

Барьеры доступа к медицинской помощи: сравнительный анализ городских и сельских территорий России¹

Е. В. Вьюговская, Е. Е. Малькова

Елена Васильевна Вьюговская, научный сотрудник, Лаборатория полевых исследований, Центр «Институт социального анализа и прогнозирования НСАП» Института прикладных экономических исследований, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. 119034, Москва, Пречистенская набережная, 11.
E-mail: vyugovskaya-ev@ranepa.ru

Евгения Евгеньевна Малькова, младший научный сотрудник, Лаборатория полевых исследований, Центр «Институт социального анализа и прогнозирования НСАП» Института прикладных экономических исследований, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. 119034, Москва, Пречистенская набережная, 11.
E-mail: malkova-ee@ranepa.ru

EDN: UHVRPS

Аннотация. Работа посвящена анализу субъективной оценки доступности медицинской помощи в Российской Федерации с акцентом на ключевые факторы неравенства: тип населенного пункта и возраст респондентов. Исследование основано на данных количественного опроса, проведенного в апреле 2025 года в рамках ежегодного мониторинга «Социальное положение и поведение населения в текущих условиях» (выборка: 1623 респондента в возрасте 18+ по всем регионам России, квотная выборка, метод — телефонный опрос), дополненных качественными нарративами из телефонных интервью.

Результаты исследования выявили устойчивую территориальную поляризацию: в то время как 51% жителей крупных городов (с населением более 100 тыс. человек) положительно оценивают качество медицинского обслуживания, в малых городах и сельской местности эта доля составляет лишь 40%. В крупных городах основным барьером становятся длинные очереди, в то время как в некрупных населенных пунктах доминирует триада проблем: дефицит узкопрофильных специалистов, географическая удаленность медучреждений и финансовые ограничения, связанные с затратами на транспортировку. Особое внимание уделено возрастной группе 55+, которая демонстрирует более низкие оценки качества медицинского обслуживания по сравнению с молодыми респондентами (18–34 года), что объясняется более высокой потребностью в медицинских услугах и, как следствие, более критическим и частым контактом с системой здравоохранения. Наиболее уязвимой категорией оказались жители малых населенных пунктов, в семьях которых есть лица, нуждающиеся в постоянном уходе: 62% из них дали негативную оценку доступности медицины. Развернутые нарративы подтверждают и иллюстрируют коли-

1. Статья подготовлена в рамках выполнения научно-исследовательской работы государственного задания РАНХиГС.

чественные выводы, демонстрируя структурные проблемы системы: кадровый голод, логистические и финансовые трудности пациентов, особенно маломобильных и пожилых людей.

Ключевые слова: доступность медицинской помощи, территориальные различия, сельское здравоохранение, возрастные группы, барьеры доступа, нехватка специалистов, удаленность медучреждений, финансовые ограничения

Введение и теоретическое обоснование

Территориальное неравенство в доступности медицинской помощи остается важной социально-экономической проблемой — географическая удаленность сильно осложняет своевременное получение медицинских услуг населением, в особенности проживающим в малых городах и сельских поселениях, и обнаруживает связанные с медицинским обслуживанием и уходом барьеры и трудности (Adams et al., 2021; Oosterveer, Young, 2015).

Далеко не новая, но по-прежнему актуальная проблематика территориальной изолированности, дефицита медицинского внимания и поддержки зачастую воспроизводится в публикациях, исследующих географические регионы с высокой дисперсией населения, «разбросанного» на большие и труднопреодолимые расстояния, с ярко выраженной сельской местностью и, как следствие, неоднородностью распределения социальных услуг и ресурсов, включая медицинское обслуживание. Так, значимость географического контекста и его влияние на получение качественных медицинских услуг и заботу о здоровье артикулируется в масштабной работе канадских ученых Джанель Хиппи, Виктора Маддалены и Сары Хит «Доступ к медицинским услугам в Западном Ньюфаундленде, Канада» (Access to health services in Western Newfoundland, Canada: Issues, barriers and recommendations emerging from a community-engaged research project). Проведенный опрос среди жителей Западного Ньюфаундленда позволил выявить основные проблемы: 1) нехватка врачей: 11,7% опрошенных не имеют семейного врача (family physician), а 36% вынуждены ездить за медицинской помощью в другие населенные пункты; 2) долгое ожидание: 60,8% респондентов назвали длинные очереди главным барьером; 3) транспорт и материальное обеспечение: жители отдаленных районов сталкиваются с высокими затратами на поездки и сложностями из-за плохой погоды, особенно зимой; 4) культурные барьеры: коренные народы испытывают неудобство, неловкость и даже страх перед проявлением расизма и отсутствием культурной чувствительности у медицинских работников; 5) гендерные различия: женщины отмечают нехватку помощи, в частности, в периоды беременности или направленной на психическое здоровье. Как следствие, люди вынуждены откладывать визиты к врачу, пока состояние не становится критическим, пациенты с хроническими заболеваниями (диа-

бет, гипертония, онкология) не получают регулярного наблюдения, женщинам, ожидающим рождения ребенка, приходится заранее переезжать в крупные города перед родами, а в особенно уязвимом положении оказываются пожилые и маломобильные жители (Hirre et al., 2014). Среди возможных решений авторы предлагают: 1) привлекать больше врачей в сельские районы (развитие программ обучения для студентов из сельской местности и создание стимулов для работы в отдаленных регионах); 2) усиливать роль медсестер-практиков (они могут взять на себя часть функций врачей и снизить нагрузку на систему); 3) оказывать финансовую поддержку (компенсация затрат на поездки для пациентов); 4) развивать телемедицину (увеличение числа консультаций через видеосвязь для сокращения времени ожидания и затрат на транспорт); 5) уделить пристальное внимание культурной и социальной адаптации медицинской помощи (обучение медработников для работы с коренными народами и другими уязвимыми группами) (Hirre et al., 2014).

Доступность медицинской помощи в сельской местности для ее населения, в том числе людей старшего возраста, часто нуждается в гериатрическом лечении и долговременном уходе, остается серьезной глобальной проблемой. Жители сельских районов сталкиваются с комплексом барьеров, включая социокультурные и экономические ограничения, недостаток качественного медицинского обследования, нехватку квалифицированных специалистов и отсутствие или слишком медленное развитие транспортной инфраструктуры (Мануильская и др., 2021; Рогозин, 2020; Старикам тут место, 2016; Douthit et al., 2015). В развивающихся странах, где 56% сельского населения не имеют доступа к базовым медицинским услугам, данная проблема усугубляется острым дефицитом медицинских кадров и ограниченным доступом к базовым услугам, таким как вакцинопрофилактика (Chowdhury, Ravi, 2022). Особую уязвимость демонстрирует сельское население пожилого возраста. Как показано на примере Индонезии, доступность медицинской помощи для данной категории дополнительно ограничивается факторами образовательного уровня, социально-экономического статуса и транспортной доступности (Prasetyo et al., 2023). При этом особое значение приобретает оценка потенциальной физической доступности услуг врачей общей практики, играющих ключевую роль в системе первичной медико-санитарной помощи в сельской местности (Joseph, Bantock, 1982).

Для преодоления такого дисбаланса требуется реализация комплексных мер на государственном и международном уровнях. К числу приоритетных направлений урегулирования относятся: обеспечение справедливого территориального распределения медицинских учреждений и увеличение охвата медико-социального обслуживания, включая неотложную медицинскую помощь и помощь профильных специалистов (universal health coverage); подготовка медицинских кадров с акцентом на оказание интегрированных ме-

медицинских услуг и проведение регулярного медицинского мониторинга (Chowdhury, Ravi, 2022; Prasetyo et al., 2023). Реализация предложенных мер является необходимым условием улучшения показателей здоровья сельского населения в целом, и пожилых и маломобильных (или немобильных) граждан в частности.

Схожие ограничения обнаруживаются и в исследованиях, фокусирующихся на развитых странах (Weinhold, Gurtner, 2014; WHO, 2010a, 2010b). Систематический обзор публикаций, посвященных трудностям оказания медицинской помощи населению, проживающему вдали от центра и в сельской местности в развитых странах (ОЭСР) австралийцев Эдвина Мсеке, Белинды Джессап и Тони Барнетта, выявил в 83,7% исследований (113 из 135 проанализированных работ за период с 1993 по 2023 г.) снижение доступности медицинских услуг с увеличением расстояния/времени поездки. Доступность медицинской помощи начинает существенно снижаться уже на расстоянии от 16,1 км или при продолжительности поездки от 30 минут. При этом сельские жители вынуждены преодолевать значительно большие дистанции для получения специализированной помощи по сравнению с услугами общего профиля (Mseke et al., 2024).

В ходе крупного исследования 2025 года Эстела Кабаньеро-Гарсия, Роберто Мартинес-Лакоба и их коллеги проанализировали 17 научных обзоров, посвященных барьерам доступа пожилых людей к медицинским, социальным и долгосрочным услугам («Barriers to health, social and long-term care access among older adults: a systematic review of reviews»). Основные результаты показали, что доступность услуг ограничивается комплексом взаимосвязанных факторов: социально-экономическими (уровень дохода, этническая принадлежность), географическими (удаленность проживания, транспортная инфраструктура), цифровыми (отсутствие необходимых навыков) и культурными барьерами. На основе этих данных авторы разработали концептуальную модель, подчеркивающую необходимость комплексного подхода к решению проблемы (Cabanero et al., 2025).

Аналогичные территориальные диспропорции выявлены в исследовании доступности медуслуг в уезде Дунхай (Китай), где 69% деревень имеют показатели ниже среднего по региону из-за удаленности и нехватки медучреждений. Особенно остро проблема проявляется в периферийных районах, где до 10% жителей тратят на дорогу до больницы более часа, что подтверждает универсальность географического барьера в разных социально-экономических контекстах. Эти работы совместно демонстрируют, что пространственное неравенство требует не точечных мер, а системных решений, учитывающих инфраструктурные и административные ограничения (Hu et al., 2013).

В российском контексте не в меньшей степени актуализируются проблемы социальной изоляции и уязвимости старшего поколе-

ния, особенно в негородской среде — в условиях, где старение часто сопряжено с накоплением социальных и экономических рисков, что усиливает зависимость от состояния местной инфраструктуры, включая здравоохранение (Мануильская, Рогозин, Солодовникова, 2022; Рогозин, Вьюговская, 2019). В статье О. К. Коробковой анализируются проблемы доступности медицинской помощи в сельской местности России. Автор отмечает существенный разрыв между конституционными гарантиями и реальной ситуацией: территориальная удаленность, слабая транспортная инфраструктура и низкая плотность населения ограничивают доступ к базовым медицинским услугам. Кадровый дефицит проявляется в концентрации врачей в районных центрах, что вынуждает сельских жителей обращаться преимущественно к фельдшерам. Материально-техническое отставание сельских медучреждений, включая недостаточную оснащенность и информатизацию, препятствует внедрению современных технологий, в том числе телемедицины. Трехуровневая система оказания помощи на практике оказывается неэффективной для отдаленных районов². Сокращение сети сельских медучреждений усиливает различия между городом и селом. В качестве решения автор предлагает комплекс мер: оптимизацию маршрутизации пациентов, развитие телемедицины и дистанционного обучения, модернизацию территориально-участкового принципа оказания услуг (Коробкова, 2015).

Продолжая исследование проблем доступности медицинской помощи в сельской местности, стоит обратиться к более поздним данным. В статье А. В. Колесникова отмечается, что, несмотря на прошедшие годы, ключевые проблемы — нехватка специалистов, удаленность медучреждений и сокращение финансирования — не только сохраняются, но и усугубляются из-за проводимых реформ. Если Коробкова (2015) фиксировала неэффективность трехуровневой системы, то Колесников уже констатирует ее негативные последствия: сокращение числа больниц на 72,5% в сельской местности и превращение сельских врачей в «диспетчеров», перенаправляющих пациентов в города. Это подтверждает, что за четыре года ситуация не улучшилась, а принятые меры лишь усилили диспропорции между городом и селом (Колесников, 2019).

Вопрос неравномерного распределения медицинской инфраструктуры в сельской местности отмечает и О. А. Воропинова: маломощные учреждения, катастрофическая нехватка санитарного транспорта и износ материально-технической базы создают замкнутый круг недоступности помощи. При этом, как показывает анализ Ставропольского края, даже существующие меры поддержки вроде программы «Земский доктор» не решают системных про-

2. 1-й уровень — амбулаторно-поликлинические медицинские учреждения;
2-й уровень — межмуниципальные центры, оказывающие специализиро-
ванную амбулаторную и стационарную медицинскую помощь.

блем — низкой мотивации специалистов, отсутствия жилья и перспектив для молодых кадров. Перспективным направлением могло бы стать комплексное реформирование, сочетающее усиленное финансирование первичного звена с цифровизацией услуг и принципиально новыми подходами к закреплению кадров (Воропинова, 2022).

Среди реальных и реализуемых инструментов, способствующих повышению доступности медицинских ресурсов и обеспечению качественной и своевременной медицинской помощи, авторами выделяются услуги телемедицины, которые стали жизненно важным решением для улучшения предоставления медицинских услуг и результатов лечения пациентов в географически изолированных субъектах (*regions*) и сообществах (*communities*). Авторы подчеркивают роль теле- и цифровых технологий в преодолении географических барьеров, улучшении управления ресурсами и роста лояльности к лечению как таковому, особенно в развивающихся странах (Silva Junior, 2024); приводят доказательства значительного улучшения результатов лечения пациентов, экономии средств и повышения удовлетворенности за счет телемедицины и удаленного мониторинга, демонстрируя ее преобразующий потенциал (Vudathaneni, 2024); подчеркивают способность телемедицины расширять доступ для малообеспеченных слоев населения, пожилых граждан, а также устранять неравенство в здравоохранении в сельских районах (Almahroos, 2022). Кроме того, М. Батцнер и Я. Каффи (Butzner, Cuffee, 2021) сообщают о положительных результатах телемедицинских вмешательств в сельских сообществах США, включая повышение удовлетворенности пациентов и снижение затрат. В совокупности эти исследования подчеркивают эффективность телемедицины в расширении доступа и результатов лечения, особенно в отдаленных и малообеспеченных регионах.

Для сокращения неравенства при получении медицинской помощи населением перспективными являются устойчивые модели здравоохранения, включающие: телемедицину, мобильные медицинские службы, программы с участием общественных медицинских работников. По данным А. Арденни и коллег (Ardenny et al., 2025), такие подходы способны повысить эффективность оказания медицинской помощи на 40% и снизить заболеваемость предотвратимыми патологиями на 30%. Примечательно, что большинство стран с высоким уровнем дохода не имеют специализированных национальных политик для сельских больниц, хотя отдельные инициативы реализуются на субнациональном уровне или через федеральные механизмы (Rechel et al., 2016). Для устранения неравенства в доступности медицинской помощи требуется комплекс административных и технологических мер, среди которых можно выделить: экономические инструменты (субсидии, страховые модели), стратегическое территориальное планирование (оптимизация размещения медучре-

ждений), расширение всеобщего охвата услугами здравоохранения (Osadolor et al., 2022; WHO, 2021, 2018).

Е. В. Вьюговская,
Е. Е. Малькова
Барьеры доступа
к медицинской по-
мощи: сравнитель-
ный анализ город-
ских и сельских
территорий России

**Территориальные и возрастные различия в оценке
медицинской помощи**

В апреле 2025 года в рамках ежегодного мониторинга «Социальное положение и поведение населения в текущих условиях» респондентам предложили оценить качество медицинского обслуживания в их населенном пункте. Выборка составила 1623 человека, опрашивались граждане РФ в возрасте 18 лет и старше. Обследование проводилось по всем регионам России. Квоты на страты распределялись в соответствии с данными Росстата. Метод опроса — телефонный опрос.

Результаты показали поляризацию мнений: 47% опрошенных дали положительную оценку, и столько же — отрицательную (табл. 1). По сравнению с 2021 годом³ доля положительно оценивающих медицинское обслуживание выросла на 6 п.п. (с 41 до 47%), в то же время чуть увеличилась и доля оценивающих медицинские услуги в негативном ключе, этот показатель вырос на 3 п.п. (с 44 до 47%).

Таблица 1. Динамика оценки качества медицинского обслуживания: январь 2021 г. и апрель 2025 г., % по столбцу

Как Вы оцениваете качество медицинского обслуживания в Вашем населенном пункте?	Январь 2021 г. (N=2444)	Апрель 2025 г. (N=1623)
Хорошее	21	21
Скорее хорошее	20	26
Скорее плохое	19	22
Плохое	25	25
Не знаю/затрудняюсь ответить/отказ	15	6
Всего	100	100

В крупных населенных пунктах с численностью населения более 100 тысяч человек⁴ половина участников опроса положительно

3. Телефонный опрос в рамках НИР «Потребности людей старшего возраста», январь 2021 г., количество респондентов — 2444.
4. Деление на группы по численности населения. В первую группу (крупные населенные пункты) входят населенные пункты с численностью населения более 100 тыс. человек. По классификации ГрК РФ к ним относятся сверхкрупные, крупнейшие, крупные города, большие города. Во вторую группу (некрупные населенные пункты) входят населенные пункты с численностью менее 100 тыс. человек: средние и малые города, ПГТ, сельские поселения.

оценили медицинское обслуживание (51%). В то же время в некрупных городах (с населением менее 100 тысяч человек) и в сельской местности доля положительных оценок («Хорошо»/«Скорее хорошо») составила лишь 40% (табл. 2).

Таблица 2. Оценка медицинского обслуживания. Распределение по типу населенного пункта, % по столбцу

Как Вы оцениваете качество медицинского обслуживания в Вашем населенном пункте?	Населенный пункт более 100 тыс. чел.	Населенный пункт менее 100 тыс. чел.
Хорошее/Скорее хорошее	51	40
Плохое/Скорее плохое	43	54
Не знаю/затрудняюсь ответить/отказ	7	6
Всего	100	100

Оценка качества медицинского обслуживания варьируется в зависимости от возрастной группы. Наиболее положительно ее воспринимают респонденты в возрасте 18–34 лет (табл. 3). Однако поскольку субъективные оценки тесно связаны с личным опытом взаимодействия с системой здравоохранения, представления более старших возрастных групп могут в большей степени отражать объективное положение дел.

С возрастом растет потребность в медицинской помощи, что приводит к более частому и критическому контакту с медицинскими учреждениями. Это, в свою очередь, может способствовать более взвешенной и реалистичной оценке качества медицинских услуг. Как видно из данных, среди старших возрастных групп преобладают негативные оценки медицинского обслуживания.

Таблица 3. Оценка медицинского обслуживания в населенном пункте. Распределение по возрастной группе, % по столбцу

Как Вы оцениваете качество медицинского обслуживания в Вашем населенном пункте?	18–34 года	35–54 года	55–69 лет	70+ лет	Всего
Хорошее/Скорее хорошее	59	45	42	44	47
Плохое/Скорее плохое	37	50	50	46	47
Не знаю/затрудняюсь ответить/отказ	4	5	9	9	6
Всего	100	100	100	100	100

Продолжая анализ различий в восприятии качества медицинского обслуживания, зафиксированных между возрастными группами, следует обратить внимание и на другие социально значимые

факторы. Один из них — наличие в семье человека, нуждающегося в постоянном уходе. Необходимость оказывать помощь пожилым родственникам создает нагрузку на материальные и эмоциональные ресурсы семей, становится поводом для переоценки субъективного благополучия последних (Мануильская, Солодовникова, Малькова, 2023; Ипатова, 2013).

Распределение ответов по этому признаку также демонстрирует существенные различия. Респонденты, у которых в семье есть человек, требующий постоянной помощи (в большинстве случаев — пожилой родственник или родственник с инвалидностью), значительно чаще оценивают медицинское обслуживание как неудовлетворительное (табл. 4). Более половины таких респондентов (53 %) дали отрицательную оценку, тогда как среди тех, чьи семьи не включают нуждающегося в постоянном уходе, этот показатель ниже (46 %).

Таблица 4. Оценка медицинского обслуживания в населенном пункте. Распределение по наличию нуждающегося в уходе члена семьи, % по столбцу

Как Вы оцениваете качество медицинского обслуживания в Вашем населенном пункте	Нуждаетесь ли Вы сами или другой член Вашей семьи, как проживающий, так и не проживающий с Вами, в постоянном уходе по состоянию здоровья?			
	Да, я нуждаюсь/другой член семьи нуждается	Нет, никто не нуждается	Затрудняюсь ответить	Всего
Хорошее/Скорее хорошее	42	48	73	47
Плохое/Скорее плохое	53	46		47
Не знаю/затрудняюсь ответить/отказ	5	6	27	6
Всего	100	100	100	100

Проблемы медицинского обслуживания особенно остро ощущаются в некрупных населенных пунктах, где есть семьи с нуждающимися в постоянном уходе. Согласно данным опроса (табл. 5), 62 % респондентов из небольших городов, ПГТ и сел, столкнувшихся с необходимостью ухода за больным родственником, оценивают качество медицины как «плохое» или «скорее плохое». Для сравнения: в крупных городах, населенных пунктах такой оценки придерживаются 48 % опрошенных в аналогичной ситуации.

Таблица 5. Оценка медицинского обслуживания в населенном пункте. Распределение по наличию нуждающегося в уходе члена семьи и по численности населенного пункта, % по столбцу

Тип населенного пункта	Как Вы оцениваете качество медицинского обслуживания в Вашем населенном пункте	Нуждаетесь ли Вы сами или другой член Вашей семьи, как проживающий, так и не проживающий с Вами, в постоянном уходе по состоянию здоровья?	
		Да, я нуждаюсь/другой член семьи нуждается	Нет, никто не нуждается
Город более 100 тыс.	Хорошее/Скорее хорошее	47	52
	Плохое/Скорее плохое	48	41
	Затрудняюсь ответить	5	7
	Всего	100	100
Город менее 100 тыс./ПГТ/село	Хорошее/Скорее хорошее	33	42
	Плохое/Скорее плохое	62	53
	Затрудняюсь ответить	5	6
	Всего	100	100

Для иллюстрации описанных тенденций ниже приведены нарративы респондентов, собранные в ходе телефонных интервью:

— *Медицина у нас хромает. У нас тут половины докторов нет, которые нужны. Приходится в область ездить. Вот и вся помощь. Потому что здесь не лечат, а калечат* (муж., 49 лет, Кемеровская обл., г. Березовский (население 43,3 тыс. человек)).

— *Я гемодиализный, у нас автобусы не ходят, и я вот за пятьдесят километров на такси езжу. <...> Хотя бы вот если бы за билеты выплачивали, хотя бы на такси на дорогу, мне лишнего не надо, пусть бы посчитали, сколько это получается. Два раза в неделю езжу на диализ* (муж., 64 года, Орловская обл., Краснотурковский р-н, деревня).

— *Если бы врачи не уходили бы из государственных в частные. У нас в государственных больницах никого нету. Чтобы попасть к врачу, нужно записываться за месяц, за два. Травматологов не хватает, неврологов не хватает, хирургов. Говорят — «идите в платную». А если у человека нет финансов? Если пенсионер? (муж., 37 лет, Удмуртская Республика, Глазовский р-н, село).*

— *Если, допустим, нужен глазной вот, не просто терапевт участковый или там анализы сдать крови и мочи. Но чтобы врач вот глазной мог бы прийти и проверить зрение. Потому что если человек лежачий и не может прийти, если он ослеп,*

то уже ничего не сделаешь (жен., 66 лет, Самарская обл., Красноярский р-н, село;* ухаживает за нуждающимся в помощи родственником 97 лет).

— Ни врачей, никого нет, куда ни обращаешься — всё. Нет у нас врачей. А в Кинешму мы ехать не можем. Мы с Юрьевца (жен., 73 года, Ивановская обл., г. Юрьевец (население 7,9 тыс. человек); *ухаживает за инвалидом 36 лет).

— Я не знаю, какое оно (медицинское обслуживание). Дело в том, что я плохо передвигаюсь, поэтому для меня оно не очень хорошее. Трудно добираться до всего этого. Позовешь, вызовешь — скорая помощь приезжает (муж., 78 лет, высшее образование, Рязанская обл., Спасский р-н, село).

Е. В. Вьюговская,

Е. Е. Малькова

Барьеры доступа к медицинской помощи: сравнительный анализ городских и сельских территорий России

Заключение

Проведенное исследование подтверждает наличие глубокого и устойчивого территориального неравенства в доступности и качестве медицинской помощи в России. Анализ субъективных оценок населения выявил четкую дихотомию между крупными городами и малыми населенными пунктами, включая сельскую местность. При этом различия проявляются не только в уровне удовлетворенности, но и в принципиально отличных типах барьеров, с которыми сталкиваются жители. Для крупных городов характерна проблема временного доступа (длинные очереди, запись на месяцы вперед), в то время как для малых городов и сел на первый план выходят проблемы физического и кадрового доступа. Здесь население сталкивается с рядом взаимосвязанных барьеров: дефицит узких специалистов, географическая удаленность медицинских учреждений и неподъемные для многих финансовые затраты на транспортировку. Эта ситуация создает замкнутый круг: нехватка врачей ведет к росту нагрузки на оставшихся специалистов, снижению качества услуг и, как следствие, к их дальнейшему оттоку. Особую уязвимость демонстрируют люди старшего возраста (55+) и семьи, осуществляющие постоянный уход за больными или маломобильными родственниками. Именно эти группы, наиболее зависимые от системы здравоохранения, становятся заложниками территориального неравенства. Их критические оценки являются не просто субъективным мнением, а отражением объективной реальности, в которой получение своевременной и квалифицированной помощи сопряжено с непреодолимыми логистическими и экономическими трудностями. Нарративы респондентов красноречиво свидетельствуют, что существующая трехуровневая система маршрутизации на практике зачастую не работает, превращая сельских врачей в «диспетчеров», а пациентов — в «медицинских мигрантов», вынужденных самостоятельно преодолевать сотни километров.

Таким образом, существующая модель организации медицинской помощи не справляется с вызовами, обусловленными огромными пространствами и низкой плотностью населения. Без целенаправленной и адресной политики, учитывающей специфику негородских территорий, разрыв между «центром» и «периферией» будет только увеличиваться, создавая все более обширные «серые зоны» недоступности, где люди (в частности, пожилые и маломобильные граждане) зачастую лишены даже базовой поддержки.

На основе выводов исследования можно сформулировать следующие рекомендации для органов управления здравоохранением и социальной политикой.

Совершенствование кадровой политики

— Модернизация программ закрепления кадров, создание карьерных и профессиональных перспектив для молодых специалистов.

— Развитие системы телементорства и супервизии (внедрение обязательного регулярного взаимодействия врачей из малых населенных пунктов с профильными специалистами из федеральных или региональных центров для методической поддержки, повышения квалификации и снижения профессиональной изоляции).

— Расширение роли среднего медицинского персонала (делегирующее медсестрам и фельдшерам в ФАПах и сельских амбулаториях расширенного круга полномочий (например, ведение пациентов с хроническими заболеваниями под дистанционным контролем врача) после прохождения дополнительного обучения).

Развитие инфраструктуры и логистики

— Оптимизация маршрутизации пациентов (создание централизованных и субсидируемых региональных служб медицинской транспортировки (санитарное такси) для плановых поездок жителей отдаленных районов в специализированные центры).

— Внедрение мобильных медицинских комплексов (организация регулярных выездов передвижных флюорографов, маммографов, а также бригад узких специалистов (окулист, эндокринолог, невролог) в малые населенные пункты).

— Цифровизация и телемедицина (оснащение всех ФАПов и сельских амбулаторий устойчивым интернет-соединением и необходимым оборудованием (сканеры, камеры) для проведения полноценных телеконсультаций и дистанционного мониторинга состояния здоровья пациентов (например, с артериальной гипертензией, диабетом).

Финансовая и социальная поддержка уязвимых групп

— Введение целевых транспортных компенсаций (разработка механизма частичной или полной компенсации расходов на проезд к медучреждению для льготных категорий граждан (маломобильные, хронические больные, граждане с низким доходом), проживающих в населенных пунктах, не имеющих необходимых специалистов).

— Интеграция медицинской и социальной помощи на дому (усиление взаимодействия между органами здравоохранения и со-

циальной защиты для организации комплексного патронажа пожилых и маломобильных граждан, включающего не только уход, но и регулярные медицинские осмотры на дому).

Мониторинг и управление

— Проведение регулярных целевых опросов для мониторинга субъективной оценки доступности медицинской помощи среди наиболее уязвимых групп (пожилые, лица, осуществляющие уход) в малых населенных пунктах для оперативного выявления проблем.

Е. В. Вьюговская,

Е. Е. Малькова

Барьеры доступа к медицинской помощи: сравнительный анализ городских и сельских территорий России

Библиография

- Воропинова О. А. (2022). Современные проблемы сельского здравоохранения // ИПЭФ. № 2.
- Ипатова А. А. (2013). Судьбы старшего поколения ивановцев // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. № 3 (115). С. 151–164.
- Колесников А. В. (2019). Здравоохранение в сельской местности // Вестник технологической безопасности и сельского развития. № 3 (23). С. 30–37.
- Коробкова О. К. (2015). Проблемы совершенствования оказания медицинских услуг в сельской местности регионов Российской Федерации // Russian Journal of Economics and Law. № 1 (33). С. 179–186.
- Мануильская К. М., Рогозин Д. М., Грязнова О. С., Ипатова А. А., Вьюговская Е. В. (2021). Жизнь вне изоляции: концепция нового социального дома. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС.
- Мануильская К. М., Рогозин Д. М., Солодовникова О. Б. (2022). Дорожная карта старения, или Как не стать заложником своего дома после выхода на пенсию. М.: Издательский дом «РАНХиГС».
- Мануильская К. М., Солодовникова О. Б., Малькова Е. Е. (2023). Субъективное благополучие россиян: предпенсионный возраст как фактор риска // Социологические исследования. № 2. С. 104–114.
- Рогозин Д. М. (2020). Британская школа социальной геронтологии: библиографический обзор одного издательского проекта // Человек. Т. 31. № 3. С. 173–183.
- Рогозин Д. М., Вьюговская Е. В. (2019). Автоэтнография деревенского дома Русского Севера // Крестьяноведение. Т. 4. № 1. С. 98–122.
- Старикам тут место: социальное осмысление старения (2016) / Под ред. Д. М. Рогозина, А. А. Ипатовой. М.: Институт социологии РАН.
- Adams S. J., Babyn P., Burbridge B., Tang R., Mendez I. (2021). Access to ultrasound imaging: A qualitative study in two northern, remote, Indigenous communities in Canada // International Journal of Circumpolar Health. Vol. 80. № 1. Article 1961392.
- Almahroos A. A., Al-Harbi H. Y. N., Alali A. J., Awadh A. T., Altarafi H. A., et al. (2022). The impact of telemedicine on healthcare access and outcomes // Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology. Vol. 29. № 4. P. 2332–2340.
- Ardeny A., Le Hoang Nam, Pham Anh Tu. (2025). Sustainable health model: Increasing universal access to health services in remote areas // Journal of World Future Medicine, Health and Nursing. Vol. 3. № 1. P. 107–117.
- Butzner M., Cuffee Y. (2021). Telehealth interventions and outcomes across rural communities in the United States: Narrative review // Journal of Medical Internet Research. Vol. 23. № 8. Article e29575.
- Cabañero-Garcia E., Martinez-Lacoba R., Pardo-Garcia I. et al. (2025). Barriers to health, social and long-term care access among older adults: A systematic review of reviews // International Journal for Equity in Health. Vol. 24 (1). Article 72.

- Chowdhury J., Ravi P. R. (2022). Healthcare accessibility in developing countries: A global health-care challenge // *Journal of Clinical & Biomedical Research*. Vol. 4. № 4. P. 1–5. Article SRC/JCBR-164.
- Douthit N. T., Kiv S., Dwolatzky T., Biswas S. (2015). Exposing some important barriers to health care access in the rural USA // *Public Health*. Vol. 129. № 6. P. 611–620.
- Hippe J., Maddalena V., Heath S., Jesso B., McCahon M. E., Olson K. (2014). Access to health services in Western Newfoundland, Canada: Issues, barriers and recommendations emerging from a community-engaged research project // *Gateways: International Journal of Community Research and Engagement*. Vol. 7. № 1. P. 67–84.
- Hu R., Dong S., Zhao Y. et al. (2013). Assessing potential spatial accessibility of health services in rural China: A case study of Donghai county // *International Journal for Equity in Health*. Vol. 12. № 1. Article 35.
- Joseph A. E., Bantock P. R. (1982). Measuring potential physical accessibility to general practitioners in rural areas: A method and case study // *Social Science & Medicine*. Vol. 16. № 1. P. 85–90.
- Mseke E. P., Jessup B., Barnett T. (2024). Impact of distance and/or travel time on healthcare service access in rural and remote areas: A scoping review // *Journal of Transport & Health*. Vol. 37. № 1. Article 101819.
- Oosterveer M. T., Young K. T. (2015). Primary health care accessibility challenges in remote Indigenous communities in Canada's North // *International Journal of Circumpolar Health*. Vol. 74. № 1.
- Osadolor O. O., Osadolor A. J., Enabulele E., Akaji E. A., Odiwaya D. E. (2022). Access to health services and health inequalities in remote and rural areas // *Janaki Medical College Journal of Medical Science*. Vol. 10. № 2. P. 70–74.
- Prasetyo N. N., Maliangkay K. S., Novianti P. A., Pertiwi R., Annisa S. R. (2023). Health accessibility in rural areas for the elderly in Indonesia // *Jurnal Rumpun Ilmu Kesehatan*. Vol. 3. № 2. P. 15–26.
- Rechel B., Džakula A., Durán A., Fattore G., Edwards N., et al. (2016). Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries // *Health Policy*. Vol. 120. № 7. P. 758–769.
- Silva Júnior E. J. S. da, Sidi F. S. F., Santos F. S., Cardoso G. G., Chaar M. S., Lima S. C. (2024). Telemedicina em zonas geograficamente isoladas // *Revista Contemporânea*. Vol. 4. № 12. Article e6939.
- Vudathaneni V., Lanke R., Mudaliyar M., et al. (2024). The impact of telemedicine and remote patient monitoring on healthcare delivery: A comprehensive evaluation // *Cureus*. Vol. 16. № 3. Article e55534.
- Weinhold I., Gurtner S. (2014). Understanding shortages of sufficient health care in rural areas // *Health Policy*. Vol. 118. № 2. P. 201–214.
- WHO (2010a). Rural poverty and health systems in the WHO European Region. https://www.who.int/docs/default-source/documents/publications/poverty-and-social-exclusion-in-the-who-european-region.pdf?sfvrsn=b48488fe_1&ysclid=mpvglfyoo0383265242
- WHO (2010b). Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States. Report on the Second Global Survey on eHealth. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/44497>
- WHO (2018). Imbalances in rural primary care: a scoping literature review with an emphasis on the WHO European Region. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346351/WHO-HIS-SDS-2018.58-eng.pdf?sequence=1>
- WHO (2021). WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024229>

Elena V. Vyugovskaya, Researcher, Field Research Laboratory, Center “Institute for Social Analysis and Forecasting”, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration. Prechistenskaya Nab., 11, bldg. 1, Moscow, 119034, Russia. E-mail: vyugovskaya-ev@ranepa.ru

Evgeniya E. Malkova, Junior Researcher, Field Research Laboratory, Center “Institute for Social Analysis and Forecasting”, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration. Prechistenskaya Nab., 11, bldg. 1, Moscow, 119034, Russia. E-mail: malkova-ee@ranepa.ru

*Е. В. Вьюговская,
Е. Е. Малькова*
Барьеры доступа
к медицинской по-
мощи: сравнитель-
ный анализ город-
ских и сельских
территорий России

Abstract. The article considers the subjective perception of healthcare accessibility in Russia, focusing on two key dimensions of inequality — type of settlement and age group, is based on the survey conducted in April 2025 as part of the annual monitoring “Social Position and Behavior of Population in Current Conditions” (N=1623, 18+, All-Russian sample, telephone survey) and supplemented with narratives from telephone interviews. The results show persistent territorial polarization: while 51% of residents in large cities (with population over 100,000) assess the quality of healthcare positively, only 40% do so in small towns and rural areas. In major urban centers, the primary access barrier is long wait, while in smaller settlements — a shortage of highly specialized specialists, geographic remoteness of medical institutions, and financial constraints associated with transportation costs. The authors pay special attention to the 55+ group with significantly lower estimates of healthcare quality compared to younger respondents (18–34-year-olds), which can be explained by the elders' higher need for medical services and, as a result, more critical and frequent contact with the healthcare system. The most vulnerable group are residents of small settlements with family members in need of constant care: 62% negatively assess healthcare accessibility. Interview narratives confirm and illustrate these findings, highlighting such structural problems as staff shortage, logistical and financial difficulties for patients, especially those with limited mobility and the elderly.

Key words: accessibility of health care, territorial differences, rural health care, age groups, access barriers, shortage of specialists, remoteness of medical facilities, financial constraints

References

- Adams S.J., Babyn P., Burbridge B., Tang R., Mendez I. (2021) Access to ultrasound imaging: A qualitative study in two northern, remote, indigenous communities in Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 80, no 1.
- Almahroos A.A., Al-Harbi H.Y.N., Alali A.J., Awadh A.T., Altarafi H.A. et al. (2022) The impact of telemedicine on healthcare access and outcomes. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, vol. 29, no 4, pp. 2332–2340.
- Ardenny A., Le Hoang Nam, Pham Anh Tu. (2025) Sustainable health model: Increasing universal access to health services in remote areas. *Journal of World Future Medicine, Health and Nursing*, vol. 3, no 1, pp. 107–117.
- Butzner M., Cuffee Y. (2021) Telehealth interventions and outcomes across rural communities in the United States: Narrative review. *Journal of Medical Internet Research*, vol. 23, no 8.
- Cabañero-García E., Martínez-Lacoba R., Pardo-García I. et al. (2025) Barriers to health, social and long-term care access among older adults: A systematic review of reviews. *International Journal for Equity in Health*, vol. 24, no 1.

- Chowdhury J., Ravi P.R. (2022) Healthcare accessibility in developing countries: A global healthcare challenge. *Journal of Clinical & Biomedical Research*, vol. 4, no 4, pp. 1–5.
- Douthit N. T., Kiv S., Dwolatzky T., Biswas S. (2015) Exposing some important barriers to health care access in the rural USA. *Public Health*, vol. 129, no 6, pp. 611–620.
- Hippe J., Maddalena V., Heath S., Jesso B., McCahon M. E., Olson K. (2014) Access to health services in Western Newfoundland, Canada: Issues, barriers and recommendations emerging from a community-engaged research project. *Gateways: International Journal of Community Research and Engagement*, vol. 7, no 1, pp. 67–84.
- Hu R., Dong S., Zhao Y. et al. (2013) Assessing potential spatial accessibility of health services in rural China: A case study of Donghai county. *International Journal for Equity in Health*, vol. 12, no 1.
- Ipatova A. A. (2013) Sudby starshego pokoleniya Ivanovtsev [Fates of the older generation of Ivanovo residents]. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*, no 3, pp. 151–164.
- Joseph A. E., Bantock P.R. (1982) Measuring potential physical accessibility to general practitioners in rural areas: A method and case study. *Social Science & Medicine*, vol. 16, no 1, pp. 85–90.
- Kolesnikov A. V. (2019) Zdravookhranenie v selskoy mestnosti [Healthcare in rural areas]. *Bulletin of Technospheric Safety and Rural Development*, no 3, pp. 30–37.
- Korobkova O. K. (2015) Problemy sovershenstvovaniya okazaniya meditsinskih uslug v selskoy mestnosti regionov Rossiyskoy Federatsii [Issues of improving medical services in rural areas of the Russian Federation]. *Russian Journal of Economics and Law*, no 1, pp. 179–186.
- Manuil'skaya K. M., Rogozin D. M., Gryaznova O. S., Ipatova A. A., Vyugovskaya E. V. (2021) *Zhizn' vne izolyatsii: kontseptsiya novogo sotsial'nogo doma* [Life beyond Isolation: The Concept of a New Social Home], Moscow: Izdatelsky dom "Delo" RANKhiGS.
- Manuil'skaya K. M., Rogozin D. M., Solodovnikova O. B. (2022) *Dorozhnaya karta stareniya, ili kak ne stat zalozhnikom svoego doma posle vykhoda na pensiyu* [A Roadmap to Aging: How to Avoid Becoming a Hostage to Your Home After Retirement], Moscow: Izdatelsky dom "Delo" RANKhiGS.
- Manuil'skaya K. M., Solodovnikova O. B., Malkova E. E. (2023) Sub`ektivnoe blagopoluchie rossiyan: predpensionnyy vozrast kak faktor riska [Subjective well-being of Russians: Pre-retirement age as a risk factor]. *Sociological Studies*, no 2, pp. 104–114.
- Mseke E. P., Jessup B., Barnett T. (2024) Impact of distance and/or travel time on health-care service access in rural and remote areas: A scoping review. *Journal of Transport & Health*, vol. 37, no 1.
- Oosterveer M. T., Young K. T. (2015) Primary health care accessibility challenges in remote indigenous communities in Canada's North. *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 74, no 1.
- Osadolor O. O., Osadolor A. J., Enabulele E., Akaji E. A., Odiwaya D. E. (2022) Access to health services and health inequalities in remote and rural areas. *Janaki Medical College Journal of Medical Science*, vol. 10, no 2, pp. 70–74.
- Prasetyo N. N., Maliangkay K. S., Novianti P. A., Pertiwi R., Annisa S. R. (2023) Health accessibility in rural areas for the elderly in Indonesia. *Jurnal Rumpun Ilmu Kesehatan*, vol. 3, no 2, pp. 15–26.
- Rechel B., Džakula A., Durán A., Fattore G., Edwards N., et al. (2016) Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries. *Health Policy*, vol. 120, no 7, pp. 758–769.
- Rogozin D. M. (2020) Britanskaya shkola sotsialnoy gerontologii: bibliografichesky obzor odnogo izdatelskogo proekta [British school of social gerontology: A bibliographic review of one publishing project]. *Chelovek*, vol. 34, no 3, pp. 173–183.

- Rogozin D. M., Vyugovskaya E. V. (2019) Avtoetnografiya derevenskogo doma Russkogo Severa [Autoethnography of the village house in the Russian North]. *Russian Peasant Studies*, vol. 4, no 1, pp. 98–122.
- Rogozin D. M., Ipatova A. A. (Eds.) (2016) *Starikam tut mesto: sotsialnoe osmyslenie stareniya* [A Place for the Elderly: Social Understanding of Aging], Moscow: Institut sotsiologii RAN.
- Silva Júnior E. J. S. da, Sidi F. S. F., Santos F. S., Cardoso G. G., Chaa M. S., Lima S. C. (2024) Telemedicina em zonas geograficamente isoladas. *Revista Contemporânea*, vol. 4, no 12.
- Voropinova O. A. (2022) Sovremennye problemy selskogo zdravookhraneniya [Contemporary problems of rural healthcare]. *IPEF*, no 2.
- Vudathaneni V., Lanke R., Mudaliyar M., et al. (2024) The impact of telemedicine and remote patient monitoring on healthcare delivery: A comprehensive evaluation. *Cure-us*, vol. 16, no 3.
- Weinhold I., Gurtner S. (2014) Understanding shortages of sufficient health care in rural areas. *Health Policy*, vol. 118, no 2, pp. 201–214.
- WHO (2010a) Rural Poverty and Health Systems in the WHO European Region. URL: https://www.who.int/docs/default-source/documents/publications/poverty-and-social-exclusion-in-the-who-european-region.pdf?sfvrsn=b48488fe_1&ysclid=mpvglfyoou383265242.
- WHO (2010b) Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/44497>.
- WHO (2018) Imbalances in Rural Primary Care: A Scoping Literature Review with an Emphasis on the WHO European Region. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346351/WHO-HIS-SDS-2018.58-eng.pdf?sequence=1>.
- WHO (2021) WHO Guideline on Health Workforce Development, Attraction, Recruitment and Retention in Rural and Remote Areas. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024229>.

*Е. В. Вьюговская,
Е. Е. Малькова*
Барьеры доступа
к медицинской помощи:
сравнительный анализ городских
и сельских территорий России