НИНА ЛОГИНОВА, ИРИНА СЕМИНА, ЛАРИСА ФОЛОМЕЙКИНА

Медицинское обслуживание населения в Приволжском федеральном округе

Система здравоохранения, сложившаяся к настоящему времени в регионах Приволжского федерального округа (ПФО), выполнила возложенные на нее задачи. Сохранив государственный характер, объем и качество бесплатной медицинской помощи, она обеспечивает реализацию конституционного права населения на охрану здоровья[1]. Однако, повышение эффективности предоставления медицинских услуг является одной из ключевых задач социально-экономического развития территории.

За годы реформ инфраструктура медицинского обслуживания в регионе значительно трансформировалась [Ивлиева, Калашникова, Манухов, 2008]. В Приволжском федеральном округе, как и вообще в Российской Федерации, существенно сократилось количество лечебно-профилактических учреждений. По сравнению с 2007 годом, в четыре раза уменьшилось число стационаров, в три раза – поликлиник, сократилось абсолютное число лиц, занятых в учреждениях медицинского обслуживания [Здравоохранение, 2011. С. 122–123]. Однако за этот же период в два раза увеличилось число врачей общей практики, и в 2011 году Приволжский федеральный округ стал лидером в Российской Федерации по данному показателю [Здравоохранение, 2011. С. 145]. На наш взгляд, высокую оценку можно дать работе врачей общей практики Самарской области, Республики Чувашия и Республики Башкортостан.

Высокая оценка медицинских услуг в Приволжском федеральном округе и его субъектах стала возможной в связи с устойчивостью тенденции улучшения демографической ситуации. В ближайшие два года здесь ожидается положительное сальдо естественного прироста населения. В 2013 году оно было зафиксировано в семи субъектах региона: пяти национальных республиках – Татарстане (+2,7%), Чувашии (+0,8%), Марий Эл (+0,9%), Башкортостане (+1,5%) и Удмуртии (+1,8%), в Пермском крае (+0,6%) и Оренбургской обл. (+0,9%) [Стат. сб. № 900, 2014. С. 136].

С 2008 года по настоящее время в Приволжском федеральном округе наблюдается тенденция повышения уровня рождаемости (с 11,8 до 13,3%), снижения коэффициента смертности (с 15,2 до 13,9%) и естественной убыли населения (с -3,4 до -0,6%). Однако, демографическая ситуация в ряде субъектов округа всё еще остаётся кризисной. Отрицательное сальдо естественного прироста сохраняется в Республике Мордовия (-4,7%), Нижегородской (-4,1%), Пензенской (-4,1%), Кировской (-2,4%), Саратовской (-2,9%) и Ульяновской (-2,8%) областях [Ст. сб. № 900, 2014. С. 135–136]. Она характеризуется низким уровнем рождаемости (10–11%), не обеспечивающим простого воспроизводства населения, высокой смертностью (15–14%), сокращением числа женщин репродуктивного возраста, старением населения [Логинова, 2014. С. 108–126].

Для оценки эффективности предоставления медицинских услуг в регионе значимым показателем является младенческая смертность (КМС). Она относится к числу ведущих индикаторов не только здоровья и уровня жизни населения, но и качества работы системы здравоохранения. Коэффициент младенческой смертности в большей мере, чем смертность других возрастных групп, определяется уровнем развития медицинского обслуживания. На общем фоне России коэффициент младенческой смертности в Приволж-

1 Конституция Российской Федерации, ст. 41 (п.1, п.2).

НИНА ЛОГИНОВА, кандидат географических наук, доцент Мордовского государственного университета имени Н.П. Огарева (430005, Республика Мордовия, Саранск, ул. Большевистская, д. 68). E-mail: log-nina@yandex.ru

ИРИНА СЕМИНА, кандидат географических наук, зав. кафедрой экономической и социальной географии Мордовского государственного университета имени Н.П. Огарева (430005, Республика Мордовия, Саранск, ул. Большевистская, д. 68). E-mail: Isemina@mail.ru

ЛАРИСА ФОЛОМЕЙКИНА, доцент Мордовского государственного университета имени Н.П. Огарева (430005, Республика Мордовия, Саранск, ул. Большевистская, д. 68). E-mail: folomeikina@yandex.ru

Аннотация: В статье анализируются показатели качества медицинского обслуживания и предоставления медицинских услуг в регионах Приволжского федерального округа. Проведен SWOT-анализ качества работы системы здравоохранения в Республике Мордовия, по результатам которого даны рекомендации по повышению ее эффективности.

Ключевые слова: здравоохранение, Приволжский федеральный округ, оценка эффективности медицинского обслуживания, оценка качества медицинских услуг.

ском федеральном округе заметно не выделяется, но имеет более низкий уровень и высокие темпы снижения (**таблица 1**).

Внутрирегиональные различия в величинах младенческой смертности значительны. Максимально высокий уровень младенческой смертности, зафиксированный в Оренбургской области (10,1%), превышает минимальный показатель в Чувашской республике (4,8%) в 2,5 раза. В пяти субъектах округа наблюдается его рост (в республиках Мордовия и Татарстан, а также в Нижегородской, Оренбургской и Самарской областях – в среднем на 6%); в Республике Марий Эл и Саратовской области он практически не изменился, в семи субъектах (республиках Башкортостан, Удмуртия и Чувашия, в Пермском крае, а также в Кировской, Пензенской и Ульяновской областях) младенческая смертность значительно уменьшилась – почти на 18,0% [Ст. сб. № 900, 2014. С. 139]. В Кировской и Пензенской областях зафиксировано ее наибольшее снижение – на 23–29%.

Важным элементом в оценке смертности населения региона, а, следовательно, и в оценке качества предоставления медицинских услуг, является анализ смертности по причинам. Модель смертности населения Приволжского федерального округа не имеет аналогов ни в развитых, ни в развивающихся странах мира. В ней объединены относительно низкая младенческая смертность (4–5% в Чувашской Республике, Кировской и Пензенской областях) и высокая в средних возрастах, что наблюдается в странах с низкой продолжительностью жизни. Данную модель можно назвать атипичной. Структурное распределение причин смерти в Приволжском федеральном округе соответствует общероссийскому, но динамика имеет свои специфические черты. В структуре причин общей смертности наибольший удельный вес имеют болезни системы кровообращения – 54%, новообразования – 13,6% и внешние причины – 10%.

Не менее значимым элементом в оценке предоставления медицинских услуг в регионе является уровень средней ожидаемой продолжительности жизни. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении с 2005 года по настоящее время увеличилась с 65,29 до 69,63 лет, однако это всё еще ниже среднероссийского уровня (70,06 лет). Шесть субъектов Приволжского федерального округа (республики – Башкортостан, Татарстан и Чувашия, а также области – Кировская, Нижегородская и Пензенская) имеют показатель ниже среднероссийского. Максимальная ожидаемая продолжительность жизни в Приволжском федеральном округе зафиксирована в Республике Мордовия (72,12), минимальная – в Чувашской Республике (68,75) и в Нижегородской области (68,90 лет) [Ст. сб. № 900, 2014. С. 141].

В субъектах Приволжского федерального округа отмечается стабильно высокий уровень заболеваемости населения. В 2011 году было зарегистрировано 877,9 случаев обращений за медицинской помощью больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1 000 человек [Здравоохранение, 2011. С. 64]. Как свидетельствуют данные статистического анализа, в 11 из 14 субъектов он превышает среднероссийский показатель. Наиболее высокий уровень отмечен в Самарской области, затем следуют Чувашская и Удмуртская республики, Пермский край и Ульяновская область. Самый низкий – в Республике Мордовия (691,3) [Здравоохранение, 2011. С. 64–65].

Для выявления причин высокого уровня заболеваемости в субъектах Приволжского федерального округа проанализируем заболеваемость по основным классам болезней. Лидируют в структуре общей заболеваемости населения болезни органов дыхания (366,6 случаев), что выше, чем в среднем по России (338,8). На втором месте – внешние причины (несчастные случаи, травмы и отравления) [Здравоохранение, 2011. С. 81–83]. Это обусловлено не только распространением алкоголизма (уровень алкоголизма здесь выше среднего по стране), но и целым рядом других причин. На третьем месте в структуре заболеваний – болезни мочеполовой системы [Здравоохранение, 2011. С. 78–80]. Все это свидетельствует о том, что заболеваемость в субъектах Приволжского федерального округа в значительной степени обусловлена потреблением алкоголя и наркотиков, а также экологическим неблагополучием среды обитания.

Важным элементом оценки эффективности предоставления медицинских услуг в округе является снижение уровня смертности от отравлений алкоголем. С 2007 года по настоящее время он снизился почти в два раза. Однако, например, в Кировской области он увеличился на 9% и стал в четы-

Таблица 1. Показатели младенческой смертности[2]

Регион	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2013 год в % к 2008 году
Российская Федерация	8.5	8.1	7.5	7.4	8.6	8.2	96.4
Приволжский федеральный округ	7.9	7.2	6.8	6.3	7.7	7.5	94.9
Республика Башкортостан	9.4	7.0	6.9	6.7	7.9	7.7	81,9
Республика Марий Эл	7.6	7.2	6.5	5.9	8.3	7.3	96.0
Республика Мордовия	5.9	6.6	6.3	5.2	8.0	7.4	125.4
Республика Татарстан	6.0	5.9	5.6	5.0	6.4	7.0	116.6
Удмуртская Республика	8.7	7.7	6.6	5.8	8.5	8.0	91.9
Чувашская Республика	5.9	6.7	5.4	3.5	5.3	4.8	81.3
Пермский край	10.1	8.5	8.1	7.4	8.5	8.4	83.2
Кировская область	7.5	6.6	7.6	6.4	7.1	5.8	77.3
Нижегородская область	8.3	8.6	7.9	7.0	8.8	8.4	101.2
Оренбургская область	8.4	7.3	7.1	7.8	9.7	10.1	120.2
Пензенская область	7.9	6.1	7.8	5.7	7.2	5.6	70.9
Самарская область	6.6	7.2	6.4	6.4	7.0	7.1	107.6
Саратовская область	6.9	6.8	6.0	5.8	7.0	6.8	98.5
Ульяновская область	9.6	7.8	6.4	7.6	6.9	8.6	89.6

2 Демографический ежегодник Республики Мордовия. 2014: Стат. сб. № 900 / Мордовиястат. Саранск, 2014. С. 139.

ре раза выше, чем в среднем по округу. В Республике Марий Эл и Саратовской области – значение этого показателя стало выше в три раза, в Пермском крае и Удмуртской республике – в два раза. Значения данного показателя, превышающие среднероссийский уровень, были зафиксированы в республиках Мордовия, Чувашия и Ульяновской области (в 1,2–1,3 раза) [Доклад, 2013. С. 15-16].

Для оценки эффективности предоставления медицинских услуг в регионе использовались такие показатели, как число больничных коек, обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом. В Приволжском федеральном округе с 2007 по 2012 годы произошло значительное сокращение числа больничных коек [Регионы, 2013. С. 316]. Наиболее сильно их число уменьшилось в Республике Мордовия (на 5,9%), Кировской, Нижегородской и Оренбургской областях, небольшое сокращение произошло в республиках Чувашия, Татарстан и Башкортостан. Однако по обеспеченности койками на 10 000 населения среди регионов Приволжского федерального округа и в целом по Российской Федерации лидирующую позицию в 2012 году занимали Кировская область (109,5), Нижегородская область, Республика Мордовия (104,1) и Оренбургская область (103,4) [Здравоохранение, 2013. С. 200].

Обеспеченность врачами наиболее высокая в Удмуртской Республике (54,9) и Саратовской области (52,8), в Республике Мордовия (52,6), Оренбургской области (51,7) и в Пермском крае (50,6). Регионы аутсайдеры – Республика Марий Эл (34,7), Ульяновская (37,1) и Пензенская область (39,3) [Здравоохранение, 2013. С. 250].

За период с 2007 по 2012 годы численность лиц среднего медицинского персонала в регионе в целом уменьшилась. Однако она увеличилась в Чувашской Республике, Пензенской и Нижегородской областях. В Кировской, Ульяновской областях, республиках Мордовия, Марий Эл и Удмуртия количество работников среднего медперсонала незначительно сократилось, но показатель остался выше среднего уровня Приволжского федерального округа, например, в Республике Мордовия – 120,0 [Регионы, 2013. С. 329].

В оценке эффективности предоставления медицинских услуг населению большое значение имеет коэффициент соотношения врачей и сестринского персонала. Оптимальным является соотношение 1:3. В Российской Федерации за 2005–2012 годы этот показатель уменьшился с 1:2,22 до 1:2,09; в Приволжском федеральном округе – с 1:2,47, до 1:2,35; в Республике Мордовия – с 1:2,51 до 1:2,28 [Регионы, 2013. С. 325-329]. Снижение этого показателя свидетельствует об ухудшении качества предоставления медицинских услуг.

Проведенный анализ позволил сделать вывод о значительных региональных различиях в обеспеченности кадрами. Высокий уровень обеспеченности нами был выявлен в Удмуртской Республике и в Саратовской области, достаточно высокий – в Республике Мордовия, Оренбургской области и в Пермском крае. В этих субъектах увеличилось число врачей общей практики, минимально уменьшилось число среднего медицинского персонала, снизился общий уровень заболеваемости населения, сохранились высокие показатели по наличию больничных коек. Всё это свидетельствует об успешной реализации региональных

Таблица 2. SWOT-матрица результатов анализа медицинского обслуживания в регионе (на примере Республики Мордовия)

Внутренние ресурсы	Внешние факторы
Сильные стороны:	Возможности:
• наличие специализированных медицинских услуг; • применение современного и высококачественного оборудования; • материальное стимулирование медперсонала; • постепенное обновление основных фондов.	• государственное финансирование крупных инвестиционных проектов; • развитие государственных национальных проектов; • благоприятные изменения законодательства; • повышение качества и доступности медицинских услуг; • качественное улучшение процесса подготовки и переподготовки медперсонала; • внедрение инновационных медицинских технологий; • просвещение населения в области медицины и здоровья через средства массовой информации; • возможности дистанционного обучения и консультирования.
Слабые стороны:	Угрозы:
• малоэффективная законодательная и нормативная база системы здравоохранения; • низкая скорость реагирования на изменения; • низкая территориальная доступность медицинских учреждений в сельской местности; • ненадлежащее качество бесплатных медицинских услуг; • появление множества платных учреждений здравоохранения, недоступных для всех категории населения; • различия в качестве бесплатных и платных медицинских услуг; • развитие «теневого» сектора в медицинском обслуживании; • недостаточная укомплектованность кадрами; • недостаточный уровень оказания услуг медицинского обслуживания населению.	• неэффективное управление системой медицинского обслуживания; • дефицит финансирования; • отсутствие контроля качества предоставления медицинского обслуживания; • недостаточно развитая правовая база медицинской помощи; • распространенность среди населения социально опасных болезней (алкоголизма, наркомании и др.); • неблагоприятная экологическая обстановка; • пессимистичный взгляд населения на развитие отечественной медицины.

целевых программ, содействии органов государственной власти местному самоуправлению в повышении качества медицинского обслуживания населения.

На примере Республики Мордовия нами был проведен Swot-анализ качества медицинского обслуживания, что позволило определить максимально позитивные возможности и наиболее значимые угрозы для его эффективности в регионе (**таблица 2**). SWOT-анализ проводился в четыре шага.

Первый шаг SWOT-анализа включал анализ внутренней и внешней среды медицинского обслуживания. Анализ внутренней среды состоял в обозначении ключевых факторов. Анализ внешней среды соответствовал анализу угроз и благоприятных возможностей. Кроме того, нами были выделены факторы внешней макросреды, на которые региональное медицинское обслуживание не могло повлиять: законодательство, ожидаемые или возможные изменения; социально-экономическое положение; социально-демографические факторы и др.

Второй шаг SWOT-анализа включал внесение полученных ранее результатов анализа сильных и слабых сторон медицинского обслуживания в SWOT-матрицу, которая состояла из четырех секторов и учитывала интенсивность влияния различных факторов на результаты работы системы медицинского обслуживания региона.

Третий шаг SWOT-анализа соответствовал оценке возможностей и угроз медицинского обслуживания, выявленных в процессе исследования.

Четвертый шаг SWOT-анализа сводился к формулировке действий, которые необходимо осуществить для повышения уровня предоставляемого медицинского обслуживания.

Таким образом, совершенствование системы медицинского обслуживания населения в субъектах Приволжского федерального округа должно привести к повышению эффективности использования ресурсов и качества оказываемой медицинской помощи. В этих целях необходимо:

- совершенствовать правовые механизмы, обеспечивающие безусловное соблюдение соответствия объемов и условий обязательного медицинского страхования населения финансовому обеспечению;
- разрабатывать новые методики формирования тарифов на медицинские услуги;
- определить механизмы финансового покрытия части затрат на оказание медицинской помощи гражданам на основе развития добровольного медицинского страхования;
- способствовать созданию конкурентной среды на рынке медицинских услуг;
- развивать рыночные механизмы предоставления медицинских услуг населению.

Финансирование деятельности по профилактике и охране здоровья населения в субъектах Приволжского федерального округа должно обеспечиваться не только учреждениями системы здравоохранения, но и другими ведомствами. Необходимы бесперебойное финансирование минимальной гарантированной помощи, увеличение инвестиций на профилактические мероприятия и региональные программы, способствующие улучшению здоровья населения, переход на подушевой принцип финансирования.

Таким образом, ключевыми направлениями повышения качества предоставления медицинских услуг населению в субъектах Приволжского федерального округа являются: увеличение финансирования, кадрового и материально-технического потенциала, совершенствование управления системой здравоохранения, расширение рыночных механизмов предоставления медицинских услуг населению.

Литература

Демографический ежегодник Республики Мордовия. 2014: Стат. сб. № 900/ Мордовиястат. Саранск. 2014. С. 166.

Доклад «О ходе реализации демографической политики в регионах Приволжского федерального округа» от 29 марта 2013 года. Ижевск. 61 с.

Здравоохранение в Республике Мордовия. 2012: Стат. сб. / Мордовиястат. Саранск, 2012. 113 с.

Здравоохранение в России. 2011**:** Стат. сб. / Росстат. Москва. 2011. 326 с.

Ивлиева Н.Г., Калашникова Л.Г., Манухов В.Ф., Примаченко Е.И. Картографирование социально-экономических факторов при медико-географическом анализе территории// ИнтерКарто/ИнтерГИС 14: Устойчивое развитие территорий: Теория ГИС и практический опыт: Материалы Международной конференции. Саратов. Урумчи. 2008. Т.3. С.136–142.

Логинова Н.Н. Демографическая ситуация как фактор и условие территориального развития (на примере регионов Приволжского федерального округа) / Разнообразие как фактор и условие территориального развития. Сборник статей. Часть II. Главы 4–6. — Москва, Эслан, 2014. М. Эслан. 2014. С. 108–126.

Регионы России. Социально-экономические показатели. 2013. Р32. Стат. сб. / Росстат. Москва. 2013. 990 с.

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF HEALTH CARE OF THE VOLGA FEDERAL DISTRICT

Nina Loginova, Ph.D.,(geographical sciences), associate professor of the N.P. Ogareva, Mordovia State University (d. 68 Bolshevik ul. Saransk, Republic of Mordovia, Russian Federation 430005). E-mail: log-nina@yandex.ru

Irina Semina, Ph.D.,(geographical sciences), Head. Department of Economic and Social Geography of the N.P. Ogareva, Mordovia State University (d. 68 Bolshevik ul. Saransk, Republic of Mordovia, Russian Federation 430005). E-mail: Isemina@mail.ru

Larissa Folomeykina, Associate Professor of the N.P. Ogareva, Mordovia State University **(**d. 68 Bolshevik ul. Saransk, Republic of Mordovia, Russian Federation 430005 **). E-mail: folomeikina@yandex.ru**

Summary: The article analyzes the indicators of quality of care and delivery of health services in the regions of the Volga Federal District.

An SWOT-analysis of the quality of the health care system was carried out in the Republic of Mordovia, which resulted in recommendations to improve its effectiveness.

Keywords: health care, Volga Federal district, evaluation of the effectiveness of care, assessment of quality of medical services.

References

Demograficheskii ezhegodnik Respubliki Mordoviia [Demographic Yearbook of the Mordovia Republic]. 2014, Stat. Sb. / Mordoviiastat, Saransk, 2014, p. 166.

Doklad «O khode realizatsii demograficheskoi politiki v regionakh Privolzhskogo federal'nogo okruga» 29 marta 2013 g. [Report On the implementation of demographic policy in the regions of the Volga Federal district» March 29, 2013] Izhevsk, 61 p.

Zdravookhranenie v Respublike Mordoviia [Healthcare in the Republic of Mordovia]. 2012, Stat. Sb. / Mordoviia stat. Saransk, 2012, 113 p.

Zdravookhranenie v Rossii [Healthcare in Russia]. 2011, Stat.sb. / Rosstat. Moskva, 2011, 326 p.

Ivlieva N. G., Kalashnikova L. G., Manukhov V. F., Primachenko E.I. Kartografirovanie sotsial'no-ekonomicheskikh faktorov pri mediko- geograficheskom analize territorii [Mapping socio-economic factors in health - geographic analysis of the territory]// InterKarto/InterGIS 14: Ustoichivoe razvitiia territorii: Teoriia GIS i prakticheskii opyt: Materialy Mezhdunarodnoi konferentsii. Saratov, Urumchi, 2008, T.3, p.136-142.

Loginova N. N. Demograficheskaia situatsiia kak faktor i uslovie territorial'nogo razvitiia (na primere regionov Privolzhskogo federal'nogo okruga)[The demographic situation as a factor of territorial development and condition (for example, the Volga Federal District)]/ Raznoobrazie kak faktor i uslovie territorial'nogo razvitiia. Sbornik statei. Chast' II. Glavy 4–6. Moskva, Eslan, 2014 g. Moscow, Eslan, 2014, pp. 108-126.

Regiony Rossii. Sotsial'no-ekonomicheskie pokazateli. 2013, R32 Stat. sb.[Regions of Russia. Socio-economic indicators. 2013. R32. Stat. Sat.] / Rosstat, Moskva, 2013, 990 p.

ЧЕМ ЖИВЕТ РОССИЯ

■ В Новгородской области продолжается реализация пилотного проекта по внедрению социального сопровождения семей с детьми, в том числе приемных, и замещающих семей, при содействии Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

По информации департамента труда и социальной защиты населения Новгородской области, общий объем финансовых средств пилотного проекта составляет более 17 млн рублей, в том числе грантовая поддержка Фонда – 9,5 млн. рублей. На первом этапе проекта разработана нормативная правовая база, решаются вопросы межведомственного взаимодействия на региональном уровне, организуется информационное обеспечение. В настоящее время завершается работа по формированию межведомственных рабочих групп на муниципальном уровне под руководством заместителей глав администраций городского округа и муниципальных районов для координации деятельности по социальному сопровождению семей с детьми. Учреждениями социального обслуживания заключены соглашения о взаимодействии, созданы участковые социальные комиссии.

По данным областного департамента соцзащиты, в нашей области проживает 76 тысяч семей с детьми, в них 111 тысяч детей. 20 441 ребенок проживает в малоимущих семьях, 2 357 детей являются инвалидами, 363 несовершеннолетних находятся в социально опасном положении. Профилактическую и социально-реабилитационную работу с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, и их родителями осуществляют 20 учреждений социального обслуживания семьи и детей и 11 отделений по работе с семьей в центрах социального обслуживания.

По материалам официального портала правительства Новгородской области. http://region.adm.nov.ru/press/news/press/65108/

■ В правительстве Амурской области обсудили возможные формы распределения молодых специалистов для работы в муниципалитетах области.

«Это возможность для муниципальных образований получать грамотных работников для бюджетной сферы: врачей, учителей, работников культуры. Этот вопрос мы неоднократно поднимали на уровне Министерства образования РФ, находя понимание в определенных моментах», – отметил губернатор Амурской области Олег Кожемяко.

«Речь идет о механизмах предоставления образовательного кредита через субсидии, направляемые из Министерства образования РФ в муниципалитеты области. В дальнейшем средства должны предоставляться студенту, который по направлению главы муниципального образования идет на получение необходимого образования и несет в дальнейшем за это финансовую ответственность», – подчеркнул глава региона.

Второй вопрос касался работы по развитию системы профессионального образования области.

Губернатор отметил, что система профобразования должна отвечать требованиям современного общества и современной экономики.

По материалам официального сайта правительства Амурской области. http://www.amurobl.ru/wps/portal/

■ В Тверской области реализуется программа переселения граждан из ветхого и аварийного жилья в регионе.

Выполнение обязательств перед населением – главная задача, которая стоит перед муниципальными образованиями.

Всего до 1 сентября 2017 года в рамках программы в Тверской области предстоит переселить 8 тысяч 65 человек из 743 аварийных домов. В регионе принята соответствующая дорожная карта. При этом в ходе реализации I и II этапов необходимо переселить свыше 5 200 человек, то есть выполнить почти 2/3 программы. Средства Фонда содействия реформированию ЖКХ и областного бюджета на эти цели районам перечислены. Как сообщил первый заместитель министра ТЭК и ЖКХ Сергей Тукалов, по состоянию на 1 января текущего года в рамках I этапа переселено 2 225 человек, в 20 муниципалитетах программные мероприятия завершены в полном объёме.

По материалам официального сайта правительства Тверской области http://www.region69.gov.ru/news/?id=10301