

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РЕГИОНОВ РОССИИ



DOI: DOI: 10.24412/1561-7785-2026-2-175-189
EDN: DPYWMV

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ДОСТУПНОСТЬ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНАХ РОССИИ

Тимаков И. В.

*Институт экономики Карельского научного центра РАН
(185030, Россия, Петрозаводск, проспект А. Невского, 50)*

E-mail: ivanvseti@gmail.com

Финансирование:

Исследование выполнено в рамках государственного задания Карельского научного центра РАН FMEN-2022-0001 «Комплексное исследование и разработка основ управления устойчивым развитием северного и приграничного поясов России в контексте глобальных вызовов».

Для цитирования:

Тимаков И. В. Экономическая доступность услуг здравоохранения в регионах России // Народонаселение. — 2026. — Т. 29. — № 2. — С. 175-189. DOI: 10.24412/1561-7785-2026-2-175-189; EDN: DPYWMV

Аннотация. Статья посвящена изучению экономической доступности услуг здравоохранения в регионах России. Неравномерность развития медицинских учреждений, кадровый дефицит, негативные демографические тенденции, рост затрат, и социальное расслоение изменяют доступность медицинских услуг в регионах РФ. Наибольшие претензии населения сегодня вызывает коммерциализация медицины, низкое качество и незащищённость пациентов в рамках ОМС. На основе данных выборочных наблюдений качества и доступности услуг здравоохранения и др. региональных показателей, с применением экономико-математического инструментария (иерархический кластерный анализ агломеративным методом Уорда) построена типология регионов РФ по доступности здравоохранения в 2023 году. Анализировались 30 показателей здоровья, финансирования здравоохранения, оказания медицинских услуг и субъективных оценок проблем здравоохранения и др. Анализ доступности медицинских услуг показал дифференциацию регионов РФ на 5 групп: 1- наиболее благополучная, 2- недовольная, 3- максимально проблемная, 4- наименее проблемная, 5- удалённые регионы с дефицитом отдельных медуслуг и низкой плотностью населения. В условиях низкой плотности населения доступность здравоохранения значительно дифференцирована в местах расселения. Попытки поиска баланса между набором оказываемых медицинских услуг и адресностью медицинской помощи неизбежно способствуют изменению их доступности. При этом абсолютные значения числа недовольных услугами российского здравоохранения не велики. Коммерческая медицина не привлекает большое количество пациентов. В процессе реформы российского здравоохранения реализуемые планы столкнулись с неравенством развития медучреждений в регионах, негативными демографическими трендами и ростом фактических затрат на услуги здравоохранения. Но неравенство спроса на медуслуги и возможности медицинских учреждений в регионах не позволяют в полной мере обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, обуславливая региональные различия в оценках здравоохранения.

Ключевые слова: доступность, здравоохранение, медицинские услуги, региональная дифференциация, типология.

Введение

Международная социальная политика в области здравоохранения во главу угла ставит всеобщий охват услугами здравоохранения, как глобальный приоритет для Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)¹. Всеобщий охват предполагает доступность медицинских услуг для всех граждан в независимости от их происхождения и социального статуса [1]. Под доступностью услуг здравоохранения понимается возможность своевременно получить необходимое количество медицинского обслуживания в различных формах, не испытывая при этом чрезмерных трудностей. Что достигается через мероприятия по обеспечению населения безопасными и эффективными медицинскими услугами за счёт использования эффективных механизмов предоплаты и государственного финансирования.

Данный подход согласуется с конституционными гарантиями России и большинства развитых стран, и отвечает достижению цели устойчивого развития (ЦУР) по обеспечению здоровья и благополучия (№ 3 среди ЦУР ООН в повестке до 2030 г.). Через доступность медицинских услуг обеспечивается право на здоровье, в особенности для наиболее уязвимых групп населения². В то же время международная практика реализации национальной политики связана с финансовыми возможностями национальных систем здравоохранения. Бюджетные, организационные и кадровые ограничения являются барьерами на пути к доступности медицинских услуг и требуют эффективного использования имеющихся ресурсов. Нередко стремление к эффективности расходов создаёт проблемы доступа к медицинскому обслуживанию и меняет общественное восприятие существующей системы здравоохранения. Фи-

нансовая защита пациента обеспечивается через государственные гарантии охраны здоровья. Предполагается, что государство обеспечивает финансовую защиту пациента при потере здоровья и получении медицинских услуг, заболевание не вызовет значительных расходов, банкротства или других проблем [2]. В России реализация подобной политики связана с гарантиями системы здравоохранения перед пациентами, где бюджетные возможности имеют базовое значение [3].

Бесплатная помощь в рамках «Обязательного медицинского страхования» (ОМС) охватывает все виды медицинской помощи, за исключением стоматологии и лекарственного обеспечения. Не все граждане РФ знают и реализуют своё право на бесплатное медобслуживание. Ещё меньше готово защищать свои права в судах [4]. Ограничения ресурсов и отсутствие прозрачности государственных гарантий являются основным фактором расходов российских семей в области здравоохранения. Если услуга недоступна бесплатно в государственном секторе, пациент вынужден приобретать её на коммерческом рынке с использованием собственных средств. Поэтому частные расходы на здравоохранение являются индикатором эффективности и доступности действующей системы медицинского обслуживания [5]. На международном уровне в рамках ЦУР ООН приняты индикаторы всеобщего охвата услугами здравоохранения: доля населения с доступом к основным медицинским услугам и доля населения со значительными тратами на здоровье. Доступ к медуслугам и расходы домохозяйств на здоровье отражают фактическое получение необходимой медицинской помощи. Слишком высокие расходы наносят ущерб остальному потреблению и определяются как катастрофические. К ним относят значения доли расходов домохозяйств на здравоохранение — более 10% и 25% от дохода по критериям ВОЗ, в странах с развивающейся экономикой критерий превышает 40% дохода [6]. Данные критерии позволяют сравнить Россию с другими странами по доступности здравоохранения [7].

¹ World Health Organization et al. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report. 2021. — URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328913> (дата обращения: 02.04.2026).

² ВОЗ. Повышение доступности медицинских технологий и инноваций: на стыке здравоохранения, интеллектуальной собственности и торговли. — Женева, 2020. — 440 с. DOI: 10.34667/tind.44346

Приведённая на рис. 1 оценка населения со значительными тратами на здоровье в РФ основана на микроэкономических данных общенациональных опросов «Russia Longitudinal Monitoring survey, RLMS-HSE»³. К расходам на здравоохранение отнесены расходы на: амбулаторное, стационарное лечение, стоматологию, лекарственное обеспечение. Включение медикаментов и стоматологии в медицинские расходы увеличивает в 5–6 раз число домохозяйств, достигающих пороговых значе-

ний расходов семейного бюджета на здоровье⁴. К 2023 г. доля домохозяйств с этими расходами выросла до максимума за 10 лет, как, впрочем, и с расходами на стационарную и амбулаторную помощь (12,8% от выборки). Расходы на амбулаторные и стационарные услуги по критериям ВОЗ к 2023 г. превышали 25% доходов у 0,8% российских домохозяйств, более 10% доходов — у 2,4%, уровень в 40% от дохода превышают только 0,1% домохозяйств с расходами на медицинскую помощь (ЛПУ).

³ HSE (nd) Russia longitudinal monitoring survey, RLMS-HSE (далее – RLMS-HSE). – URL: <https://rlms-hse.cpc.unc.edu>, <https://www.hse.ru/org/hse/rlms> (дата обращения: 02.04.2026).

⁴ Здесь и далее оценка показателя доступности услуг здравоохранения в РФ основана на данных RLMS-HSE за период 2011–2023 годов. – URL: <https://www.hse.ru/org/hse/rlms> (дата обращения: 02.04.2026).

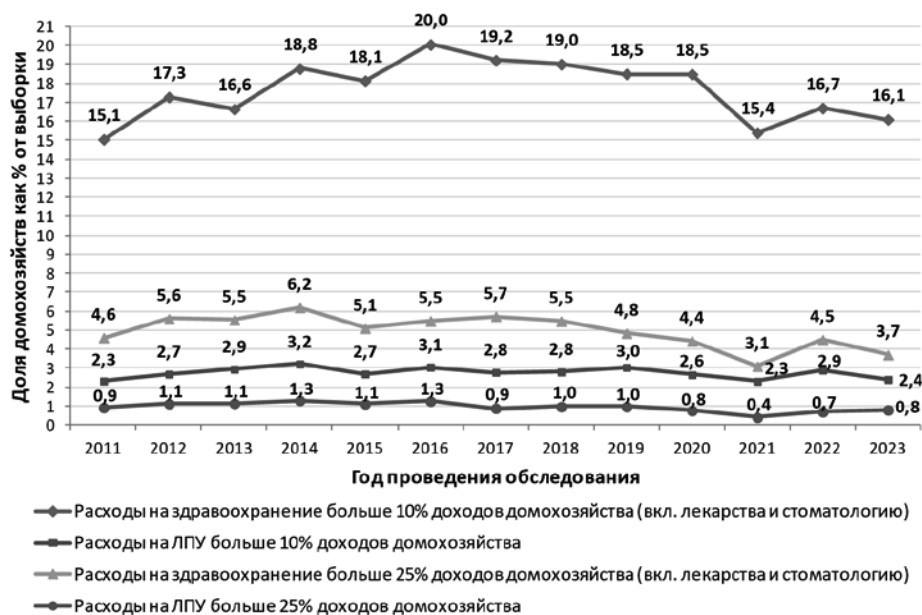


Рис. 1. Расходы российских домохозяйств на здравоохранение

Fig. 1. Russian household expenditures on health care

Источник: расчёты автора по данным RLMS-HSE.

Через включение расходов на здравоохранение в показатели благосостояния, производится оценка глубины влияния этих расходов на семьи с разным уровнем бедности [8]. В РФ наибольший риск бедности

из-за трат на здоровье наблюдался в малообеспеченных семьях, где больше 40% доходов на здравоохранение в 2023 г. тратили 3,1% семей и велика вероятность их отказа от приобретения медикаментов; на стаци-

онарную и амбулаторную помощь — 0,7% домохозяйств. Амбулаторная и стационарная помощь, являясь частью системы ОМС, доступна на платной основе не всем группам пациентов.

Ситуация с платежами из собственного кармана в здравоохранении РФ после 2011 г. постепенно стабилизировалась. Наибольший рост платежей наблюдался по медикаментам до 2016 года. Государственная программа здравоохранения обеспечивает относительную финансовую защиту для большинства населения. Сложно согласиться с некоторыми авторами [9], что основным фактором роста индивидуальных расходов является лучшее качество платных медицинских услуг. Выбор в пользу платных услуг зависит от потребностей, возможностей и предпосылок групп пациентов [10]. Основной угрозой роста трат на здоровье является стоимость и доступность лекарственных препаратов, и их влияние на низкодоходную группу домохозяйств. Для финансовой защиты таких домохозяйств расширение гарантий бесплатного лекарственного обеспечения наиболее перспективно.

Платные медуслуги в регионах вызывают трудности домохозяйств, а бюджеты и ресурсы здравоохранения распределяются на разное число пациентов с разной эффективностью — это затрагивает незащищённые слои населения. Удовлетворённость качеством и доступностью услуг здравоохранения формирует отношение населения к социальной политике государства [11]. Наибольшие претензии населения сегодня вызывает коммерциализация медицины, низкое качество услуг и незащищённость в рамках ОМС.

Проблема доступности услуг здравоохранения обостряется в условиях региональных систем здравоохранения. На территории России большое значение приобретают не только финансовые ограничения систем здравоохранения, но и проблемы наличия и качества медицинских услуг в местах проживания. Важным фактором является территориальная неоднородность расселения и размещения объектов регио-

нального здравоохранения. Рассматривая проблемы регионального здравоохранения, исследователи уделяют больше внимания социально-экономическим показателям здоровья и системы здравоохранения [12]. Но региональное неравенство медицинского обслуживания непосредственно влияет на субъективную оценку пациентами системы здравоохранения. Потеря доверия к системе будет способствовать отказу пациентов от медицинской помощи и игнорированию проблем своего здоровья. Особенно это характерно для регионов Крайнего Севера, где удалённость и низкая плотность населения создают барьеры доступности медицинских услуг.

Материалы и методы

Целью исследования выбрано изучение доступности услуг здравоохранения в российских регионах через субъективные оценки домохозяйствами проблем российского здравоохранения. Доступность услуг здравоохранения — возможность их получения в местах проживания в соответствии с медицинскими показаниями для всех пациентов. Анализ дифференциации качества услуг по регионам РФ основан на данных «Выборочного наблюдения качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения» Росстата и других статистических показателей регионов РФ за 2023 год. Набор исходных данных по проблемам здравоохранения, включал 92 социологических и статистических показателя. В дальнейшем, в результате отбора были использованы 30 показателей по регионам России.

Дифференциация регионов по доступности здравоохранения включала 85 регионов за исключением новых субъектов РФ из-за отсутствия официальной статистической информации по ним на период урегулирования вопросов их интеграции⁵. Регионы с аномальными, резко выделяющимися из общего распределения данных, значе-

⁵ Регионы России. Социально-экономические показатели. 2023: Стат. сб. / Росстат. — Москва, 2023. — 1126 с.

ниями отдельных показателей обеспеченности бюджетов разных уровней и домохозяйств (Санкт-Петербург, Москва), а также некоторых демографических показателей (Республика Чечня и Республика Ингушетия), были исключены из первоначальной кластеризации и добавлены по итогу к близким по значениям группам. С учётом количества регионов для оценки особенностей межгрупповой дифференциации проведён иерархический кластерный анализ данных агломеративным методом Уорда. В качестве меры различий используется квадратичное Евклидово расстояние. Безразмерность выборки обеспечивается Z-стандартизацией. Данные включают показатели «Регионов России» и «Выборочного наблюдения качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения» Росстата⁶. Анализируются данные на 2023 г., с учётом их доступности на момент проведения исследования. Социологическая выборка основана на информационном массиве ВПН-2020 48 тыс. домохозяйств по субъектам РФ⁷. За единицы отбора принимались счётный участок и жилое помещение с постоянным населением. Случайный отбор проводился Росстатом по городскому и сельскому населению в каждом субъекте РФ. Осуществлялся личный опрос членов домохозяйств по месту проживания по форме федерального статистического наблюдения. Исползованные базы микроданных репрезентативны на все части домохозяйств и на всё население РФ, с применением весовых коэффициентов, как обратно пропорциональные вероятности отбора.

Множество переменных включало показатели оценки опыта получения меди-

цинских услуг, субъективные оценки существующих проблем здравоохранения, а также показатели здоровья, финансирования здравоохранения, населения и экономики региона. Всего 30 объясняющих переменных и переменная регионов, по которой осуществлялась кластеризация (табл. 1). Для проведения иерархического кластерного анализа использовался статистический пакет SPSS. Показатели отражали как работу системы здравоохранения региона по оказанию медицинской помощи, так и социально-экономическое положение населения региона. Субъективные оценки качества и доступности здравоохранения сочетались с опытом получения медицинской помощи жителями регионов в 2023 году.

Результаты

Предварительный анализ государственной политики в области здравоохранения РФ позволил подтвердить наличие тенденции к выравниванию подушевых показателей финансового обеспечения здравоохранения в регионах РФ, а также наличия регионов с резко выделяющимися из общего распределения значениями показателей. К регионам с выделяющимися значениями показателей отнесены города Санкт-Петербург и Москва как крупнейшие мегаполисы, отличающиеся плотностью населения и обеспеченностью ресурсами здравоохранения, где удельные показатели значительно превосходят другие регионы страны. В дальнейшем эти регионы были отнесены к 4 группе с высокой степенью обеспеченности и доступности здравоохранения.

В результате анализа для полученного набора данных были выбраны 5 кластеров (групп), среди которых 3 сравнительно крупных кластера (группы) включают 80% регионов и 2 небольших кластера (группы). В каждый кластер вошли регионы с близкими значениями признаков (рис. 2). Содержательная интерпретация объединяющих характеристик каждой группы регионов позволяет выделить региональные особенности и их влияние на доступность здравоохранения в регионах. Для характеристики

⁶ Регионы России. Социально-экономические показатели. 2023: Стат. сб. / Росстат. – Москва, 2023. – 1126 с.; Итоги Выборочного наблюдения качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения в 2023 году // Росстат. – URL: https://rosstat.gov.ru/itog_inspect (дата обращения: 02.04.2026).

⁷ Выборочное наблюдение качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения 2023 // Росстат. – URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/GKS_KDU_2023/index.htm (дата обращения: 02.04.2026).

Таблица 1

Перечень переменных

Table 1

Set of variables

Показатели		Минимум	Максимум	Медиана	РФ
v1	Название регионов России (81 регион)	-	-	-	-
v2	Граница бедности в среднем на душу (рубль)	11548	27685	13823	14339
v3	ВРП на душу населения (в текущих ценах, тыс. рублей)	306	11995	715	1073,7
v4	Среднедушевые денежные доходы (рублей/месяц)	25619	156988	42684	53579
v5	Розничные продажи алкогольной продукции на душу населения (в литрах этанола)	1,0	11,8	6,9	7
v6	Потребительские расходы в среднем на душу населения (рублей/месяц)	17547	56231	32507	41231
Показатели здравоохранения региона					
v7	Среднедушевые расходы консолидированного бюджета на здравоохранение (рублей/человека)	3081	82639	9180	13448
v8	Расходы бюджета ТФОМС в пересчёте на население (руб./чел.)	13410	84302	18229	20422
v9	Численность врачей всех специальностей (человек/10тыс. населения)	31,7	76,4	48,5	52
v10	Смертность населения трудоспособного возраста (человек на 100 тыс. населения соответствующего возраста)	199,8	976,3	645,1	558
v11	Число обращений за медицинской помощью (за 12 мес., %)	29,0	84,4	65,2	63,2
Проблемы медобслуживания на основе опыта пациентов (за год)					
v12	Отказ в оказании медицинской помощи (%)	0,0	3,0	0,2	0,4
v13	Плохая организация приёма пациентов (%)	0,3	27,0	6,0	7,3
v14	Плохое качество медицинской помощи (%)	0,0	21,5	3,1	4,7
v15	Проблемы с льготным лекарственным обеспечением (%)	0,0	8,7	1,3	1,7
v16	Проблема плохого отношения со стороны медицинского персонала (%)	0,0	14,6	2,4	3,2
v17	С проблемами не сталкивались (%)	42,2	98,3	86,2	82,3
Мнение пациентов о наличии проблем медобслуживания					
v18	Характер изменения качества медицинского обслуживания (лучше/хуже, %)	2,7	44,9	22,5	22,0
v19	Увеличение объёма платной медицинской помощи как негативное явление в медобслуживание (%)	33,3	98,4	84,3	80,0
v20	Высокая стоимость лекарств как негативное явление в медобслуживание (%)	72,4	99,8	95,8	93,8
v21	Снижение качества медицинского обслуживания как негативное явление в медобслуживание (%)	24,3	82,1	56,8	54,7
v22	Отсутствие правовой защиты пациента как негативное явление в медобслуживание (%)	15,4	81,6	44,8	44,3
v23	Недостаточное количество хорошо оснащённых поликлиник как негативное явление в медобслуживание (%)	18,5	87,3	55,3	54,3
v24	Недостаточное количество хорошо оснащённых больниц как негативное явление в медобслуживание (%)	16,5	87,0	56,3	54,0
v25	Невнимательное отношение медицинского персонала как негативное явление в медобслуживание (%)	11,7	70,1	43,9	42,7
v26	Недостаточно высокая квалификация медперсонала как негативное явление в медобслуживание (%)	25,7	70,0	47,4	47,3

Показатели		Минимум	Максимум	Медиана	РФ
v27	Усложнение процедуры записи на прием к врачу (%)	27,1	91,6	56,7	53,7
v28	Дефицит лекарств, трудно найти в продаже необходимые лекарства и медикаменты (%)	8,9	56,5	29,7	29,7
v29	Нехватка среднего медицинского персонала (%)	13,0	65,1	37,3	36,7
v30	Мало и низкоэффективная медпомощь, полученная в организациях первичного звена (%)	0,7	25,5	11,7	11,3
v31	Неудовлетворенность работой поликлиники (%)	31,7	89,0	63,9	60,7

Источник: составлено автором.

каждой группы проведён анализ средних значений переменных по кластерам (группам) включая некоторые дополнительные показатели из изначального набора данных (табл. 2). Среди характеристик, влияющих на доступность здравоохранения в регионах, рассматривались состояние здоровья населения, нагрузка на медицинские учреждения, проблема коммерциализации медицины, проблемы медобслуживания на основе опыта пациентов, мнение пациентов о наличии проблем медобслуживания, а также финансовая обеспеченность и благосостояние населения регионов.

Первая группа регионов характеризуется как наиболее благополучная с точки зрения доступности медуслуг. В этой группе наибольшая доля респондентов не сталкивалась с проблемами здравоохранения, негативное мнение о проблемах здравоохранения высказывалось реже, чем в других группах. В целом негативное мнение соответствует проблемам здравоохранения, с которыми сталкивались респонденты в предшествующий период. Среди таких проблем рост платного обслуживания и проблема лекарственного обеспечения. При этом, несмотря на удовлетворённость здравоохранением в группе высокая доля медпомощи за счёт собственных средств, что вызывает затруднения у отдельных домохозяйств. Это следствие низкого уровня благосостояния населения и ограничений бюджетов регионального здравоохранения. По мнению респондентов, качество медобслуживания хуже не становится. В поликлиниках и госпиталях недовольство вызывают неофициальные и дополнительные платежи. Транс-

портная доступность поликлиник также является негативным фактором.

Вторая группа регионов характеризуется как недовольная доступностью медуслуг. Средняя доля респондентов столкнулась с проблемами здравоохранения, тогда как негативное мнение о проблемах здравоохранения высказывалось на высоком уровне. Негативное мнение представителей группы не соответствует проблемам, с которыми сталкивались пациенты в исследуемый период. Высокое число респондентов оплатили услуги, которые должны быть оказаны бесплатно в рамках программы ОМС. При этом негативное мнение большого числа респондентов коснулось почти всех указанных проблем здравоохранения. Наиболее негативно оценили проблемы записи на приём к врачу и нехватку соответствующего медперсонала. На фоне максимально негативной самооценки здоровья и невысокого благосостояния в группе больше всего востребованы платные медуслуги. Нехватка средств на оплату медуслуг способствует ограничению остальных расходов населения или отказу от оплаты помощи. При этом формируется негативное отношение к коммерциализации медицины, низкому качеству бесплатного медобслуживания и проблеме удалённости медучреждений. Высокое число респондентов группы отметило продолжающееся ухудшение качества медобслуживания.

Третья группа регионов характеризуется как максимально проблемная и наиболее негативная по отношению к доступности здравоохранения. Несмотря на востребованность платных медуслуг на среднем



Рис. 2. Группы регионов РФ по оценкам доступности услуг здравоохранения

Fig. 2. Clustering of Russian regions by affordability of healthcare services

Источник: расчёты автора.

уровне, наибольшее число респондентов столкнулось с проблемами здравоохранения практически по всем пунктам, отмеченным в вопроснике. Это не только проблемы оплаты бесплатных медуслуг, льготного лекарственного обеспечения и плохого качества медобслуживания, но и отказ в оказании медпомощи, плохая организация приёма пациентов и плохое отношение медперсонала.

Четвертая группа регионов характеризуется как наименее проблемная по доступности здравоохранения, с высокой долей платного медобслуживания и относительно благополучным населением. Высокие значения подушевых показателей финансирования регионального здравоохранения при высокой нагрузке на медучреждения и низкой доле медпомощи за счёт собственных средств. Обеспеченное население не испытывает проблем с получением платных медуслуг и обращается к ним из-за экономии времени. Несмотря на высокое число обращений, минимальное число респондентов столкнулось с проблемами низкого качества услуг, плохого отношения медперсонала и льготного лекарственного обеспечения. Плохую организацию мед-

помощи и отказ в оказании медуслуг отметило среднее число респондентов. Мнение о проблемах доступности здравоохранения в группе наименее негативно. Низкое число тех, кто отметил ухудшение качества здравоохранения.

Пятая группа регионов характеризуется как удалённые регионы с дефицитом отдельных медуслуг и низкой плотностью населения. Подушевые показатели финансирования здравоохранения максимальны, но при этом наибольшая смертность и заболеваемость. Высокий уровень благосостояния не способствует использованию платных медуслуг при максимальной их востребованности, что объясняется их дефицитом в местах проживания. Несмотря на относительно благополучные подушевые показатели обеспеченности здравоохранения, с проблемами, указанными в вопроснике, столкнулось высокая доля респондентов. Негативное мнение о здравоохранении высказывалось преимущественно о квалификации персонала, дефиците лекарств, и в меньшей степени о снижении качества медпомощи, нехватке медперсонала и недостаточной оснащённости медучреждений. Доступность здравоохранения в дан-

Таблица 2

Основные характеристики полученных групп и средних значений показателей

Table 2

Table of group characteristics and average values of indicators

	1 группа: Относительно здоровы и довольны местным здравоохранением, но малообеспеченные (25 регионов)	2 группа: Недовольные здравоохранением, относительно бедные регионы (26 регионов)	3 группа: Наиболее проблемные и недовольные здравоохранением (17 регионов)	4 группа: Без проблем в здравоохранении, обеспечены с высокой долей платной медицины (25 регионов)	5 группа: Удалённые регионы, с дефицитом отдельных медуслуг (7 регионов)
	Расположение на территории РФ				
	Южная часть России (СКФО, ПФО).	Западная часть России (СЗФО, ЦФО, СФО, ДФО и ЮФО) и в Сибирском ФО.	Регионы СЗФО, ЦФО, СФО, ДФО и ПФО.	Регионы СЗФО, УФО и ЦФО (Москва).	Регионы СФО и УФО.
	Финансовая обеспеченность регионального здравоохранения				
	Удельные показатели ВРП, расходов консолидированного бюджета на здравоохранение, расходов бюджета ТФОМС минимальны среди других групп при высокой плотности населения.	Удельные показатели ВРП, расходов консолидированного бюджета на здравоохранение, расходов бюджета ТФОМС выше минимальных значений при высокой плотности населения.	Удельные показатели ВРП, расходов консолидированного бюджета на здравоохранение, расходов бюджета ТФОМС на среднем уровне среди групп при средней плотности населения.	Удельные показатели ВРП, расходов консолидированного бюджета на здравоохранение, расходов бюджета ТФОМС высокие среди групп при низкой плотности населения.	Удельные показатели ВРП, расходов консолидированного бюджета на здравоохранение, расходов бюджета ТФОМС максимальны среди групп при низкой плотности населения.
v7	7787 (рублей/человека)	8751 ((рублей/человека)	10594 ((рублей/человека)	19426 (рублей/человека)	54593 (рублей/человека)
v8	15900 (рублей/человека)	16459 (рублей/человека)	19083 (рублей/человека)	23549 (рублей/человека)	50483 (рублей/человека)
	Состояние здоровья населения				
	Наименьшие значения смертности среди регионов, с высоким значением ожидаемой продолжительности зоровой жизни. Низкие показатели заболеваемости, хронизации болезней. В группе представлены регионы с плохой самооценкой здоровья, значение показателя выше среднего.	Низкие значения смертности при средней ожидаемой продолжительности зоровой жизни. В группе максимально негативная самооценка состояния здоровья. При этом значения показателя заболеваемости минимальны среди других групп, тогда как наличие хронических заболеваний выше среднего.	Высокие значения смертности среди регионов при высокой ожидаемой продолжительности зоровой жизни. Группа с плохой самооценкой здоровья, значение выше среднего. При этом значения заболеваемости средние среди групп, тогда как хронические заболевания и инвалидность максимальны.	Средние значения смертности при низкой ожидаемой продолжительности зоровой жизни. Группа с самооценкой здоровья, близкая среднему. При этом значения заболеваемости высокие среди групп, тогда как хронические заболевания и инвалидность имеют среднее значение.	Максимальные значения смертности при минимальной ожидаемой продолжительности зоровой жизни. Группа с высокой самооценкой здоровья, значение минимально. Значения заболеваемости максимальны среди групп, но хронические заболевания и инвалидность на минимальных значениях.
v10	551 (человек на 100 тыс.)	604 (человек на 100 тыс.)	647 (человек на 100 тыс.)	610 (человек на 100 тыс.)	673 (человек на 100 тыс.)
v5	5,4 л	6,6 л	8,0 л	8,7 л	9,5 л
	Нагрузка на медицинские учреждения				
	Низкое значение обращений за медпомощью и нагрузка на медицинские учреждения.	Среднее значение обращений за медпомощью и нагрузка на медицинские учреждения.	Максимальное значение обращений за медпомощью и нагрузка на медицинские учреждения.	Высокое значение обращений за медпомощью, как и нагрузка на медицинские учреждения.	Минимальное значение обращений за медпомощью, как и нагрузка на медицинские учреждения.
v11	61,9%	62,5%	72,1%	65,3%	58,3%

Благосостояние населения				
Максимальная доля малоимущих, с доходами ниже ПМ. Наименьшие средние денежные доходы. При этом расходы домохозяйств на здравоохранение на среднем уровне.	Высокая доля малоимущих, с доходами ниже ПМ. Средние денежные доходы выше, чем в первой группе. При этом высокие расходы домохозяйств на здравоохранение.	Средняя доля малоимущих, с доходами ниже ПМ. Средние денежные доходы на среднем уровне среди групп. При этом доля расходов домохозяйств на здравоохранение максимальна.	Низкая доля малоимущих, с доходами ниже ПМ. Средние денежные доходы выше среднего уровня среди групп. При этом доля расходов домохозяйств на здравоохранение ниже среднего.	Минимальная доля малоимущих, с доходами ниже ПМ. Средние денежные доходы ниже других групп. При этом доля расходов домохозяйств на здравоохранение минимальна.
v6	26805 (рублей/месяц)	28187 (рублей/месяц)	30664 (рублей/месяц)	36802 (рублей/месяц)
v4	32410 (рублей/месяц)	34448 (рублей/месяц)	37563 (рублей/месяц)	48139 (рублей/месяц)
Проблемы медобслуживания на основе опыта пациентов				
Максимальная доля респондентов с проблемами не сталкивались. Средняя доля тех, кто сталкивался с проблемами льготных лекарств и платных услуг. Остальные значения низки или минимально. Качество медобслуживания значимо хуже не становится, наименьшее значение среди групп.	Высокая доля столкнувшихся с проблемой оплаты бесплатных услуг. Средняя доля тех, кто сталкивался с проблемами из-за низкого качества медицинской помощи и плохого отношения медперсонала. Качество медобслуживания становится хуже, значение выше среднего среди групп.	Максимум столкнувшихся с отказом в оказании медпомощи, плохой организацией приёма, оплатой платных услуг, плохим качеством помощи, проблемами с льготными лекарствами, плохим отношением медперсонала. Минимум тех, кто с проблемами не сталкивался.	Минимальная доля респондентов столкнувшихся с плохим качеством помощи, проблемами с льготными лекарствами, плохим отношением медперсонала, отказом в оказании помощи и плохой организацией приёма. Низкая доля тех, кто с проблемами не сталкивался.	Высокая доля респондентов столкнувшихся с плохим качеством помощи, проблемами с льготными лекарствами, плохим отношением медперсонала, отказом в оказании помощи и плохой организацией приёма. Низкая доля тех, кто с проблемами не сталкивался.
v13	5,5%	5,6%	13,4%	6,3%
v14	3,3%	3,9%	8,7%	2,7%
v15	1,7%	1,6%	2,3%	1,6%
v17	87,2%	84,4%	71,3%	86,0%
Мнение пациентов о наличии проблем медобслуживания				
Негативные явления в медобслуживании отметили: среднее часто: рост платного обслуживания, проблемы записи к врачу и стоимости лекарственных обеспечения. Остальные отметили низко. В поликлиниках и госпитальных учреждениях вызывающих неофициальные и дополнительные платежи, а также, транспортная доступность.	Негативные явления в медобслуживании отметили: максимально часто: сложность записи на приём к и нехватку медицинских персонала. Отметили увеличение платных услуг, высокую стоимость лекарств, снижение качества обслуживания, недостаточную оснащённость медперсонала, отсутствие правовой защиты и дефицит лекарств.	Негативные явления в медобслуживании отметили: максимальное часто: увеличение платной медпомощи, высокую стоимость лекарств, снижение качества помощи, отсутствие правовой защиты, слабую оснащённость поликлиник и больниц, невидимость медперсонала. Также часто отметили сложность записи на приём, нехватку медперсонала и его квалификации.	Негативные явления в медобслуживании отметили минимально часто: высокую стоимость лекарств, снижение качества обслуживания, отсутствие правовой защиты, недостаточную оснащённость поликлиник и больниц, невидимость медперсонала и его недостаточную квалификацию. Остальные отметили низко.	Негативные явления в медобслуживании отметили среднее часто: снижение качества помощи, отсутствие правовой защиты, недостаточную оснащённость поликлиник и больниц, невидимость медперсонала и дефицит лекарств. Остальные отметили низко и минимально.
v19	82,5%	85,3%	89,3%	65,9%
v21	48,0%	62,5%	66,1%	40,8%
v26	41,1%	52,4%	54,7%	35,8%
v27	48,9%	61,4%	60,6%	47,4%
v28	25,8%	35,5%	29,0%	21,0%
v29	30,1%	45,2%	44,0%	24,7%

Источник: составлено автором.

ной группе регионов стала жертвой географической удалённости и низкой плотности расселения, где медицинская инфраструктура не всегда способна обеспечить доступное качество и доступность медуслуг.

Государственное регулирование стремится к выравниванию обеспечения медицинской помощью, что затруднено в условиях дальних и малонаселённых пунктов. Регионы Крайнего Севера представлены почти во всех группах по доступности здравоохранения в РФ (кроме первой): 7 регионов вошли в пятую группу, 6 — в наиболее благополучную четвёртую группу, по 5 регионов Крайнего Севера оказались в проблемной третьей группе и недовольной второй группой. Это подтверждает важность географического фактора и плотности расселения для обеспечения доступности и всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Обсуждение

Неравномерность расселения меняет спрос на медуслуги, а также кадровое и техническое обеспечение медицинских учреждений в районах страны. При малой плотности населения и удалённости пациентов от медицинских учреждений неизбежны дополнительные затраты на стационарную инфраструктуру учреждений здравоохранения в малонаселённых пунктах. Такие затраты ухудшают подушевые показатели здравоохранения снижая общую эффективность в границах административно-территориального деления. В условиях низкой плотности населения на территории региона доступность здравоохранения значительно дифференцирована в местах расселения. Удельные показатели в пересчёте на население не способны дать исчерпывающую информацию об охвате медуслугами в удалённых поселениях. Субъективные оценки жителей этих поселений учитывают существующую дифференциацию качества и доступности медуслуг. Кроме того, демографические показатели населения в районах, где больше молодого и здорового населения, также оказывают влияние на оценки доступности услуг здравоохранения.

Оптимизация затрат через маршрутизацию пациентов и интенсификацию протоколов лечения не улучшает доступность, создавая при этом устойчивые негативные представления населения о проблемах российского здравоохранения (регионы 5 группы). Плохое здоровье и ограниченные финансовые возможности оказывают влияние на доступность медицинских услуг в недовольных регионах. Важную роль в оценках доступности играет субъективное восприятие пациентов, которое не всегда отражает реальный опыт получения медицинских услуг (регионы 2 группы). Тем не менее, потеря доверия пациентов к системе здравоохранения становится барьером в обеспечении доступности, когда пациенты недооценивают ухудшение своего здоровья. Попытки поиска баланса между набором оказываемых медицинских услуг и адресностью медицинской помощи не способствуют изменению доступности услуг здравоохранения в лучшую сторону.

Рассматривая показатели субъективной оценки доступности здравоохранения, мы использовали их сравнительные значения для оценки региональных различий, не стремясь ранжировать регионы по уровню проблем и негативных оценок здравоохранения. Для пациентов доступность субъективна и включает множество составляющих, где экономический аспект связан со спросом на платные медицинские услуги. Во многих работах дифференциация регионов осуществляется на основе статистических показателей финансовой обеспеченности, объёма оказанных услуг и наличия ресурсов здравоохранения. Изменения здоровья населения и ожидаемой продолжительности жизни являются индикаторами эффективности региональной политики здравоохранения [12]. Но целевой аудиторией проводимой политики является население. Оценки пациентами доступности и качества здравоохранения показывают их отношение к политике охраны здоровья в регионах. Полученные межрегиональные различия не в полной мере учитывают недовольство различных групп респондентов внутри регионов.

Закключение

Международные подходы к оценке эффективности здравоохранения рассматривают изменение здоровья населения и доступность медицинских услуг в качестве основных показателей. В то время как российские власти стремятся оценивать эффективность социальной политики через производительность труда⁸. По мнению главы Минэкономразвития РФ, «доступность — это важно, но это одно из направлений, а надо заниматься ещё эффективностью»⁹, что подразумевает некоторую оценку «выработки на человека». Данный подход в большей степени учитывает объём работы, осуществляемой врачом, чем её результативность, выраженную в приросте здоровья или дополнительного времени жизни. Повышение эффективности через рост нагрузки и нормы выработки на врачей также не способствуют улучшению оценок качества и доступности здравоохранения. Страдает социальное восприятие доступности и качества услуг здравоохранения, при увеличении нагрузки на ме-

дицинский персонал. Представляется, что подобный учёт преследует в большей степени бюджетные цели, чем системную долгосрочную работу над улучшением здоровья россиян. При этом абсолютные значения числа недовольных услугами российского здравоохранения к общему числу пациентов не велики. Коммерческая медицина не привлекает большое количество пациентов. Амбулаторный и госпитальный сегменты покрываются медуслугами по программам ОМС. Использование личных средств для целей здравоохранения не превышает уровней катастрофических расходов, хотя преимущественно исключённые из ОМС лекарственное обеспечение и стоматология резко увеличивают эти расходы.

В процессе реформы российского здравоохранения реализуемые планы столкнулись с неравномерностью развития медицинских учреждений в регионах, негативными демографическими трендами и ростом фактических затрат на услуги здравоохранения. Государственное регулирование стремится к выравниванию обеспечения медицинской помощью, в том числе устанавливая подушевые нормативы финансирования с учётом особенностей регионов. Но возможности медицинских учреждений не позволяют в полной мере обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, обуславливая региональные различия в оценках здравоохранения.

⁸ Путин призвал повысить производительность труда в социальной сфере // РИА Новости. — URL: <https://ria.ru/amp/20240229/sotssfera-1930281050.html> (дата обращения: 29.02.2025).

⁹ Виноградова Е., Овчинникова Ю. Власти оценят производительность труда врачей и учителей // РБК, Экономика. — URL: <https://www.rbc.ru/economics/17/10/2024/6710c50d9a7947424da3e1f2> (дата обращения: 17.02.2025).

Литература и Интернет-источники

1. **Kessides, I.** Toward Defining And Measuring The Affordability Of Public Utility Services / I. Kessides, R. Miniaci, C. Scarpa, P. Valbonesi // Policy Research Working Papers. — 2009. — P. 3. DOI: 10.1596 / 1813-9450-4915
2. **Himmelstein, D.U.** Medical Bankruptcy In The United States, 2007: Results of a National Study. / D.U. Himmelstein, D. Thorne, E. Warren, S. Woolhandler // The American Journal of Medicine. — 2009. — No. 122(8). — P. 741–746. DOI: 10.1016 / j.amjmed.2009.04.012
3. **Дайхес, А.Н.** Обзор российских и зарубежных подходов к формированию государственных гарантий бесплатной медицинской помощи / А.Н. Дайхес, Д.В. Федяев // ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. — 2017. — Т. 10. — № 3. — С. 59–65. DOI: 10.17749 / 2070-4909.2017.10.3.059-065; EDN: ZTUQA]
4. **Орлов, К.О.** Проблемы реализации прав граждан в сфере лекарственного обеспечения / К.О. Орлов // Социально-политические науки. — 2018. — № 3. — С. 124–126. EDN: XSRPUD

5. **Зарубина, О.А.** Факторы и значение частных расходов в здравоохранении / О.А. Зарубина, Н.Н. Сисигина // ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. — 2016. — № 4. — С. 24–30. EDN: VWVSVE
6. **Ху, К.** Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis / K. Xu, D. B. Evans, K. Kawabata, [и др.] // The Lancet. — 2003. — Vol. 362. — No. 9378. — P. 111–117. DOI: 10.1016 / S0140-6736(03)13861-5
7. **Каткова, И.П.** Российское здравоохранение в контексте задач достижения всеобщей доступности услуг здравоохранения к 2030 году / И.П. Каткова // Народонаселение. — 2020. — Т. 25. — № 1. — С. 135–147. DOI: 10.19181 / population.2020.25.1.11; EDN: HAIQUZ
8. **Wagstaff, A.** Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. / A. Wagstaff, E. van Doorslaer // Health Economics. — 2003. — Vol. 12 — No. 11. — P. 921–933. DOI: 10.1002 / hec.776
9. **Шишкин, С.В.** Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития / С.В. Шишкин, Е.Г. Потапчик, Е.В. Селезнева // Вопросы экономики. — 2013. — № 4. — С. 94–112. EDN: PYATTN
10. **Давитадзе, А.П.** Обращения в государственные и частные медицинские организации: выбор пациентов / А.П. Давитадзе, Е.А. Александрова // Народонаселение. — 2023. — Т. 26. — № 2. — С. 139–152. DOI: 10.19181 / population.2023.26.2.12; EDN: YEDGYO
11. **Восколович, Н.А.** Доступность услуг здравоохранения как основа социальной защищённости населения / Н.А. Восколович // Народонаселение. — 2021. — Т. 24. — № 2. — С. 87–96. DOI: 10.19181 / population.2021.24.2.8; EDN: KKSBLJ
12. **Шибалков, И.П.** Подходы к совершенствованию региональной политики в сфере охраны здоровья населения / И.П. Шибалков // Народонаселение. — 2017. — № 3. — С. 144–158. DOI: 10.26653 / 1561-7785-2017-3-11; EDN: ZWTFLR

Сведения об авторе:

Тимаков Иван Всеволодович, к.э.н., научный сотрудник, Институт экономики Карельского научного центра РАН, Петрозаводск, Россия.

Контактная информация: e-mail: ivanvseti@gmail.com; ORCID: 0000-0002-7525-2793; ПИНЦ SPIN-код: 9154–3732.

DOI: DOI: 10.24412/1561–7785–2026–2-175-189

ECONOMIC AFFORDABILITY OF HEALTHCARE SERVICES IN RUSSIAN REGIONS

Ivan V. Timakov

*Institute of Economics of the Karelian Research Center RAS
(50 Aleksandra Nevskogo prospekt, Petrozavodsk, Russia, 185030)*

E-mail: ivanvseti@gmail.com;

Funding:

The study was carried out within the framework of the state task of the Karelian Research Center RAS «Comprehensive study and elaboration of management principles for sustainable development of Russia's northern and borderland areas in the context of global challenges».

For citation:

Timakov I.V. Economic affordability of healthcare services in Russian regions. *Narodonaselenie [Population]*. 2026. Vol. 29. No. 2. P. 175–189. DOI: 10.24412/1561-7785-2026-2-175-189 (in Russ.)

Abstract. *The article studies the affordability of healthcare services in the Russian regions. Uneven development of medical institutions, personnel shortages, negative demographic trends, rising costs, and social stratification are changing the availability of medical services in the regions of the Russian Federation. The greatest complaints today are caused by the commercialization of medicine, low quality of medical services, and legal insecurity of compulsory medical insurance patients. Using statistical method (Ward's hierarchical cluster analysis), a typology of Russian regions by affordability of healthcare in 2023 was constructed based on statistical observations of the quality and accessibility of healthcare services and other regional indicators. The variables included indicators of the regional economy and population, health, healthcare financing, provision of medical services and subjective assessments of healthcare problems. 30 variables in total. Analysis of the affordability of medical services showed differentiation of regions by 5 groups: 1 — the most prosperous, 2 — urbanized and dissatisfied, 3 — the most problematic and the most negative, 4 — the least problematic, 5 — remote regions with a deficit of certain medical services and low population density. In the regions, in conditions of low population density, the affordability of healthcare is significantly differentiated in places of settlement. Attempts to find a balance between the range of medical services and the targeting of medical care contribute to changes in their affordability. At the same time, the absolute number of people dissatisfied with Russian healthcare services is not large. Commercial medicine does not attract a large number of patients. During the reform of Russian healthcare, the plans implementation faced unequal development of regional medical institutions, negative demographic trends and growth of actual healthcare costs. However, inequality in demand for medical services and resources of regional medical institutions do not allow for full provision of universal health care, causing regional differences in health care assessments.*

Keywords: *affordability, healthcare, medical services, regional differentiation, typology.*

References and Internet sources

1. Kessides I., Miniaci R., Scarpa C., Valbonesi P. *Toward Defining and Measuring the Affordability of Public Utility Services*. World Bank policy research working paper 4915. 2009. P. 3.
2. Himmelstein D. U., Thorne D., Warren E., Woolhandler S. Medical bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study. *The American Journal of Medicine*. 2009. No. 122(8). P. 741-746.
3. Daikhes A. N., Fedyaev D. V. Obzor rossiyskikh i zarubezhnykh podkhodov k formirovaniyu gosudarstvennykh garantiy besplatnoy meditsinskoy pomoshchi [Provision of free medical care in Russia and elsewhere: review of regulatory and legal aspects]. *FARMAKOEKONOMIKA [FARMAKOECONOMICS. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology]*. 2017. Vol. 10. No. 3. P. 59–65. DOI: 10.17749/2070-4909.2017.10.3.059-065 (in Russ.)
4. Orlov K. O. Problemy realizatsii prav grazhdan v sfere lekarstvennogo obespecheniya [Problems of execution of rights to drugs supply]. *Sotsialno-politicheskiye nauki [Sociopolitical Sciences]*. 2018. No. 3. P. 124–126. (in Russ.)
5. Zarubina O. A., Sisigina N. N. Faktory i znachenie chastnykh raskhodov v zdravookhraneni [Factors and effects of private health spending]. *FARMAKOEKONOMIKA [FARMAKOECONOMICS. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology]*. 2016. No. 4. P. 24–30. (in Russ.)
6. Xu K., Evans D. B., Kawabata K., et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet*. 2003. Vol. 362. No. 9378. P. 111–117.
7. Katkova I. P. Rossiyskoye zdravookhraneniye v kontekste zadach dostizheniya vseobshchej dostupnosti uslug zdravookhraneniya k 2030 godu. [Russian healthcare in the context of achieving universal access to health services by 2030] *Narodonaselenie. [Population]*. 2020. Vol. 23. No. 1. P. 135–147. (in Russ.)
8. Wagstaff A., Doorslaer E. van. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics*. 2003. Vol. 12. No. 11. P. 921–933.

9. Shishkin S. V., Potapchik E. G., Selezneva E. V. Chastnyy sektor zdravookhraneniya v Rossii: sostoyaniye i perspektivy razvitiya [Private health care sector in Russia: present state and development prospects]. *Voprosy Ekonomiki [Issues of Economics]*. 2013. No. 4. P. 94–112. (in Russ.)
10. Davitadze A. P., Aleksandrova E. A. Obrashcheniya v gosudarstvennye i chastnyye meditsinskiye organizatsii: vybor patsientov [Utilization of public and private healthcare facilities: patient choice] *Narodonaselenie. [Population]* 2023. Vol. 26. No. 2. P. 139–152. (in Russ.)
11. Voskolovich N. A. Dostupnost' uslug zdravookhraneniya kak osnova sotsial'noj zashchishchonnosti naseleniya [Availability of healthcare services as the basis for social protection of population] *Narodonaselenie. [Population]* 2021. Vol. 24. No. 2. P. 87–96. (in Russ.)
12. Shibalkov I. P. Podkhody k sovershenstvovaniyu regional'noj politiki v sfere okhrany zdorov'ya naseleniya [Approaches to improvement of the regional policy in the sphere of health protection] *Narodonaselenie. [Population]*. 2017. No. 3. P. 144–158. (in Russ.)

Information about the author:

Timakov Ivan Vsevolodovich, Candidate of Economics, Researcher, Institute of Economics of the Karelian Research Center RAS, Petrozavodsk, Russia.

Contact information: e-mail: ivanvseti@gmail.com; ORCID: 0000-0002-7525-2793; Elibrary SPIN-code: 9154–3732.

Статья поступила в редакцию 03.06.2025, утверждена 15.05.2026, опубликована 30.06.2026.