на тер-

<sup>13</sup> О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года: Указ Президента РФ от 07.05.2018 г. №204 <http://kremlin.ru/acts/bank/43027> (дата обращения 20.05.2020).

<sup>14</sup> Национальные проекты – будущее России <https://futureussia.gov.ru/> (дата обращения: 20.05.2020).

<sup>15</sup> История национальных проектов в России <https://tass.ru/info/6101471> (дата обращения: 21.05.2020).

<sup>16</sup> Аналитические материалы по реализации Национальных проектов в Хабаровском крае <https://nr.khabkrai.ru/Important> (дата обращения: 13.08.2020)

<sup>17</sup> Государственная программа Хабаровского края «Развитие здравоохранения Хабаровского края»: Утверждена постановлением Правительства Хабаровского края от 22.10.2013 г. №350-пр (ред. от 31.03.2020 г. №123-пр) <http://docs.cntd.ru/document/465306539> (дата обращения: 16.06.2020).

ритории Хабаровского края отраслевыми органами исполнительной власти определяется источник их финансирования, который закрепляется в государственных программах края, где отражается период строительства социальных объектов.

На основе официальной информации (по материалам Правительства Хабаровского края) в рамках исследования был сформирован перечень объектов социальной инфраструктуры, ввод которых предусмотрен в текущем периоде до 2023–2024 гг. Используя информацию об уже существующих мощностях и объемах вводимой мощности, рассчитаны перспективные показатели, характеризующие масштабы объектов здравоохранения в разрезе муниципальных образований края, которые будут достигнуты к началу 2025 г. (табл. 3).

Анализ представленных результатов показывает, что в случае реализации всех запланированных в официальных документах федерального и краевого уровня мероприятий по строительству и вводу в эксплуатацию объектов здравоохранения, прирост мощностей к 2024 г. относительно уровня 2019 г. составит: по числу больничных коек +783 (6,7%), по числу посещений амбулаторно-поликлинических учреждений в смену +1980 (4,6%). Основной прирост стационарной инфраструктуры придется на города Хабаровск (+270 коек или 104,1% к 2019 г.) и Комсомольск-на-Амуре (+272 или 110,3%), Советско-Гаванский район (+174 или 176,7%), Николаевский район (+60 или 25%) и Ульчский район (+7 или 6,2%). Если расширение стационарных мощностей предусматривается только

Таблица 3

**Перспективы развития социальной инфраструктуры (здравоохранения)  
Хабаровского края до 2024 г.**

Городские округа и муниципальные районы	Число больничных коек		Число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений в смену	
	2019	2024	2019	2024
г. Хабаровск	6 635	6 905	23 629	24 029
г. Комсомольск-на-Амуре	2 651	2 923	8 214	8 714
Амурский район	314	314	1 913	1 963
Аяно-Майский район	27	27	49	174
Бикинский район	181	181	282	307
Ванинский район	246	246	912	962
Верхнебуреинский район	94	94	253	303
Вяземский район	79	79	599	599
Комсомольский район	135	135	656	756
Район им. Лазо	174	174	1 155	1 230
Нанайский район	68	68	428	528
Николаевский район	240	300	1 062	1 062
Охотский район	78	78	196	246
Район им. Полины Осипенко	29	29	81	181
Советско-Гаванский район	227	401	1 096	1 096
Солнечный район	121	121	848	898
Тугуро-Чумиканский район	13	13	80	130
Ульчский район	113	120	413	543
Хабаровский район	273	273	1 138	1 263
<b>Хабаровский край</b>	<b>11 698</b>	<b>12 481</b>	<b>43 004</b>	<b>44 984</b>

*Источник: выборка объектов и расчеты выполнены Н. С. Буревой.*

в 5 из 19 муниципальных образований, то сеть амбулаторно-поликлинических учреждений (как наиболее пострадавших в результате предыдущей «оптимизации») пополнится в 14. Традиционно почти половина новых амбулаторных мощностей будет введена в центральных городах, но максимальный прирост произойдет в Аяно-Майском районе, где возможности обслуживания в амбулаториях увеличатся в 3,5 раза по сравнению с 2019 годом, и в районе им. Полины Осипенко (в 2,2 раза).

Бесспорно, ввод новых объектов открывает дополнительные возможности для поддержки общественного здоровья. Однако возникает вопрос – насколько это решает существующую проблему низкой доступности услуг здравоохранения?

Для ответа на данный вопрос требуется, во-первых, определить перспективную численность населения до 2024 года, во-вторых, используя данные таблицы 3, рассчитать обеспеченность населения медицинскими учреждениями, и, в-третьих, сравнить полученные показатели с величиной соответствующего норматива.

Как уже было показано в начале, распределение численности населения по муниципальным образованиям Хабаровского края крайне неоднородно. В структуре численности населения наименьшую долю в течение исследуемого периода занимают Аяно-Майский и Тугуро-Чумиканский районы (по 0,1%), наибольшую – г. Хабаровск и г. Комсомольск-на-Амуре (46,7% и 18,7% соответственно). Используя про-

гнозные данные Росстата<sup>18</sup> и Концепции демографической политики<sup>19</sup> о численности населения по Хабаровскому краю в целом, а также сложившуюся в среднем за последние 10 лет структуру распределения населения, были получены оценки перспективной численности населения края до 2024 г. в разрезе муниципальных образований в нескольких вариантах. Учитывая продолжающуюся убыль населения края, к 2024 г. численность жителей при самом благоприятном стечении обстоятельств сможет достигнуть потолка «высокого» прогноза Росстата и составит 1302,5 тыс. чел. или -1,5% относительно 2019 г. Вероятность достижения максимальной величины, определенной в Концепции (1464 тыс. чел. или на 10,7% к уровню 2019 г.), практически нереальна, поэтому в дальнейших расчетах участвовали оценки перспективной численности населения в муниципальных образованиях по «высокому» варианту.

В качестве нормативов использованы минимально допустимые стандарты уровня обеспеченности объектами социальной инфраструктуры для населения муниципальных образований:

норматив 1б – 134,7 коек на 10 тыс. человек<sup>20</sup>;

норматив 2б – 110,71 коек на 10 тыс. человек<sup>21</sup>;

норматив 1а – 181,5 посещений в смену<sup>22</sup>;

норматив 2а – 150,83 посещений в смену<sup>23</sup>.

Недостаток представленных нормативов заключается в их усредненности,

<sup>18</sup> Демографический прогноз перспективной численности населения до 2035 года. Росстат // <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13285> (Дата обращения 20.05.2020)

<sup>19</sup> Концепция демографической политики Дальнего Востока на период до 2025 г.: Распоряжение Правительства РФ от 20.06.2017 г. № 298-р (с изм. на 23.12.2019 г.) <http://docs.cntd.ru/document/436744671>

<sup>20</sup> Социальные нормативы и нормы: Одобрены распоряжением Правительства РФ от 3.07.1996 г. №1063-р (с изм. на 26.01.2017 г.). Документ утратил силу на основании распоряжения Правительства РФ от 22.12.2017 г. №2905-р

<sup>21</sup> Доклад Межрегионального общества доказательной медицины «Сколько коек надо?» // <http://osdm.org/wp-content/uploads/2014/03/Skolko-kоек-nado-Ulembekova.pdf> (стр. 6)

<sup>22</sup> Социальные нормативы и нормы: Одобрены распоряжением Правительства РФ от 3.07.1996 г. №1063-р (с изм. на 26.01.2017 г.). Документ утратил силу на основании распоряжения Правительства РФ от 22.12.2017 г. №2905-р

<sup>23</sup> Рассчитано в соответствии с методикой, изложенной в Письме Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2018 г. №11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов (приложение 5)» // <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72044032/>

без учета специфики и пространственных особенностей конкретных территорий. Тем не менее, они демонстрируют возможную границу, обозначающую минимально допустимые рамки изменения социальных стандартов. Дальнейший анализ строился на сопоставлении нормативного, существующего и перспективного уровня обеспеченности объектами социальной инфраструктуры населения муниципальных образований к началу 2025 г. в случае реализации «высокого» прогноза изменения численности населения края<sup>24</sup>.

Полученные результаты показывают, что даже в случае ввода в строй всех запланированных объектов стационарного типа, необходимый уровень обеспеченности населения больничными койками будет обеспечен к 2024 г. по верхней границе норматива только в Аяно-Майском районе, где объективно мало населения и даже незначительное сокращение численности «улучшает» показатель (рис. 3). В случае при-

менения нижней границы норматива в группу охваченных попадают города Хабаровск, Комсомольск-на-Амуре, Николаевский, Охотский районы и почти дотягивается Советско-Гаванский район. Если жители Хабаровского района имеют возможность воспользоваться стационарами региональной столицы, то для остальных территорий отсутствие такой возможности при низкой доступности внутри собственных районов порой оборачивается трагедией.

В отличие от доступа к больничным койкам большинство муниципальных образований имеют высокую обеспеченность амбулаторно-поликлиническими учреждениями, за исключением Бикинского, Верхнебуреинского и Хабаровского муниципальных районов, которые не только пострадали от прежней «оптимизации», но и в меньшей степени испытали отток населения (рис.4). Для этих территорий ввод в действие новых амбулаторий позволит лишь дотянуться до нижней границы норматива посещений

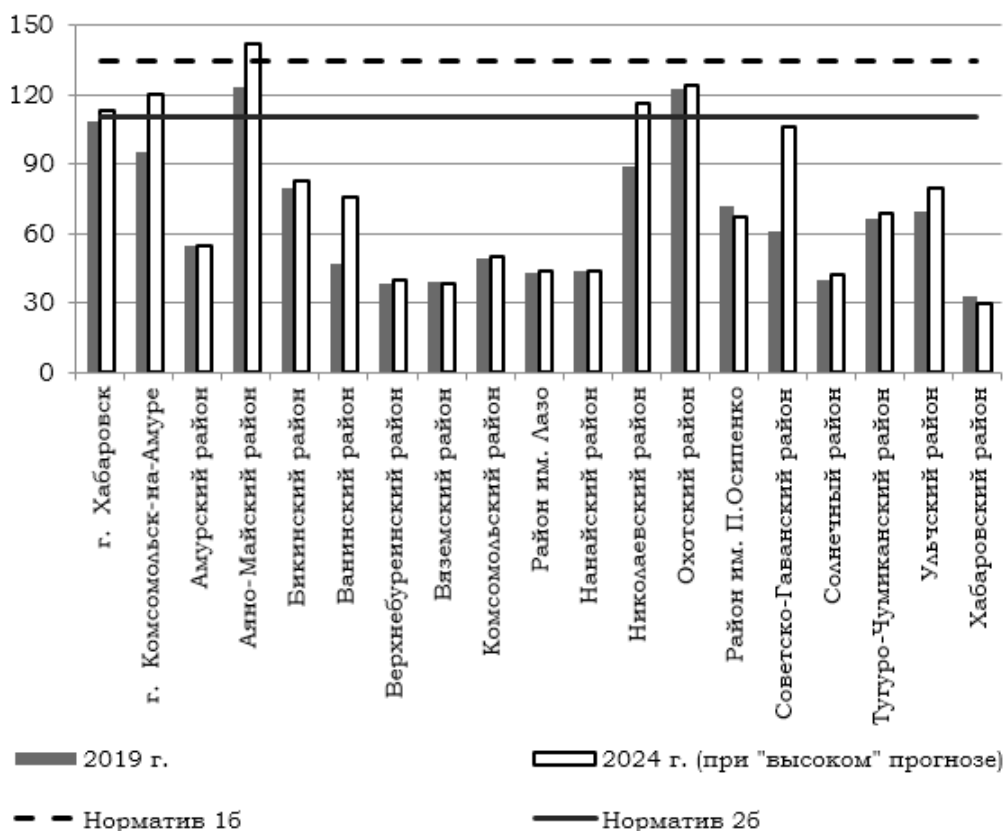


Рис. 3. Обеспеченность населения Хабаровского края медицинскими учреждениями стационарного типа, коек на 10 тыс. населения

<sup>24</sup> Расчеты выполнены Н.С.Буревой.

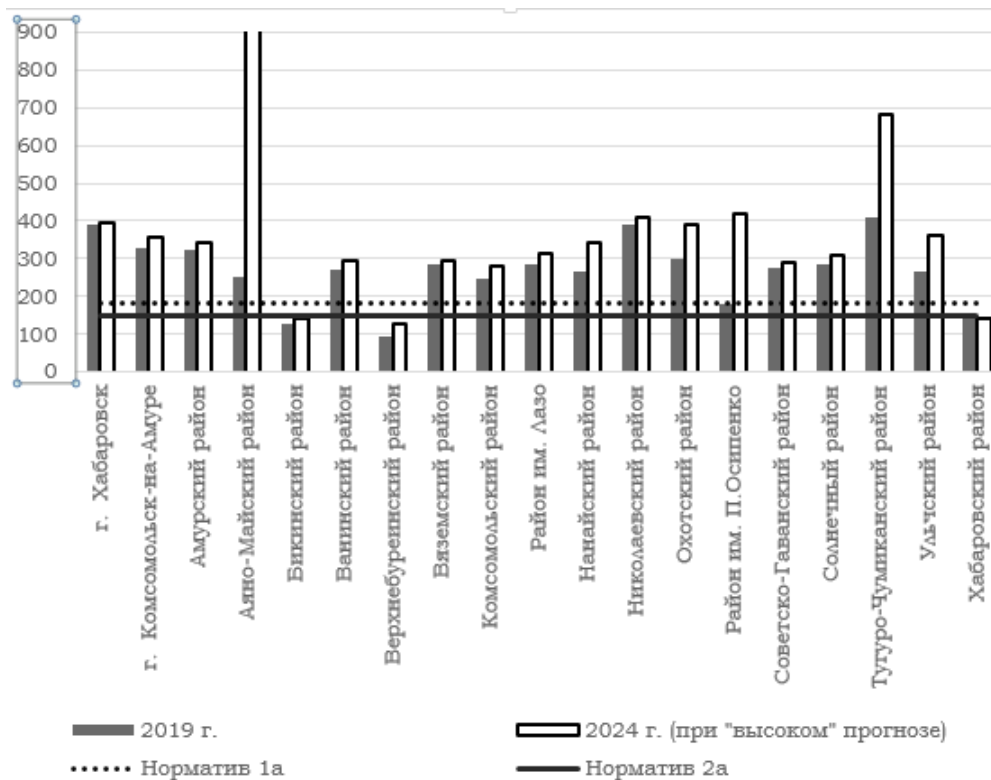


Рис. 4. Обеспеченность населения Хабаровского края медицинскими учреждениями амбулаторно-поликлинического типа, посещений в смену на 10 тыс. человек

в смену. При этом значительное превышение нормативного показателя в Аино-Майском, Тутуро-Чумиканском, Николаевском, им. Полины Осипенко, Охотском районах говорит не столько о высокой обеспеченности, сколько о пространственной рассредоточенности населенных пунктов, в каждом из которых требуется организация и содержание хотя бы минимально необходимого фельдшерско-акушерского пункта.

К сожалению, отсутствие доступной информации о видах, структуре и специализации медицинской деятельности не позволяют дезагрегировать полученные оценки и установить более точную связь между относительно «высокой» обеспеченностью медицинскими учреждениями амбулаторно-поликлинического типа и чрезмерно высокими показателями смертности по классам причин.

**Выводы.** В силу географических особенностей Хабаровского края и значительной протяженности территории жители муниципальных образований имеют разные возможности получения медицинских услуг. Проведенный анализ обеспеченности населения медицинской инфра-

структурой и кадрами свидетельствует о наличии высокой дифференциации показателей в разрезе муниципальных образований. Если в целом регион на фоне других субъектов и страны в целом занимает не самые низкие позиции по уровню обеспеченности населения медицинской инфраструктурой, то при анализе ситуации в разрезе муниципалитетов ситуация обратная. Картина в крае формируется исключительно высокими «столичными» показателями, обусловленными концентрацией в региональной столице больничных и амбулаторных учреждений федерального и регионального уровней, располагающих современными средствами диагностики и лечения, а также высококвалифицированным персоналом. Вместе с тем в крае сохраняется дефицит врачебных кадров.

В целом представленная картина наглядно демонстрирует недостаточный уровень развития социальной инфраструктуры в муниципальных образованиях края, по крайней мере, объектов здравоохранения, что в условиях внезапно пришедшей пандемии сказывается и в дальнейшем может катастрофически

сказаться на естественных показателях движения населения. В результате ввода в эксплуатацию мощностей социально-значимых объектов в рамках реализации национальных проектов на территории края уровень обеспеченности объектами социальной инфраструктуры населения края достигнет нормативного значения лишь в отдельных муниципальных образованиях, остальные территории продолжают испытывать дефицит, что станет дополнительным стимулом, мотивирующим население на отток.

В случае реализации высокого демографического прогноза, который можно назвать «оптимистичным» в сложившейся ситуации, доступ к объектам социальной инфраструктуры практически не изменится благодаря частичным вводам в строй объектов при одновременном незначительном снижении численности населения. Если же возникнут дополнительные (пока не известные) обстоятельства и произойдет стремительный прирост населения, заложенный в Концепции демографической политики Дальнего Востока, часть муниципальных поселений окажутся просто не готовы к наплыву новых потребителей и не смогут обеспечить новым жителям доступ к социально значимым услугам даже на уровне минимально необходимого норматива.

#### Список литературы:

1. Архангельский В. Н., Данилова И. А., Дмитриев Р. В., Хасанова Р. Р. Перспективы демографического развития России до середины века // *Народонаселение*. 2017. № 3 (77). С. 24–36. DOI: 10.26653/1561-7785-2017-3-2
2. Архангельский В. Н., Елизаров В. В. Демографические прогнозы в современной России: анализ результатов и выбор гипотез // *Научные труды: Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН*. М.: МАКС Пресс, 2016. С. 524–545
3. Белоусова А. В., Грицко М. А., Найден С. Н. Демографические перспективы развития Дальнего Востока и Хабаровского края: возможности достижения // *Власть и управление на Востоке России*. 2018. № 4 (85). С. 8–20. DOI: 10.22394/1818-4049-2018-85-4-8-20 (С.17).
4. Дьяченко В. Г. Рыночные реформы и доступность медицинской помощи населению // *Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России*. 2016. № 2. С.10. <http://www.fesmu.ru/voz/20162/2016201.aspx>
5. Дьяченко В. Г., Дьяченко С. В. Охрана здоровья населения Дальнего Востока России в условиях либеральной трансформации экономики и общественных отношений // *Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России*. 2018. № 3. С. 15–16. <http://www.fesmu.ru/voz/20183/2018301.aspx>
6. Зубаревич Н. В. Социальное развитие регионов России: проблемы и тенденции переходного периода. М.: URSS, 2005. 264 с.
7. Капелюшников Р. И. Экономические очерки: методология; институты; человеческий капитал. М.: ВШЭ, 2016. 574 с.
8. Киселев С. Н., Солохина Л. В. Индекс человеческого развития и отдельные показатели, характеризующие социальное благополучие населения ДФО // *Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России*. 2017. № 1. URL: <http://www.fesmu.ru/voz/20171/2017101.aspx>
9. Кононенко Т. В. Доступность медицинской помощи в территориях с низкой плотностью населения // *Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России*. 2012. №1. С. 4. <http://www.fesmu.ru/voz/20121/2012108.aspx>
10. Минакир П. А., Власюк Л. И., Демьяненко А. Н., Деваева Е. И., Калашников В. Д., Леонов С. Н., Мотрич Е. А., Рензин О. М. К вопросу о стратегии развития Хабаровского края // *Пространственная экономика*. 2008. № 3. С. 5–44 (С. 8).
11. Минакир П. А., Найден С. Н. Социальная динамика на Дальнем Востоке: дефект идей или провал институтов // *Регион: экономика и социология*. 2020. № 3 (107). С.30-61. DOI: 10.15372/REG20200302.



12. Мотрич Е. А. Демографическое развитие Хабаровского края: проблемы и перспективы // Народонаселение. 2019. Т. 22. № 3. С. 30–46. (С. 38–39) DOI: <https://doi.org/10.24411/1561-7785-2019-00025>.

13. Мотрич Е. А. Современная демографическая ситуация в Хабаровском крае // Регионалистика. 2018. Т. 5. № 6. С. 120–126. DOI: 10.14530/reg.2018.6.120.

14. Мотрич Е. А., Найден С. Н. Миграционные процессы в социально-экономическом развитии Дальнего Востока // Проблемы прогнозирования. 2015. №5 (152). С.108–118.

15. Найден С. Н., Грицко М. А., Буревая Н. С. Развитие социальной инфра-

структуры как условие роста человеческого капитала // Власть и управление на Востоке России. 2020. № 2 (91). С.16–29. DOI: 10.22394/1818-4049-2020-91-2-16-29.

16. Тихонович Э. А. Влияние социальной инфраструктуры на воспроизводство человеческого капитала // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 3: Экономика. Экология. 2012. № 1 (20). С. 22–28.

17. Человеческий капитал как фактор социально-экономического развития. Краткая версия доклада / отв. ред. Я. И. Кузьминов, Л. Н. Овчарова, Л. И. Якобсон; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. Дом Высшей школы экономики, 2016. 76 с.

#### **Библиографическое описание статьи**

Найден С. Н., Грицко М. А., Буревая Н. С. Оценка развития социальной инфраструктуры в условиях реализации национальных проектов: опыт хабаровского края // Власть и управление на Востоке России. 2020. № 3 (92). С. 64–82. DOI 10.22394/1818-4049-2020-92-3-64-82

**Svetlana N. Naiden** – Doctor of Economics, Professor, the Russian Academy of Sciences, Chief Researcher, Laboratory of the regional and interregional social and economic researches, the Economic Research Institute of FEB RAS (153, Tikhookeanskaya Str., Khabarovsk, 680042, Russia). *E-mail: naiden@ecrin.ru*

**Mariya A. Gritsko** – Candidate of Economics, scientific secretary, the Institute of economic researches of FEB RAS (153, Tikhookeanskaya Str., Khabarovsk, 680042, Russia). *E-mail: gritsko@ecrin.ru*

**Natal'ya S. Burevaya** – graduate student, the Economic Research Institute of FEB of RAS (153, Tikhookeanskaya Str., Khabarovsk, 680042, Russia). *E-mail: burevaya@bk.ru*

### **Assessment of the development of social infrastructure in the context of implementation of national projects: experience of the Khabarovsk territory**

*The current stage of implementation of national projects envisages a significant breakthrough in the provision of public goods aimed at ensuring the high social standards in the field of demography, health care and quality of life. The problems of shortages, physical and moral deterioration of social infrastructure facilities, together with the negative consequences of demographic, economic and environmental crises, form the demand of society for modernization and reproduction of modern systems for the provision of vital goods and services of high quality and optimal accessibility for all segments of the population. Geographical remoteness, difficult climatic conditions, low population density and significant dispersion of settlements in the Khabarovsk territory require increased attention to the creation of social infrastructure facilities as close as possible to consumers. Assessment of the potential scale of social infrastructure development in the context of implementation of national projects and possibility of achieving socially acceptable standards for the provision of socially significant services to the population is the purpose of this work. The article considers the dynamics and spatial distribution of population of the Khabarovsk territory in the context of municipalities.*

*There is a problem of sparsely populated population, which, together with the remoteness and weak development of municipal transport infrastructure, provokes a low level of access to the social services, effectively isolating part of population from the vital benefits. On the basis of municipal statistics in the Khabarovsk territory, the dynamics, scale and level of health care development are analyzed, as well as within the regional differentiation of population access to the medical care and medical services. Assessment of the perspective population, volumes and capacities of medical institutions in the municipalities of the Khabarovsk territory was made, taking into account the construction of health facilities in accordance with the national projects and regional development programs until 2024. As a result of this study, additional characteristics and quantitative estimates were obtained, indicating a low rate of renewal and modernization of the social infrastructure facilities, as well as impossibility of achieving the targets set in the national projects to ensure the high social standards under the condition of the projected population growth in the Khabarovsk territory.*

**Keywords:** population, social infrastructure, healthcare, national projects, the Khabarovsk territory.

### References:

1. Arkhangelsky V. N., Danilova I. A., Dmitriev R. V., Khasanova R. R. Prospects for the demographic development of Russia until the middle of the century *Narodonaseleniye* [Population], 2017, no. 3 (77), pp. 24–36. DOI: 10.26653/1561-7785-2017-3-2. (In Russian).
2. Arkhangelskiy V. N., Elizarov V. V. Demographic forecasts in modern Russia: analysis of results and choice of hypotheses *Nauchnyye trudy: Institut narodnohozyaystvennogo prognozirovaniya RAN* [Scientific works: Institute of National Economic Forecasting RAS]. M.: MAKSPress, 2016, pp. 524–545. (In Russian).
3. Belousova A. V., Gritsko M. A., Naiden S. N. Demographic prospects for the development of the Far East and the Khabarovsk Territory: opportunities for achievement *Vlast' i upravleniye na Vostoke Rossii* [Power and Administration in the East of Russia], 2018, no. 4 (85), pp. 8–20. DOI 10.22394/1818-4049-2018-85-4-8-20 (C. 17). (In Russian).
4. Dyachenko V. G. Market reforms and the availability of medical care to the population *Vestnik obshchestvennogo zdorov'ya i zdravookhraneniya Dal'nego Vostoka Rossii* [Bulletin of public health and health care of the Far East of Russia], 2016, no. 2, p. 10. <http://www.fesmu.ru/voz/20162/2016201.aspx> (In Russian).
5. Dyachenko V. G., Dyachenko S. V. Health protection of the population of the Far East of Russia in the conditions of liberal transformation of the economy and social relations *Vestnik obshchestvennogo zdorov'ya i zdravookhraneniya Dal'nego Vostoka Rossii* [Bulletin of public health and health care of the Far East of Russia], 2018, no. 3, p. 15–16. <http://www.fesmu.ru/voz/20183/2018301.aspx> (In Russian).
6. Zubarevich N. V. Social development of regions of Russia: problems and trends of the transition period. M.: URSS, 2005. 264 p. (In Russian).
7. Kapelyushnikov R. I. Economic essays: methodology; institutions; human capital. Moscow: Higher School of Economics, 2016. 574 p. (In Russian).
8. Kiselev S. N., Solokhina L. V. Human development index and individual indicators characterizing the social well-being of the population of the Far Eastern Federal District *Vestnik obshchestvennogo zdorov'ya i zdravookhraneniya Dal'nego Vostoka Rossii* [Bulletin of public health and health care of the Far East of Russia], 2017, no. 1. URL: <http://www.fesmu.ru/voz/20171/2017101.aspx> (In Russian).
9. Kononenko TV Availability of medical care in areas with low population density *Vestnik obshchestvennogo zdorov'ya i zdravookhraneniya Dal'nego Vostoka Rossii* [Bulletin of public health and health care of the Far East of Russia], 2012, no. 1, p. 4. <http://www.fesmu.ru/voz/20121/2012108.aspx> (In Russian).
10. Minakir P. A., Vlasyuk L. I., Demyanenko A. N., Devaeva E. I., Kalashnikov V. D., Leonov S. N., Motrich E. L., Renzin O. M. K the question of the development strategy of the Khabarovsk Territory *Pros-*

*transtvennaya ekonomika* [Spatial Economics], 2008, no. 3, pp. 5–44 (P. 8). (In Russian).

11. Minakir P. A., Nayden S. N. Social dynamics in the Far East: defect of ideas or failure of institutions *Region: ekonomika i sotsiologiya* [Region: economics and sociology], 2020, no. 3 (107), pp. 30–61. DOI: 10.15372/REG20200302. (In Russian).

12. Motrich E. L. Demographic development of the Khabarovsk Territory: problems and prospects *Narodonaseeniye* [Population], 2019, vol. 22, no. 3, pp. 30–46. (Pp. 38–39) DOI: <https://doi.org/10.24411/1561-7785-2019-00025>. (In Russian).

13. Motrich E. L. Modern demographic situation in the Khabarovsk Territory // *Regional Studies*. 2018. Vol. 5. No. 6. P. 120–126. DOI: 10.14530/reg.2018.6.120. (In Russian).

14. Motrich E. L., Nayden S. N. Migration processes in the socio-economic development of the Far East *Problemy prognoziro-*

*vaniya* [Problems of forecasting], 2015, no. 5 (152), pp. 108–118. (In Russian).

15. Naiden S. N., Gritsko M. A., Burevaya NS Development of social infrastructure as a condition for the growth of human capital *Vlast' i upravleniye na Vostoke Rossii* [Power and Administration in the East of Russia], 2020, no. 2 (91), pp. 16–29. DOI: 10.22394/1818-4049-2020-91-2-16-29. (In Russian).

16. Tikhonovich EA Influence of social infrastructure on the reproduction of human capital *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 3: Ekonomika. Ekologiya* [Bulletin of the Volgograd State University. Series 3: Economics. Ecology], 2012, no. 1 (20), pp. 22–28. (In Russian).

17. Human capital as a factor of socio-economic development. Short version of the report / *otv. ed. Ya. I. Kuzminov, L. N. Ovcharova, L. I. Yakobson*; Nat. issled. University Higher School of Economics. Moscow: Ed. House of the Higher School of Economics, 2016. 76 p. (In Russian).

---

#### **Reference to the article**

Naiden S. N., Gritsko M. A., Burevaya N. S. Assessment of the development of social infrastructure in the context of implementation of national projects: experience of the Khabarovsk territory // *Power and Administration in the East of Russia*. 2020. No. 3 (92). Pp. 64–82. DOI 10.22394/1818-4049-2020-92-3-64-82

---