

# СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

УДК 911.3: 369 (470.13)

© Дмитриева Т.Е.

© Бурьян М.С.

## Пространственное развитие социального сервиса северного региона \*

*В статье на материале Республики Коми рассмотрены параметры и особенности предоставления медицинских и образовательных услуг в северном регионе. Дана оценка проблем функционирования основных элементов территориального каркаса социального сервиса, обусловленных низкой плотностью, большими расстояниями и плохой связанностью пространства. Направления пространственного развития обозначены в контексте развития центров медицинских и образовательных услуг разного типа и укрепления взаимодействий в сети.*

*Социальный сервис, пространственное развитие, территориальный каркас.*



**Тамара Евгеньевна  
ДМИТРИЕВА**

кандидат географических наук, зав. лабораторией Института социально-экономических и энергетических проблем Севера Коми НЦ УрО РАН  
dmitrieva@iespn.komisc.ru



**Маргарита Степановна  
БУРЬЯН**

старший научный сотрудник ИСЭ и ЭПС Коми НЦ УрО РАН  
buryan@iespn.komisc.ru

### Методологические основания исследования

Теоретико-методологический контур проблематизации и стратегирования пространственного развития социального сервиса в северном регионе обозначают общие и пространственные тенденции

мирового развития, существенные с позиции роли, структуры и территориальной организации социального сервиса.

*Возрастание роли сервисного сектора*

Движение к постиндустриальному обществу является безусловным глобальным вектором. Среди важнейших признаков

\* Статья подготовлена в рамках выполнения Программы Президиума РАН «Фундаментальные проблемы пространственного развития Российской Федерации: междисциплинарный синтез». Проект «Постиндустриальная трансформация как фактор снижения периферийности пространства северного региона».

постиндустриального общества Д. Белл выделяет центральную роль теоретического знания как основы технологических инноваций; рост класса носителей знания (технических специалистов и профессионалов); преобладание в характере труда взаимодействия людей друг с другом, а не с природой и искусственными объектами; переход от производства товаров к производству услуг и появление новых видов услуг в гуманитарной и интеллектуальной области [1].

Сервисный сектор – важный элемент постиндустриального общества, потому что оно, по мнению Д. Белла, определяется качеством жизни, измеряемым услугами и различными удобствами, которые становятся желанными и доступными для каждого. Фундаментальными для новой жизни являются здоровье и образование, необходимое для роста технических потребностей и профессионального мастерства. Здоровоохранение, образование, научно-исследовательская деятельность и управление – именно их рост и развитие являются решающим фактором для постиндустриального общества.

Своеобразным индикатором движения к постиндустриальному обществу служит диверсификация самого сервисного сектора. По укрупненной типологии секторов экономики, предложенной А. Фишером в 1934 г. и уточненной К. Кларком в 1940 г., строительство и сфера услуг (торговля, финансы, транспорт, здравоохранение, индустрия развлечений), а также наука, образование и управление были отнесены к третичному сектору хозяйства. В совершенствовании категории третичного сектора Д. Белл отмечает заслуги П. Хатта и Н. Фуа, которые в 1953 г. выделили «четвертичный» и «пятеричный» сектора, связали изменения в структуре занятости с характеристиками социальной мобильности и подчеркнули решающее значение «пятеричного», или интеллектуального, сектора [1].

В схеме Хатта – Фуа – Белла собственно третичный сектор включает транспорт и коммунальное хозяйство, к четвертичному сектору относятся торговля, финансовые услуги, страхование и операции с недвижимостью, а к пятеричному – здравоохранение, образование, научные исследования, индустрия отдыха и сфера государственного управления.

Широко используемая классификация (Browning and Singelmann, 1975 г.) подразделяет услуги на распределительные (транспорт, коммуникации, торговля), производственные (финансы, страхование, бизнес-услуги), социальные (здравоохранение, социальная защита, образование и наука, почтовая служба, управление), личные (бытовые услуги, гостиницы и рестораны, культура/развлечения, ремонт) [2].

Опираясь на эту классификацию, объединим первую и вторую группу в производственный сервис, а третью и четвертую – в социальный сервис.

Для постиндустриальной трансформации экономики региона, как показал А.Н. Пилясов, главную роль играют интеллектуальная часть сегмента социальных услуг и научно-техническая часть сегмента бизнес-услуг (консалтинг, технический сервис и др.) [3].

Базовый вклад сервисного сектора в обеспечение качества жизни определяет его средообразующую роль. Постиндустриальная трансформация невозможна без формирования местного и притока извне человеческого капитала, без опоры на креативный класс, требовательный к условиям жизнедеятельности. Создание высокоорганизованной среды, отвечающей высокотехнологичным представлениям о комфорте и сервисе, особенно актуально в северных регионах для прекращения оттока и для закрепления населения.

Постиндустриальное общество — это сервисная экономика с повышенным спросом на услуги, вниманием к человеку, к комфортности среды, к возможности и необходимости непрерывного обучения населения.

Доклад о мировом развитии 2009 г. «Новый взгляд на экономическую географию», подготовленный группой Всемирного банка, утверждает: развитие в интересах всего населения при объективно неравномерном экономическом росте обеспечивают выравнивание потребления (уровня жизни) и распределение выгод от концентрации производства [4].

Данный тезис, с одной стороны, отражает признание неравномерности экономического развития, связанной с объективными условиями формирования прибыли за счет близости к ресурсам, эффекта агломерации и концентрации других рыночных факторов. С другой стороны, подчеркивает приоритетность критерия социальной справедливости экономического развития — где бы люди ни жили, они не должны быть не равны в своих возможностях и качестве жизни.

Выравнивание потребления (уровня жизни) реализуется в значительной степени усилением мощности и равномерности генерирования и трансфера услуг населению сервисным сектором возможным за счет перелива средств от эффективного концентрированного производства.

#### *Пространство развития и пространственное развитие*

Распределить в пространстве выгоды концентрированного роста и выравнивания потребления благ и услуг можно путем экономической интеграции — экономически подтягивая отстающие районы к ведущим. Экономическая интеграция осуществляется через рыночные механизмы агломерации, миграции и специализации с особым вниманием к рынкам земли, труда и товаров.

Инструменты содействия экономической интеграции включают следующие меры государственной политики:

⇒ территориально-нейтральные — институты (правовые нормы использования земли, рабочей силы, социальных услуг);

⇒ территориально-связующие — инфраструктура (политика и инвестиции в строительство дорог, портов, систем связи);

⇒ территориально-адресные — стимулы (социальные программы, налоговые льготы и преференции) [4].

Примером активной интеграции является европейская политика «сплочения территории», девиз которой: «превращая территориальное разнообразие в силу» [5]. Его содержание конкретизирует переход от политики регионального экономического развития, нацеленной на компенсацию регионам за их неблагоприятные условия, к политике, проектирующей региональный рост и конкурентоспособность и направленной на управление их факторами.

Условия разработки и применения инструментов экономической интеграции и одновременно индикаторы ее преобразующего действия на экономику и экономическую географию территории характеризуют три измерения *пространства развития*: плотность, расстояние, разобщенность, названные в докладе Всемирного банка факторами социально-экономического развития.

Плотность (density) означает плотность экономической деятельности и населения. Расстояние (distance) характеризует близость к узлам высокой экономической плотности, рассчитывается не только как физическое — в километрах, но и как экономическое — в затратах на транспорт. Разобщенность, замкнутость (division) вызывается местными различиями в правилах ведения бизнеса, нормативной базе, обычаях, неразработанность или сложность которых повышает транзакционные издержки.

Вызовам низкой плотности, больших расстояний, высокой разобщенности пространства, затрудняющим ход экономического и социального развития, противостоят такие принципы политики территориального сплочения, как концентрация экономической активности, связанность, взаимодействие [6, 7]. Целенаправленная реализация этих принципов позволяет качественно изменить пространство функционирования различных процессов жизнедеятельности и повысить их эффективность.

В отличие от пространства развития, характеризующего «рельеф», в котором протекает процесс, *пространственное развитие* представляет понятие, «заточенное» под управление. Обобщая определение П. Щедровицкого и В. Глазычева, данное для страны [8], обозначим пространственное развитие как выявление реального пространственного каркаса развития объекта, включая узлы опережающего роста и связи между ними, планирование направлений опережающего развития этих узлов и связей.

«Каркасный» подход к пространственному развитию в постиндустриальной терминологии может быть интерпретирован как «сетевой», раскрывающий морфологию пространства потоков, которое М. Кастельс противопоставляет исторически укорененному пространству мест [9].

Материальную форму пространства потоков составляют три слоя:

- первый слой – сеть коммуникаций, технологическая инфраструктура – фундаментальная пространственная конфигурация;
- второй слой состоит из узлов, где осуществляются стратегически важные функции в данной местности, и коммуникационных центров, координирующих взаимодействие элементов в сети;

- третий слой относится к пространственной организации доминирующих менеджерских элит, осуществляющих управленческие функции, вокруг которых строится организованное пространство.

Выявление и параметризация указанных слоев, включенность местностей («хинтерландов») в сети центров, интенсивность взаимодействий (расстояний в сети) в зависимости от положения точек – все эти позиции, безусловно, продуктивны и требуют эмпирической проработки в контексте пространственного развития социального сервиса.

#### *Функционально-территориальная организация социального сервиса Республики Коми*

В данной работе из всех элементов социального сервиса рассматриваются медицинские и образовательные услуги, в значительной мере определяющие условия жизни и развития людей.

Система лечебно-профилактических учреждений республики включает уровни первичной амбулаторно-поликлинической помощи в городской и сельской местности и специализированной помощи, профилированной по группам заболеваний (онкологической, психиатрической, противотуберкулезной, наркологической и др.), а также специализированной высокотехнологичной медицинской помощи.

Первичную помощь оказывают самостоятельные учреждения здравоохранения и амбулаторно-поликлинические подразделения, входящие в состав больничных учреждений. В сельской местности они представлены врачебными амбулаториями (амбулаториями врача общей практики), фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП), домами сестринского ухода, станциями (отделениями) скорой медицинской помощи.

Специализированные стационарные и амбулаторно-поликлинические медицинские услуги в городах оказывают диспансеры и городские больницы, в сельской местности — центральные и районные больницы. Высококвалифицированную и высокотехнологичную медицинскую помощь оказывают пять учреждений здравоохранения, расположенных в г. Сыктывкаре.

Система образования, призванная обеспечить для каждого жителя возможность получения базовых знаний, пройти профессиональную переподготовку или получить образование по новой специальности, включает дошкольное, школьное общее, начальное, среднее и высшее профессиональное образование.

Школьная сеть представлена в республике начальными, основными и средними государственными, муниципальными и частными школами, часть из которых в ранге ресурсных и опорных центров образования выполняет учебно-методические функции.

Стационарные и филиальские учреждения начального и среднего профессионального образования практически все размещены в городской местности.

Центрами концентрации стационарных высших учебных заведений являются города Сыктывкар, Ухта и Воркута.

Принимая во внимание характер предоставляемых услуг, определяемый полнотой (разнообразием видов), и ареал (географию и число получателей), вышерассмотренные функционально-статусные типы интерпретируем в территориально-иерархические, фиксируя основные типы сервисных центров в медицинско-образовательной сети республики.

*Поселенческие сервисные центры* предоставляют первичные медицинские и общеобразовательные услуги. В них работают ФАПы, врачебные амбулатории, участковые больницы, начальные, основные и средние школы, обслуживающие жителей

сельских и городских поселений муниципальных районов, а также административно-территориальных образований городских округов.

В *базовых сервисных центрах*, расположенных, как правило, в «столицах» муниципальных районов и городских округов или в их «вторых» центрах (пунктах, выделяющихся в муниципалитете производственным потенциалом), в центральных больницах (ЦБ) предоставляется более широкий спектр медицинских услуг, особенно в городских больницах. В рамках профильных учреждений (станции переливания крови, психоневрологические учреждения, туберкулезные диспансеры) оказываются и специализированные медицинские услуги. Наряду со средними общеобразовательными школами в базовых центрах работают опорные школы, оснащенные современным компьютерным оборудованием и укомплектованные высококвалифицированными педагогическими кадрами. Характерны для этих центров услуги начального и среднего профессионального образования.

*Комплексные сервисные центры* отличаются наиболее полным набором услуг, в первую очередь специализированных, которые в сегменте здравоохранения характеризуются уникальностью для данного региона, технологичностью, высокой квалификацией персонала. Эти услуги предоставляют Кардиологический диспансер, Онкологический диспансер, Перинатальный центр, Центр микрохирургии глаза.

В комплексных центрах размещаются ресурсные центры общего образования, ретранслирующие опыт введения профильного обучения, применения здоровьесберегающих технологий и т.д., а также учреждения высшего профессионального образования. В настоящее время к комплексным центрам социального сервиса можно отнести города Сыктывкар, Ухту, Воркуту.

### Проблемы пространственного развития социального сервиса

Функция социального сектора региона состоит в обеспечении своевременного и равного доступа к максимально полному (в рамках конкретного региона) набору услуг. Интегральный критерий доступности предусматривает не только наличие услуги, но и ее качество и стоимость. Это означает как физическую, так и экономическую доступность.

Современный уровень материально-технического и кадрового состояния, доступности сети недостаточно отвечает полноценному генерированию и трансферу медицинских и образовательных услуг. Анализ с опорой на параметры плотности деятельности; расстояний, влияющих на транспортную доступность услуг; разобщенности/разорванности пространства услуг позволит выявить особенности и сформулировать проблемы развития социального сервиса. Обобщенно основные позиции влияния плотности, расстояний и разобщенности на иерархизированное пространство медико-образовательных услуг представлены в *таблице 1*.

Как видно из таблицы, большие и труднопреодолимые расстояния в Республике Коми, как и любом другом северном регионе, оказываются критичным фактором пространства развития.

Дифференциация территории Республики Коми по уровню внутренней (от населенных пунктов до центра поселения) и внешней (от центров поселений до центров муниципальных районов) транспортной доступности была выявлена нами на основе специально разработанной методики [10].

Интерпретация ее результатов для анализа пространства развития социального сервиса позволила уточнить группировку административных территорий базовых сервисных центров и выбрать из них пилотные.

По соотношению территорий с разными типами транспортной доступности среди 20 муниципалитетов республики выделены 6 наиболее неблагоприятных по условиям связанности. При этом учитывалась доля дисперсных (с большими расстояниями до населенных пунктов от центров поселений) и удаленных от муниципального центра территорий.

В число неблагоприятных районов попали периферийные Ижемский, Усть-Цилемский, Троицко-Печорский, Усть-Куломский, Удорский и Прилузский. Для сопоставления характеристик из группы благоприятных муниципалитетов в качестве условно эталонных взяты Усть-Вымский и Койгородский районы.

Таблица 1. Особенности пространства медико-образовательных услуг

Параметры пространства развития	Специфика сети (пространственного каркаса) социального сервиса Характеристика размещения сервисных центров		
	Первичные	Базовые	Комплексные
Плотность предоставления услуг	Размещение центров с ФАПами и школами в целом соответствует системе расселения и удовлетворяет потребности в наличии услуг	Размещение центров с ЦБ и средними школами в целом удовлетворяет потребности Местные дисбалансы в услугах начального и среднего профобразования	Размещение центров со специализированными мед. услугами не отвечает современным требованиям. Дисбаланс по структуре специальностей высшего профобразования
Расстояния – транспортная доступность услуг	Низкая доступность центров в периферийных поселениях, районах, округах и их группах из-за удаленности населенных пунктов, неудовлетворительного состояния дорог и речных переправ, неустойчивого автобусного сообщения		
Разобщенность – неравный доступ к качественным услугам	Существенная дифференциация физической и экономической доступности услуг из-за различий в материально-техническом состоянии ФАПов, больницы, школ, квалификации персонала, в затратах на достижение центров с необходимыми услугами		

*Проблема предоставления услуг первичной сети социального сервиса заключается не столько в недостатке центров, сколько в неудовлетворительном их состоянии, снижающем качество медицинской помощи и общего образования.*

Размещение ФАПов, врачебных амбулаторий (ВА), участковых больниц (УБ), школ в целом соответствует системе расселения населения и приближено к потребителям. Их плотность неравномерна и зависит от людности, компактности/дисперсности размещения населенных пунктов, состояния транспортных коммуникаций и наличия круглогодичной или сезонной связи.

Особенности конфигурации сельского расселения в северном регионе отражают влияние природных и экономических факторов. Преимущественно линейный характер расположения пунктов в малоосвоенных районах связан с долинным, а в освоенных районах — с трассовым расселением. Южные районы, где географически и исторически развивалась дисперсная лесо- и сельскохозяйственная деятельность, отличаются большей плотностью, а значит, и меньшими расстояниями в системе расселения, но малой людностью населенных пунктов.

В размещении объектов здравоохранения выделяются ареалы с высокой плотностью первичной сети медицинских учреждений, отмеченные на картосхеме интенсивным качественным фоном (рис. 1). При этом типы размещения первичных центров различны и отражают характер расселения, что можно продемонстрировать на пилотных районах.

Долинный тип характерен для районов нижней Печоры (Усть-Цилемского и Ижемского) с речной системой расселения и слабой транспортной сетью. С учетом сравнительно большого числа и разреженности пунктов в каждом из поселений

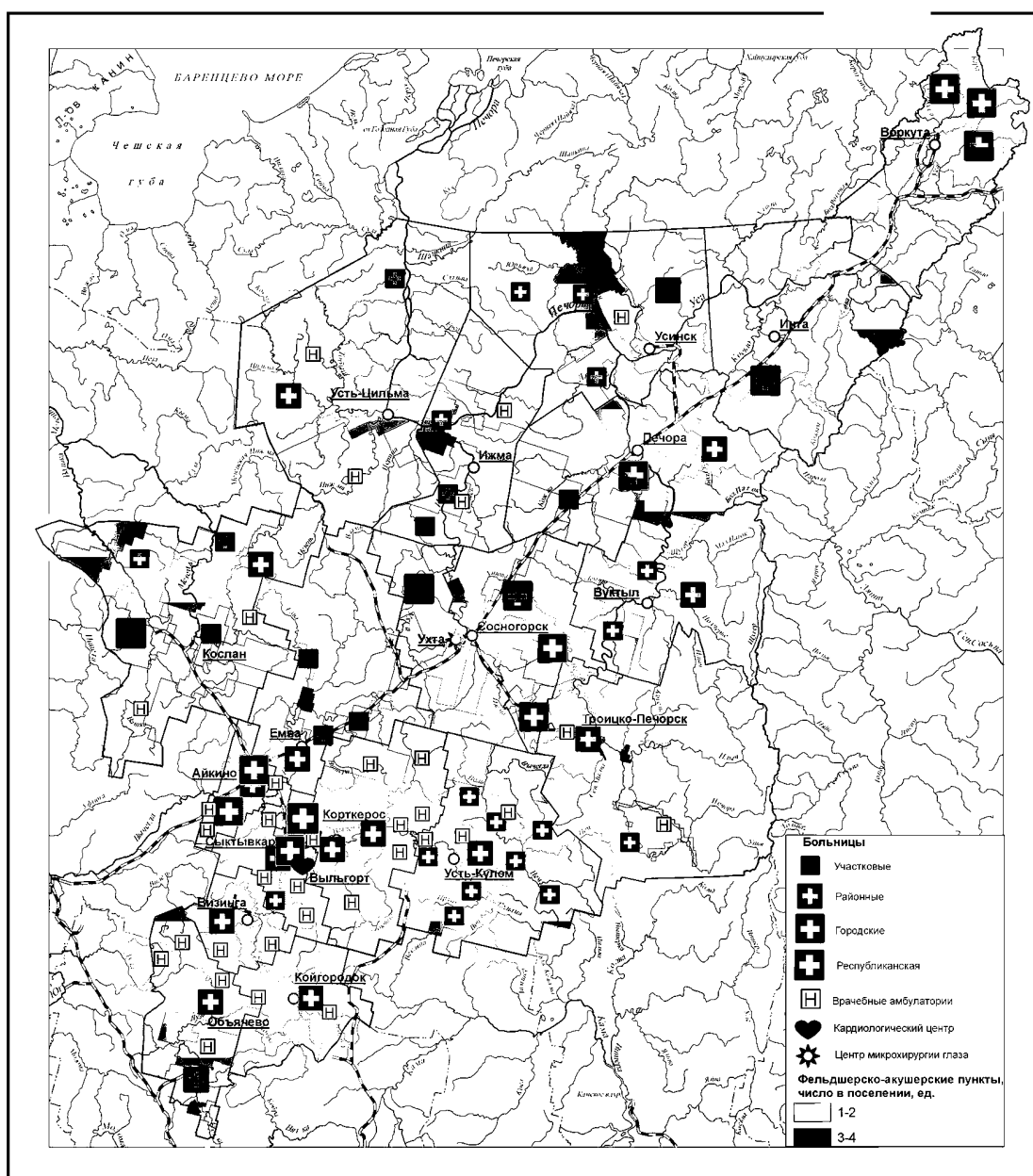
указанных районов действуют от трех до шести медицинских учреждений, обслуживающих от 100 до 700 человек. В половине поселений медицинскую помощь можно получить во всех населенных пунктах, а в остальных поселениях — почти во всех (за исключением одного, редко двух малочисленных пунктов).

Трассово-долинный тип размещения первичных сервисных центров присущ районам, располагающимся в верховьях рек — Печоры (Троицко-Печорскому), Вычегды (Усть-Куломскому), Мезени (Удорскому) и имеющим одну-две районные трассы. Как и в нижнепечорских районах, медицинские учреждения здесь есть в трех из четырех пунктов. Села и деревни без медучреждений находятся в приемлемой доступности к ФАПам и амбулаториям, за исключением двух-трех пунктов на район, население которых ограничено в получении первичной медицинской помощи.

Особенностями Прилузского, самого южного, района республики является плотное мелкооселенное расселение и в качестве транспортной оси — федеральная автодорога «Вятка». Здесь преобладает трассовый тип размещения центров первичной медицинской помощи, оказывающих услуги населению не одного населенного пункта, а нескольких. В первичной медпомощи из-за барьерности и удаленности ограничено население двух пунктов.

При расселенчески адекватной сети первичных медицинских услуг их качество сдерживает изношенная и устаревшая материально-техническая база. В целом по республике более половины зданий медучреждений — деревянные. В ряде районов от 60 до 80% деревянных помещений ФАПов имеют 100%-ный износ. Износ свыше 50% имеет 54% основных фондов, а в периферийных районах эти цифры составляют 100 и 70% соответственно.

Рисунок 1. Размещение учреждений здравоохранения Республики Коми



Размещение школьной сети зависит от демографической структуры населения и транспортной доступности населенных пунктов со школами. Для учащихся, проживающих на более удаленном расстоянии от школы, организуется подвоз на специальных автобусах. Максимально приближены к местам проживания начальные школы.

В районах с речной системой расселения средние школы расположены во всех поселениях (одна на четыре – пять населенных пунктов), при этом на одну среднюю школу в поселении приходится одна – две начальных. Число населенных пунктов без школ составляет два – четыре на поселение.



В районах со смешанным долинно-трассовым типом размещения первичных сервисных центров одна средняя школа действует на два — четыре, реже пять — шесть населенных пунктов, есть поселения только с начальным звеном обучения (одна школа на два — три населенных пункта), число населенных пунктов без школ достигает 3 — 5 на поселение.

В районах с преобладанием трассового характера размещения первичных центров на одну среднюю школу приходится в среднем три — семь, реже десять и более населенных пунктов, но с наличием в поселении начальной или основной школы. Много населенных пунктов без школ.

Главные проблемы предоставления общих образовательных услуг — недостаток и старение педагогических кадров, слабая материально-техническая база — особенно остры в сельских периферийных школах, где низкий уровень благоустройства, высокий износ деревянных зданий, нет преподавателей иностранного языка и информатики, работают учителя пенсионного возраста.

Ухудшение демографической ситуации (снижение рождаемости, постарение населения поселков и деревень, их обезлюдение), отток населения из северных районов и из села в город потребовали оптимизации школьной сети.

За последние 10 лет число школ существенно сократилось, а количество поселков и деревень без школ выросло. Республика приобрела опыт поиска взвешенных и неконфликтных решений при совмещении комплекса условий: нахождение школ по месту жительства школьников, допустимые (не более получаса и без рискованных лодочных переправ) расстояния доставки, обеспечение необходимого уровня образования (преподавание всех предметов, соответствующее оборудование).

При этом становится очевидным, что, учитывая социальную роль сельской школы, важно сохранить существующую сеть, технически обновив старые или построив, используя новые технологии, новые малокомплектные современно оборудованные и комфортные школы. Такие решения актуальны не только для труднодоступных, но и экономически и демографически устойчивых пунктов.

*Основная проблема базового уровня* сети социального сервиса заключается в низкой доступности центров, что относится главным образом к медицинскому обслуживанию. Не хватает в базовых центрах учреждений начального и среднего профессионального образования, готовящих квалифицированных рабочих для отраслей специализации республики — лесозаготовительной, деревообрабатывающей, нефтегазодобывающей, решающей данную проблему за счет вахтовиков из других регионов.

Ограничения транспортной доступности районных больниц из-за дальних расстояний, барьеров в движении по причине неудовлетворительного состояния дорог и речных переправ, редкого и неустойчивого автобусного сообщения вызывают дискриминацию части населения в получении своевременной и квалифицированной медицинской помощи, профилированной по заболеваниям.

Для оценки доступности базовых сервисных центров выполнена группировка населенных пунктов периферийных районов и их сопоставление с условно эталонными районами. Пороги дифференциации интервалов групп выбраны с учетом нормативного времени помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях, принятого в Республике Коми, — 40 минут (или 30 км пути по местным дорогам). Населенные пункты с расстоянием от райцентра до 30 км попали в группу ближних, более 30 км — в группу дальних.

К «барьерным» независимо от расстояния отнесены пункты, располагающиеся за водной преградой, которая зачастую преодолевается требующим ремонта мостом, неустойчивой лодочной, паромной или сезонной ледяной переправой.

Результаты оценки выявили следующие особенности доступности услуг центральных больниц, расположенных в муниципальных образованиях с низкой внутренней связанностью (рис. 2):

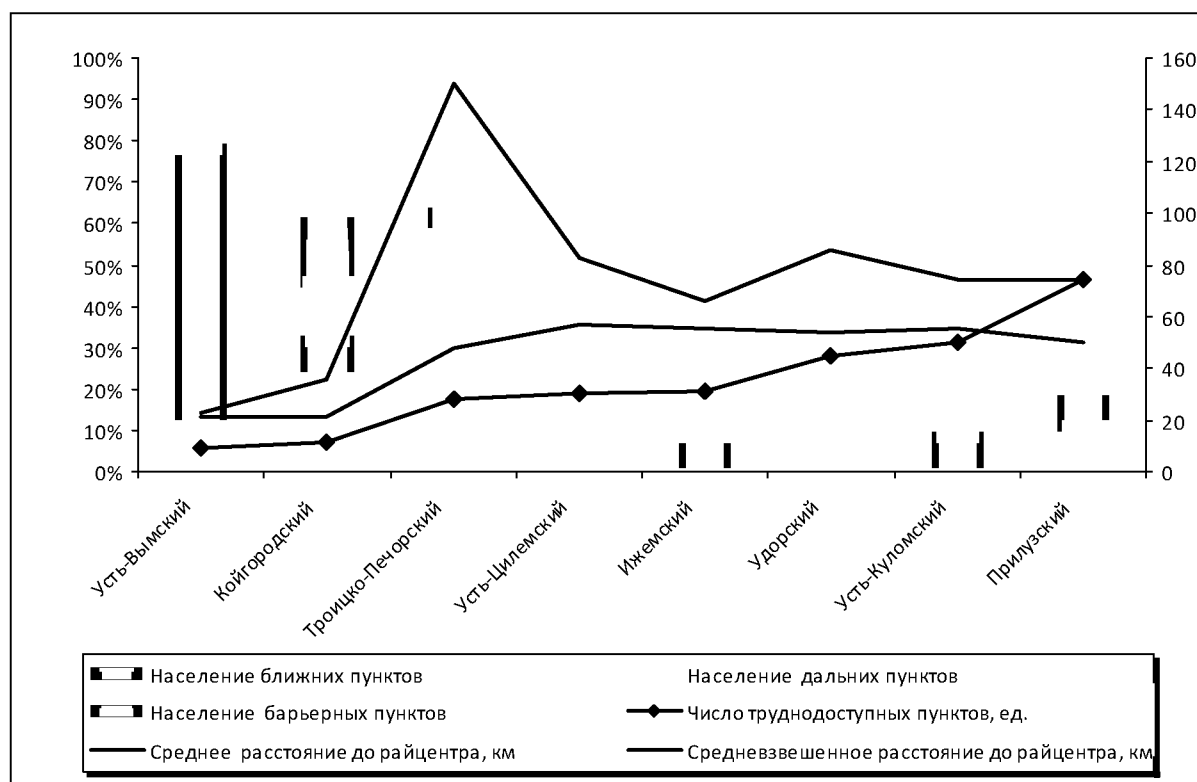
- доля населения, проживающего за пределами нормативного времени медицинской помощи, колеблется в пределах от 50 до 80% и превышает соответствующую величину в условно эталонных районах;
- концентрация населения в районном центре (51% в Троицко-Печорском районе и по 30% в Усть-Цилемском и Прилузском) повышает долю населения, проживающего в ближних поселениях;

- повышенная доля населения барьерных пунктов в Усть-Цилемском и Ижемском районах связана с преобладанием долинного типа расселения;

- многоселенность и мелкоселенность южного Прилузского района нашла отражение в высоком удельном весе числа труднодоступных пунктов, пропорциональном общему числу пунктов в районе.

Среднее расстояние пунктов до райцентра характеризует физическое расстояние доступности медицинских услуг. Пик кривой Троицко-Печорского района отражает труднодоступность пунктов поселения Митрофан-Дикост, население которых из-за отсутствия круглогодичной связи вынуждено добираться до своей центральной больницы за 350 км через два муниципалитета. Средневзвешенное расстояние дает представление о реальной

Рисунок 2. Транспортная доступность базовых сервисных центров в слабосвязанных районах Республики Коми



нагрузке на пути сообщения с учетом заселенности территории. Отметим, что факторы заселенности и занятости населения учитывались при детальной оценке транспортной доступности 2616 коммун (муниципалитетов) Бельгии как сопротивление сообщению [11].

Высокая доля населения, дискриминированного по условиям получения своевременных медицинских услуг, говорит о необходимости ослабления критичной ситуации с транспортной доступностью за счет снижения барьерности путем строительства мостов, обеспечения бесперебойной работы речных переправ, строительства дорог, улучшающих внутреннюю связанность, в Троицко-Печорском, Удорском и Усть-Куломском районах.

*Проблема достижения специализированных услуг* на данном этапе связана с их практически полной концентрацией в г. Сыктывкаре. Эксцентриситет Сыктывкара, вызывающий удаленность районных центров от столицы на 200 – 1000 км, а также отсутствие железнодорожных выходов у многих муниципалитетов существенно затрудняют получение и увеличивают стоимость соответствующих услуг.

Многие пункты республики не имеют даже двухчасовой доступности до железнодорожной станции, что неблагоприятно по европейским меркам.

По расчетам американских исследователей, плата за медицинские услуги в связи с некачественной транспортной средой жизнедеятельности с ростом расстояния в четыре раза возрастает в 30 раз [12].

К сожалению, примеры подобной прогрессии снижения экономической доступности услуг в настоящее время реальны для многих жителей Республики Коми.

### **Направления пространственного развития социального сервиса**

В соответствии с заявленным содержанием цель пространственного развития социального сервиса – выстроить такой каркас сектора, чтобы улучшить обслуживание населения республики, повысив качество и доступность медицинских и образовательных услуг на всей территории.

Как отмечалось выше, ответить на вызовы «низкой плотности», «больших расстояний» и «сильной разобщенности», деформирующих пространство развития объектов, способны концентрация экономической активности (*concentration*), связанность (*connection*) и взаимодействие (*cooperation*) или налаживание связей (*networking*).

Конкретизация этих принципов в планировании направлений развития центров и связей сегмента медико-образовательных услуг социального сервиса Республики Коми в общем виде представлена в *таблице 2*.

Предложенные направления могут быть реализованы мероприятиями, обозначенными в стратегических документах модернизации республиканского здравоохранения и образования [13, 14, 15].

#### *Уплотнение сети центров обслуживания*

Укрепление первичных центров медицинского обслуживания осуществляется заменой старых ФАПов и реконструкцией врачебных амбулаторий и участковых больниц. За последние четыре года во многих муниципальных районах появилось более 20 модульных ФАПов, обслуживающих от 400 до 600 человек. Проводятся и запланированы ремонты объектов оказания первичной (самой близкой) врачебной помощи в первую очередь в пунктах, расположенных в периферийных районах с трудной доступностью населенных пунктов – Троицко-Печорском, Удорском, Ижемском, Усть-Куломском, Усть-Цилемском и др.

Таблица 2. Укрепление пространственного каркаса социального сервиса

Принципы пространственного развития	Направления развития и взаимодействия сервисных центров		
	Первичные	Базовые	Комплексные
Концентрация – количественное и качественное уплотнение сети	Реконструкция, строительство, техническое и кадровое обновление ФАПов, амбулаторий, участковых больниц, школ Оптимизация первичной сети с учетом расселения и интересов населения	Реконструкция, современное оснащение, кадры для центральных больниц Дополнение начального и среднего профобразования подготовкой специалистов для ЛПК* и ТЭК* в центрах соответствующих районов	Организация новых центров и видов специализированных медицинских услуг Подготовка специалистов высшей квалификации с учетом потребностей региона
Связанность – улучшение транспортной доступности услуг	Сокращение физических и экономических (транспортных расходов) расстояний за счет улучшения транспортной инфраструктуры (дорог, мостов, переправ, автобусного и местного авиасообщения), появления новых центров, использования мобильных диагностических комплексов		
Взаимодействие и налаживание связей – доступ к качественным услугам	Снижение разобщенности сервисного пространства и выравнивание возможностей потребителей на всей территории через доставку услуги потребителю (формирование телемедицины и дистанционного обучения, а также интернет-систем здоровья и образования), расширение спектра и емкости бесплатных высокотехнологичных услуг		

\* ЛПК – лесопромышленный комплекс; ТЭК – топливно-энергетический комплекс.

Усилить первичное звено медицинского обслуживания поможет организация сети общих врачебных практик и комплексных терапевтических участков.

Новыми элементами каркаса медицинского обслуживания станут межрайонные центры: сельские и городские диагностические, а также центры оказания медицинской помощи (рис. 3).

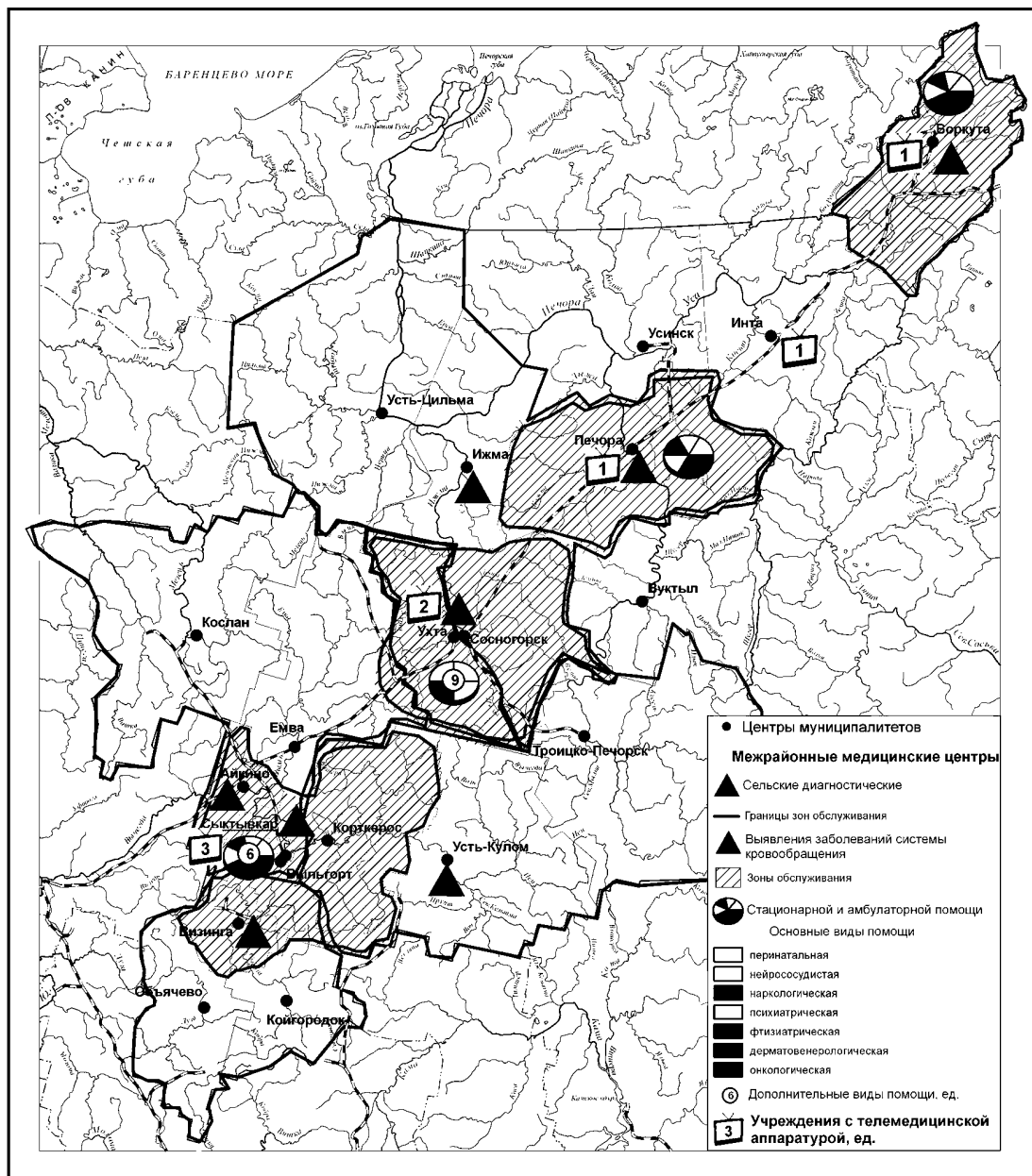
Диагностические центры организуются на базе нескольких сельских центральных больниц и оснащаются мобильными комплексами для ранней диагностики и выделения групп риска социально значимых заболеваний (сердечно-сосудистой патологии, патологии органов дыхания, сахарного диабета, глаукомы, рака молочной железы). Работа мобильных диагностических комплексов будет осуществляться преимущественно в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах. Сельские диагностические центры (Сысольский, Усть-Куломский, Усть-Вымский, Ижемский), в сфере деятельности которых окажется более 33% численности населения республики, существенно усилят базовые центры в этих районах и поднимут уровень медицинской помощи во всех муниципальных районах.

Для раннего выявления заболеваний системы кровообращения организуются сосудистый центр в г. Сыктывкаре и первичные сосудистые отделения в городах Воркуте, Печоре, Ухте, имеющие свои зоны обслуживания и маршруты своевременной (в течение 40 минут) доставки больных с инсультом и инфарктом, охватывающие 2/3 населения республики.

Межрайонные центры оказания медицинской помощи, расположенные в Сыктывкаре, Ухте, Печоре и Воркуте, будут оказывать стационарную и амбулаторную помощь по многим основным и дополнительным направлениям. Наиболее диверсифицированные услуги по стационарной, а также взрослой и детской амбулаторной помощи предлагают Сыктывкарский и Ухтинский центры.

Таким образом, сочетания новых медицинских структур, сконцентрированных в наиболее крупных городах республики, усилят Сыктывкарский и создадут новые комплексные центры медицинских услуг. Их равномерное распределение по транспортно-хозяйственной оси исправит территориальные диспропорции столичной централизации и существенно улучшит доступ населения к специализированной высококвалифицированной медицинской помощи.

Рисунок 3. Комплексные центры медицинского обслуживания



*Улучшение транспортной доступности услуг*

В 2010 г. 36% сельских населенных пунктов республики не имело дорог с твердым покрытием для связи с сетью путей сообщения общего пользования. В то же время почти треть из них расположена рядом с железнодорожной станцией или пристанью.

Для улучшения транспортной связанности территории определены следующие стратегии: 1) сохранение существующей сети путей сообщения общего пользования, доведение ее технического состояния до уровня, соответствующего нормативным требованиям, и наведение паромных переправ; 2) обеспечение надежной транспортной связи на ряде направлений от

муниципальных центров до центров поселений и отдельных населенных пунктов за счет строительства новых участков дорог и мостовых переходов [16].

В рамках первой задачи улучшение транспортной связанности может быть обеспечено:

- ⇒ за счет сохранения эксплуатации малоинтенсивных железнодорожных линий Сосногорск – Троицко-Печорск, Микунь – Кослан – Вендинга;

- ⇒ повышения качества автодорожной сети, а также капитального ремонта мостов через средние и малые реки, наведения паромных переправ;

- ⇒ организации регулярного автобусного сообщения между опорными населенными пунктами и центрами муниципальных образований, строительства подъездов к населенным пунктам;

- ⇒ улучшения состояния и качественных характеристик водных путей рек Печорского и Вычегодского водных бассейнов и обеспечения устойчивой работы социально значимых пассажирских речных перевозок;

- ⇒ дальнейшего развития внутриреспубликанских и межрегиональных авиационных перевозок.

Обеспечению устойчивого транспортного сообщения населенных пунктов с муниципальными и поселенческими центрами будет способствовать реконструкция существующих и строительство новых участков дорог.

Не только внутреннюю, но и внешнюю доступность периферийных территорий улучшат реконструкция и строительство участков автомобильных дорог на направлениях Ухта (Сосногорск) – Троицко-Печорск – Комсомольск – Якша – далее на Соликамск, Пермь и Печора – Вуктыл – Троицко-Печорск – Усть-Кулом – Койгородок – федеральная автодорога «Вятка», которые станут новыми транспортными коридорами республики.

С окончанием строительства автомобильных дорог Сыктывкар – Ухта – Печора – Усинск – Нарьян-Мар и Айкино – Кослан более 200 тыс. человек в пяти муниципальных образованиях получают выход на опорную сеть автомобильных дорог общего пользования.

#### *Взаимодействие и налаживание связей в сети*

Развитие сервисного сектора и рост комфортности среды в сельских труднодоступных поселениях требует изменения самого принципа доставки услуги.

Действующая ситуация, когда сельский потребитель вынужден далеко и дорого получать необходимые услуги здравоохранения или образования, то есть «доставка потребителя к услуге», должна с учетом специфики услуги смениться на мобильную «доставку услуги к потребителю» на основе телемедицины, дистанционного обучения и других форм обслуживания.

Проект по развитию телемедицинских технологий, позволяющих связать комплексные и базовые центры услуг, реализуется в республике с 2007 г.

В настоящее время соответствующей аппаратурой располагают: Кардиологический диспансер, Коми республиканский перинатальный центр, Коми республиканская больница (г. Сыктывкар); городская больница и городская поликлиника (г. Ухта); городская больница скорой медицинской помощи» (г. Воркута); городская больница (г. Инта), центральная районная больница (г. Печора). Контроль и координацию осуществляет Республиканский медицинский информационно-аналитический центр (см. рис. 3).

С использованием данной системы, которая экономит расходы на санитарную авиацию и средства больных, проводятся: пренатальная диагностика врожденных

пороков развития; консультирование по ведению беременных и больных с кардиологической патологией; экстренные консультации для оказания квалифицированной помощи больным, находящимся в критическом состоянии; догоспитальное консультирование пациентов для уточнения предварительного диагноза, метода лечения и госпитализации; дистанционное повышение квалификации специалистов.

Для школ в труднодоступных пунктах перспективным является дистанционное обучение. Использование интернет-технологий позволяет доставить лучшего учителя в каждую школу и в каждый дом. Такая форма обучения требует особых индивидуальных образовательных программ и новых организационных форм поддержки со стороны федеральных и региональных образовательных центров, в которых может быть организовано сессионное заочное и очное обучение одаренных ребят по конкретным направлениям.

Новая форма обучения начала внедряться в республике с 2010 г. на базе Центра дистанционного образования детей-инвалидов во всех муниципальных центрах, подключенных к оптоволоконной связи.

В рамках пилотного проекта на дистанционное образование вышли малокомплектные школы в п. Ираель (Сосногорский район) и в с. Ыб (Сыктывдинский район).

Инфраструктура новой связи становится решающим фактором продвижения новых технологий взаимодействия и электронной связанности в сети социального сервиса. В первую очередь, это завершение подключения к оптоволоконной связи всех центров муниципалитетов с последующим присоединением пери-

ферийных населенных пунктов, что даст возможность обеспечить широкополосный доступ и существенно улучшить качество связи со всеми базовыми и многими первичными центрами предоставления медико-образовательных услуг.

В заключение зафиксируем следующие основные положения пространственного анализа социального сервиса.

В выравнивании уровня жизни населения, направленном на достижение социальной справедливости при объективно неравномерном экономическом развитии, социальный сервис, и в первую очередь медицинские и образовательные услуги, играет главную роль.

Обеспеченность услугами зависит от уровня развития системы сервиса и доступности услуг для населения, которые определяет соотношение таких параметров пространства развития деятельности, как плотность, расстояния и связанность (или разобщенность).

На территории Республики Коми как типичного северного региона своевременный доступ к качественным услугам, предоставляемым разными центрами иерархической сети, затрудняют:

- ✓ неудовлетворительное материально-техническое состояние учреждений первичных сервисных центров, наиболее приближенных к потребителю;

- ✓ низкая транспортная и экономическая доступность базовых центров с профилированными медицинскими услугами, ограничивающая их получение для более чем половины жителей муниципалитетов, проживающих в удаленных населенных пунктах;

- ✓ удаленность от большей части населения специализированных высокотехнологичных медицинских услуг из-за их концентрации в столице.

С учетом выявленных проблем содержанием пространственного развития социального сервиса республики должны стать:

☛ уплотнение сети (каркаса) за счет обновления учреждений первичной медицинской помощи и общего образования и формирования новых медицинских центров специализированных услуг диагностики и лечения;

☛ рост связанности и взаимодействия пространства медицинских и образовательных услуг, снижающих время их предоставления и расширяющих круг получателей услуг высокого качества, на основе улучшения транспортной инфраструктуры, а также активного внедрения электронных форм доставки услуг — телемедицины и дистанционного обучения.

### Литература

1. Белл, Д. Грядущее постиндустриальное общество. Опыт социального прогнозирования / Д. Белл. — М.: Academia, 1999. — 956 с.
2. The handbook of Service Industries / edited by John R. Bryson and Peter W. Daniels. London: Edward Elgar, 2007. — 504 p.
3. Пилясов, А.Н. И последние станут первыми: Северная периферия на пути к экономике знаний / А.Н. Пилясов. — М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. — 544 с.
4. Новый взгляд на экономическую географию. Доклад о мировом развитии за 2009 год / Всемирный банк. — Вашингтон, 2009.
5. Green Paper on Territorial Cohesion, the way ahead // en Inforegio panorama. — 2008. — № 28. — December.
6. Growing Regions, growing Europe — Fourth report on economic and social cohesion / European Commission. — Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007. — 222 p.
7. Investing in Europe's future — Fifth report on economic and social cohesion / European Commission. — Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010. — 298 p.
8. Россия: пространственное развитие. Доклад 2004. — М.: Архитектура-С, 2004. — 128 с.
9. Кастельс, М. Информационная эпоха: экономика, общество и культура / М. Кастельс. — М.: ГУ-ВШЭ, 2000. — 608 с.
10. Дмитриева, Т.Е. Транспортная доступность локальных систем / Т.Е. Дмитриева // Атлас Республики Коми. — М.: Феория, 2011. — С. 280-282.
11. Vandenbulke, G. Mapping accessibility in Belgium: a tool for land-use and transport planning / G. Vandenbulke, T. Smeerbergh, I. Thomas // J. Transport Geography. — 2009. — V. 17. — №1. — P. 39-53.
12. Бугроменко, В.Н. Современная география транспорта и транспортная доступность / В.Н. Бугроменко // Известия РАН (Серия географическая). — 2010. — № 4. — С. 7-16.
13. Программа модернизации здравоохранения Республики Коми на 2011 — 2012 годы [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://minzdrav.rkomi.ru>
14. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Республики Коми в 2010 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://minzdrav.rkomi.ru>
15. Концепция развития дошкольного, общего и дополнительного образования Республики Коми на 2011 — 2015 гг.: проект [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.komiedu.ru/legislation/info>
16. Основные направления развития транспортной системы Республики Коми до 2020 года: проект [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://minprom.rkomi.ru>