

Научная статья

<https://doi.org/10.24412/2220-2404-2025-12-31>

УДК 316



Attribution
cc by

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НЕРАВЕНСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Чунихина Т.Н., Черкашина А.Д.

Кубанский государственный технологический университет

Аннотация. Статья посвящена анализу неравенства в доступе к медицинской помощи как важного элемента механизма социальной стратификации. В теоретической части рассматриваются институциональные характеристики системы здравоохранения, определяющие различия в возможностях получения медицинских услуг и уровне здоровья населения. Эмпирическая часть основана на результатах анкетного опроса жителей г. Краснодара, проведенного для выявления факторов, влияющих на доступность и качество медицинской помощи, а также на оценку населением эффективности функционирования медицинских организаций. Полученные данные свидетельствуют о выраженной неоднородности доступа, обусловленной территориальными, социально-экономическими и организационными условиями. Значимыми факторами выступают уровень дохода, кадровая обеспеченность, материально-техническое состояние учреждений, транспортная доступность и организация записи к специалистам. В работе показано, что выявленные диспропорции отражают системные ограничения государственного здравоохранения. В заключение авторами предложены меры для снижения неравенства, включающие модернизацию инфраструктуры, развитие кадрового потенциала, совершенствование организационных процессов и расширение профилактических и цифровых практик.

Ключевые слова: неравенство в здравоохранении, социальное неравенство, доступность медицинской помощи, социальная стратификация, медицинские услуги, территориальные различия, социально-экономические факторы, качество медицинской помощи.

Финансирование: инициативная работа.

Original article

SOCIAL ASPECTS OF HEALTH INEQUALITIES

Tatiana N. Chunikhina, Arina D. Cherkashina

Kuban State University of Technology

Abstract. The article is devoted to the analysis of inequality in access to medical care as an important element of the mechanism of social stratification. The theoretical part examines the institutional characteristics of the healthcare system, which determine the differences in the possibilities of obtaining medical services and the level of public health. The empirical part is based on the results of a questionnaire survey of residents of Krasnodar, conducted to identify factors affecting the availability and quality of medical care, as well as the assessment of the effectiveness of medical organizations by the population. The data obtained indicate a pronounced heterogeneity of access due to territorial, socio-economic and organizational conditions. Significant factors include income levels, staffing levels, the material and technical condition of institutions, transport accessibility, and the organization of appointments with specialists. The paper shows that the identified imbalances reflect the systemic limitations of public health. In conclusion, the authors propose measures to reduce inequality, including upgrading infrastructure, developing human resources, improving organizational processes, and expanding preventive and digital practices.

Keywords: inequality in healthcare, social inequality, accessibility of medical care, social stratification, medical services, territorial differences, socio-economic factors, quality of medical care.

Funding: Independent work.

Введение.

Здравоохранение выступает одним из фундаментальных социальных институтов, через который наиболее ярко просматриваются механизмы формирования и закрепления социального неравенства.

В социологическом понимании, под системой здравоохранения подразумевается совокупность организаций, норм, правил и практик, ориентированных на поддержание, улучшение и восстановление здоровья людей, а также на распределение доступа к медицинским услугам и ресурсам. Этот институт выполняет

широкий спектр социальных задач: от обеспечения физического благополучия индивида до поддержания общественной устойчивости, социальной интеграции и воспроизведения существующей структуры общества [1].

Однако, как отмечает Вялых Н.А., именно в медицинской сфере различия между социальными группами проявляются особенно отчетливо: они касаются доступности лечения, качества оказываемой помощи и степени ее результативности. Поэтому здраво-

охранение нередко рассматривается как один из наиболее показательных маркеров социальной стратификации и уровня неравенства в обществе [2].

Обсуждение. Результаты.

Неравенство в сфере здравоохранения сегодня рассматривается как одна из самых значимых и болезненных социальных проблем. Оно проявляется в неодинаковых возможностях получения медицинских услуг, различиях в качестве медицинской помощи, а также в существенных контрастах в уровне здоровья и ожидаемой продолжительности жизни между социально-экономическими группами.

Несмотря на то, что система здравоохранения предполагает создание равных условий для всех граждан, реальная ситуация показывает, что территориальные, экономические и культурные различия формируют устойчивые препятствия, влияющие на доступ к лечению и общее благополучие населения [3].

Получается так, что здоровье индивида напрямую связано с его местом в социальной структуре, уровнем материального достатка, образованием и характером трудовой деятельности. По сути, диспропорции в медицинской сфере отражают общие механизмы социальной стратификации: жизненно важные ресурсы, в данном случае медицинская помощь, распределяются неравномерно и нередко становятся преимущественно доступными более обеспеченным слоям общества.

Социологические исследования показывают, что чем выше уровень социального неравенства в стране, тем сильнее различия в состоянии здоровья среди ее населения [4].

Для изучения особенностей и восприятия неравенства в доступе к медицинским услугам среди жителей г. Краснодара было проведено социологическое исследование в форме анкетного опроса. В нем приняли участие 105 респондентов разного возраста, социального положения и уровня дохода. Целью опроса было выявление факторов, влияющих на доступность и качество медицинской помощи, а также оценка восприятия жителями города справедливости и эффективности существующей системы здравоохранения.

В первом вопросе мы предложили респондентам оценить доступность медицинских учреждений в районе проживания. Результаты показывают, что доступность медицинских учреждений в районах проживания оценивается неоднозначно: примерно, треть респондентов считают ее средней, около трети – высокой, а остальные оценивают, как низкую или очень низкую.

Анализ по уровням дохода показывает, что жители с низким доходом чаще дают отрицательные оценки доступности, в то время как более обеспеченные респонденты, преимущественно, отмечают высокий уровень доступности. Это указывает на наличие пространственного и социального неравенства: районная инфраструктура и возможность пользоваться дополнительными сервисами оказывают значительное влияние на восприятие доступности. Низкая оценка

доступности может ограничивать своевременное обращение за медицинской помощью и снижать эффективность профилактических мер, особенно для социально уязвимых групп.

Ответы на вопрос: «Сколько времени в среднем требуется, чтобы добраться до ближайшей поликлиники (в одну сторону)?», распределились следующим образом: большинство респондентов (70 %) добираются до поликлиники в пределах тридцати минут, однако, у оставшихся 30 % опрошенных время дороги составляет от 30 минут до 60 (21 %) и более часа (9 %).

Уровень дохода значительно влияет на время доступа: жители с низким доходом чаще вынуждены тратить больше времени на дорогу, что связано с их проживанием в периферийных районах с ограниченной транспортной доступностью. Для обеспеченных респондентов дорога обычно короче, что повышает скорость получения медицинской помощи. Длительное время в пути создает дополнительный барьер для малообеспеченных жителей и может снижать регулярность обращений, особенно для плановых осмотров и контроля хронических заболеваний.

Частота обращений за медицинской помощью среди жителей города варьируется: почти половина опрошенных посещает медучреждения несколько раз в год, значительная часть – раз в год, и около четверти обращается реже одного раза в год или только в экстренных случаях.

В целом результаты подчеркивают важность создания условий для более регулярного и системного использования медицинских услуг населением, включающих прохождение диспансеризации.

Следует отметить, что большинство респондентов (около 62 %) считают, что существуют различия в качестве медицинских услуг между районами города. При этом 40 % опрошенных считают эти различия значительными, а 22 % оценивают их как незначительные. Около четверти респондентов полагают, что различий нет, или затруднились с ответом.

Эти данные указывают на восприятие неравномерного распределения ресурсов и качества обслуживания по территории города. Различия могут проявляться в плотности поликлиник, наличии специалистов, современности оборудования и уровне сервиса.

Результаты показывают, что жители осознают существующие территориальные диспропорции в системе здравоохранения, что может влиять на удовлетворенность медицинскими услугами и доверие к системе.

Далее опрошенным было предложено отметить, испытывали ли они трудности при записи к врачу в поликлинике. Так, большинство респондентов сталкиваются с трудностями при записи к врачу: 35 % – часто, 41 % – иногда.

Также анализ показывает, что граждане с низким уровнем дохода чаще испытывают трудности (47 % «часто»), со средним доходом – несколько реже (32 %), а опрошенные с высоким доходом – преимущественно

ственno отмечают редкие или минимальные проблемы. Такая зависимость объясняется тем, что обеспеченные респонденты могут использовать платные услуги или выбирать клиники с удобной записью и меньшими очередями, тогда как малообеспеченные вынуждены ждать в государственных поликлиниках и сталкиваться с бюрократическими ограничениями.

Большинство (около 73 %) респондентов используют платные медицинские услуги: 24 % делают это регулярно, 49 % – время от времени. При этом 27 % опрошенных ограничиваются бесплатными услугами или не обращаются к врачам вовсе.

Эти данные указывают на высокую востребованность платных сервисов, что связано с их доступностью, скоростью обслуживания, качеством услуг и возможностью выбора специалистов. Одновременно, значительная часть населения продолжает пользоваться только бесплатной медицинской помощью, что подчеркивает существование двойного уровня предоставления услуг в городе и отражает различия в доступе к качественному и своевременному медицинскому обслуживанию.

Результаты показывают, что респонденты выбирают частные медицинские учреждения по нескольким основным причинам. Наиболее часто указываются скорость записи и возможность попасть к нужному специалисту – около 70 % отмечают, что частная клиника позволяет быстрее записаться и получить консультацию нужного врача.

Также значительная часть респондентов выделяет высокое качество обслуживания и современное оборудование (55 %). Примерно 40 % доверяют врачам частных клиник больше, чем государственным учреждениям. Реже упоминались другие причины, такие как удобство расположения или комфортная обстановка.

Эти данные показывают, что жители города ценят в частных медицинских услугах, прежде всего, оперативность, доступ к специалистам и качество сервиса, что делает такие учреждения привлекательными для тех, кто хочет сэкономить время и получить более индивидуализированное внимание.

Ответы на вопрос: «Считаете ли Вы, что доход влияет на возможность получения качественной медицинской помощи в Краснодаре?», распределились следующим образом: 42 % – «влияет в значительной степени», 36 % – «влияет в некоторой степени», 15 % – «практически не влияет», остальные % отметили полное отсутствие такого влияния.

Эти результаты отражают общественное восприятие того, что материальные возможности играют роль в получении медицинских услуг, в том числе в скорости обслуживания, выборе специалиста, доступе к современному оборудованию и дополнительным услугам.

Почти половина респондентов (47 %) отмечают, что различия в доступе к медицинским услугам между различными категориями населения встречаются часто, еще 38 % – иногда. Около 10 % не замечали

таких различий, а 5 % затруднились ответить. Восприятие различий связано с тем, что отдельные группы населения – например, пожилые люди, жители отдаленных районов или социально уязвимые категории сталкиваются с ограниченным выбором специалистов, длительным временем ожидания и меньшим доступом к современному оборудованию.

Эти данные демонстрируют, что, помимо материального фактора, социально-демографические и территориальные особенности также оказывают влияние на доступ к медицинским услугам.

Далее, у респондентов спросили: Сталкивались ли они с ситуацией, когда отсутствие денежных средств мешало получить нужное лечение или лекарства? Выяснилось, что примерно половина респондентов сталкивалась с финансовыми барьерами при получении лечения или лекарств (52 %).

Это указывает на то, что материальные ограничения остаются значимой проблемой для части населения, затрудняя своевременный доступ к качественной медицинской помощи. С другой стороны, 48 % респондентов реже испытывают такие трудности или никогда с ними не сталкивались, что может отражать влияние доступа к бесплатной медицинской помощи, личные запасы средств или использование социальных программ.

Большинство респондентов оценивают информированность населения о своих правах на бесплатную медицинскую помощь как среднюю или высокую (81 %), что говорит о довольно высоком уровне. Однако существует и часть (12 %) опрошенных, которые считают уровень информированности низким или вообще затруднились ответить.

Респонденты, в основном, считают, что ключевым фактором неравенства является различие в доходах населения, что отражает восприятие роли материального фактора в доступе к качественным медицинским услугам.

Второй по значимости фактор – нехватка специалистов, ограничивающая возможности населения в получении помощи даже при наличии финансов.

Также значимыми считаются недостаток финансирования и низкая медицинская грамотность граждан, что указывает на комплексность проблемы.

Менее важными воспринимаются коррупция и бюрократия, а отдельные респонденты выделяют другие факторы.

В целом ответы демонстрируют, что неравенство в здравоохранении воспринимается, как следствие экономических и организационных ограничений.

Далее, опрошенным предложили оценить качество медицинских услуг, предоставляемых в государственных учреждениях. Большинство респондентов оценивают качество медицинских услуг в государственных учреждениях как удовлетворительное (55 %), что позволяет говорить о средней степени доверия к системе здравоохранения. При этом около трети опрошенных (34 %) считают качество низким или

очень низким, что отражает наличие значительных проблем, связанных с доступностью специалистов, очередями и состоянием инфраструктуры. Лишь 11 % респондентов оценивают качество услуг как высокое, что говорит о том, что положительный опыт обращения в государственные учреждения встречается реже и не является доминирующим.

Таким образом, жители города в целом склонны воспринимать государственную медицину как функциональную, но испытывающую дефицит качества в ряде аспектов.

Почти половина респондентов (38 %) считает, что доступность медицины за последние годы существенно не изменилась, что указывает на стабильность, но одновременно — на отсутствие заметных прорывов в улучшении ситуации. При этом почти треть опрошенных (29 %) отмечают ухудшение доступности медицинских услуг, что может быть связано с ростом нагрузки на поликлиники, кадровыми трудностями или увеличением времени ожидания при записи к врачу. Лишь четверть респондентов (24 %) видит положительную динамику, что отражает неоднородность восприятия происходящих изменений в здравоохранении города. Доля тех, кто затруднился ответить (9 %), говорит о неудовлетворительной информированности части населения о состоянии и динамике работы медицинской системы.

В целом результаты демонстрируют, что население воспринимает изменения в медицине не как однозначно положительные: улучшения видят не все, а значительная часть отмечает сохраняющиеся или усиливающиеся проблемы.

Большая часть респондентов считает, что улучшение ситуации в здравоохранении требует повышения финансирования и модернизации оборудования (69 %). Такой результат прямо отражает восприятие материально-технической базы государственных медучреждений как недостаточной, что становится одной из ключевых причин неравенства в доступе к качественным медицинским услугам. Районы или поликлиники, располагающие более современным оборудованием, обеспечивают более высокий уровень диагностики и лечения, тогда как менее оснащенные учреждения создают для жителей ощущимые барьеры. Практически такое же количество участников опроса (62 %) указывает на необходимость увеличения числа врачей. Кадровый дефицит усиливает неравенство: пациенты из районов с нехваткой специалистов сталкиваются с более длительным ожиданием, невозможностью своевременно записаться и снижением качества консультаций.

Таким образом, доступность медицинской помощи представляется неравномерной в зависимости от места проживания. Высокий показатель по варианту «снизить бюрократию и очереди» (52 %) также связан с неравенством: люди, располагающие временем, ресурсами или гибким графиком, легче справляются с

организационными трудностями, тогда как работающие, пожилые, социально уязвимые и т.п. оказываются в более проигрышной позиции.

Развитие онлайн-записи и телемедицины поддерживают 38 % респондентов. Цифровые сервисы действительно могут уменьшать различия между районами и категориями граждан, но доступ к технологиям сохраняет собственные барьеры — от отсутствия навыков до ограничений в интернет-доступе. Поэтому цифровизация повышает доступность не для всех одинаково. Наименьшее число голосов получил вариант «усилить контроль за частными клиниками». Это показывает, что респонденты воспринимают основные источники неравенства именно внутри государственной системы: недостаток ресурсов, кадров и организация работы оказывают куда более заметное влияние на доступность медицинских услуг, чем деятельность коммерческого сектора.

В целом полученные данные позволяют сделать вывод о том, что население видит главные причины неравенства в доступе к медицине, в структурных проблемах государственной системы здравоохранения — ее материальном обеспечении, кадровом составе и организационных барьерах. Частный сектор, в этом контексте, рассматривается скорее, как дополнительная возможность, а не источник основных различий.

Проведенное социологическое исследование выявило существенную неоднородность в доступе к медицинским услугам среди жителей г. Краснодара. Полученные данные указывают на наличие выраженных территориальных, организационных и социально-экономических различий, определяющих условия получения медицинской помощи. Наиболее значимыми факторами, по мнению респондентов, выступают уровень дохода, дефицит медицинских кадров, недостаточная оснащенность государственных учреждений и организационные барьеры, связанные с очередями и трудностями записи.

Анализ показал, что население в целом оценивает качество государственных медицинских услуг как удовлетворительное, однако фиксирует серьезные проблемы, влияющие на равенство доступа: различия между районами, перегруженность поликлиник, ограниченный выбор специалистов и недостаток современного оборудования. Высокая доля обращений в частные клиники демонстрирует компенсаторную функцию коммерческого сектора, доступного преимущественно более обеспеченным гражданам.

Заключение.

Проведенное исследование позволило рассмотреть структуру и специфику неравенства в доступе к медицинской помощи, отразив ключевые социальные, экономические и организационные механизмы, определяющие различия в возможностях обращения за медицинскими услугами.

Для понимания и минимизации социальных последствий неравенства в здравоохранении необхо-

дим многоуровневый подход, объединяющий экономические, организационные и культурные меры. Только сочетание таких инструментов способно уменьшить существующий разрыв.

Во-первых, требуется последовательное укрепление инфраструктуры государственного здравоохранения. Это касается модернизации оборудования, расширения сети первичной помощи, повышения финансовой устойчивости учреждений и развития телемедицины как средства сокращения территориальной дистанции.

Во-вторых, одной из ключевых задач остается обеспечение стабильности кадрового состава. Привлечение молодых специалистов, финансовая поддержка врачей, создание условий для работы в районах, где ощущается дефицит медицинских кадров, и повышение престижа медицинской профессии выступают значимыми направлениями снижения асимметрии в доступности услуг.

В-третьих, особое значение приобретает развитие профилактических программ и повышение уровня медицинской грамотности населения. Разрыв в знаниях о возможностях бесплатной медицины, о профилактике заболеваний и о правильной маршрутизации пациентов становится самостоятельным фактором социального неравенства.

Кроме того, важным направлением является повышение эффективности организационных процессов внутри системы здравоохранения: снижение бюрократической нагрузки, улучшение работы сервисов записи, развитие цифровой инфраструктуры и повышение прозрачности взаимодействия между пациентом и учреждением. Оптимизация этих процессов способна значительно уменьшить дифференциацию в доступе к медицинским услугам.

Международный опыт демонстрирует, что устойчивое снижение социального неравенства достигается при наличии универсальных систем медицинского страхования, развитых механизмов социальной поддержки и активной государственной политики,

ориентированной на уязвимые группы населения. Примеры скандинавских стран, Канады и ряда государств Европы показывают, что инвестиции в равный доступ к медицинской помощи создают долгосрочные социальные и экономические преимущества, связанные с повышением качества жизни и снижением социальной напряженности [5].

Таким образом, результаты исследования подтверждают необходимость системного и стратегического подхода к преодолению неравенства в здравоохранении. Формирование справедливой и доступной медицинской среды возможно только при сочетании финансовых вложений, оптимизации организационных процессов, повышении образовательного уровня населения и укреплении кадрового потенциала.

Сокращение различий в доступе к медицинским услугам является не только задачей социальной политики, но и важным условием повышения устойчивости и внутренней согласованности общества.

Неравенство в сфере здравоохранения представляет собой не только проблему организации медицинской помощи, но и сложный социальный феномен, затрагивающий фундаментальные принципы общественной устойчивости и социальной справедливости. Его последствия выражаются в ухудшении общего состояния здоровья населения, усилении социальных противоречий, снижении экономической продуктивности и ослаблении доверия граждан к государственным институтам.

Для современной России сокращение различий в доступе к медицинской помощи является задачей стратегического масштаба, поскольку здоровье населения напрямую формирует потенциал национального развития.

Создание системы здравоохранения, которая будет одновременно справедливой, доступной и результативной, становится ключевым условием укрепления человеческого капитала и поддержания социального равновесия, без чего невозможно долгосрочное и устойчивое развитие страны.

Конфликт интересов

Не указан.

Рецензия

Все статьи проходят рецензирование в формате double-blind peer review (рецензенту неизвестны имя и должность автора, автору неизвестны имя и должность рецензента). Рецензия может быть предоставлена заинтересованным лицам по запросу.

Список источников:

1. Насибуллин Р. Т. Здравоохранение как социальный институт // Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Социально-экономические науки. - 2019. - № 4. - С. 161-173. DOI: 10.15593/2224-9354/2019.4.13 EDN: OJQQZG
2. Вялых Н. А. Социальное неравенство потребителей медицинской помощи в современном российском обществе: социальная сущность и способы сокращения // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. - 2020. - № 1(57). - С. 65-73. EDN: XQRSLR
3. Равочкин Н. Н. Неравенство в сфере российского здравоохранения как социальная проблема современности // Экономика и социум. - 2017. - № 4(35). - С. 1139-1143. EDN: YUSYNP
4. Социальные детерминанты здоровья // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. [Электронный ресурс]. - URL: http://www.who.int/social_determinants/ru/index.html (дата обращения: 01.12.2025).
5. Давитадзе М. Д. Анализ моделей социальной политики зарубежных стран на примере шведской модели / М. Д. Давитадзе, З. Ю. Мараков // Вестник Московского университета им. С.Ю. Витте. Серия 2: Юридические науки. - 2023. - № 3 (39). - С. 17-24. DOI: 10.21777/2587-9472-2023-3-17-24 EDN: MGRBQL

Conflict of Interest

None declared.

Review

All articles are reviewed in the double-blind peer review format (the reviewer does not know the name and position of the author, the author does not know the name and position of the reviewer). The review can be provided to interested persons upon request.

References:

1. Nasibullin R. T. Healthcare as a social institution // Bulletin of the Perm National Research Polytechnic University. Socio-economic sciences. – 2019. – № 4. – Pp. 161-173. EDN OJQZG.
2. Vyalykh N. A. Social inequality of medical care consumers in modern Russian society: the social essence and ways to reduce // Bulletin of the Nizhny Novgorod Lobachevsky University. Series: Social Sciences. – 2020. – № 1 (57). – Pp. 65-73. EDN XQRSLR.
3. Ravochkin N. N. Inequality in Russian healthcare as a modern social problem // Economics and society. – 2017. – № 4 (35). – Pp. 1139-1143. EDN YUSYNP.
4. Social determinants of health // Official website of the World Health Organization. [electronic resource]. - URL: http://www.who.int/social_determinants/ru/index.html.
5. Davitadze M. D. Analysis of models of social policy of foreign countries on the example of the Swedish model / M. D. Davitadze, Z. Y. Marakov // Bulletin of the Witte Moscow University. Series 2: Legal Sciences. – 2023. – № 3 (39). – Pp. 17-24. EDN MGRBQL.

Информация об авторах:

Чунихина Татьяна Николаевна, кандидат политических наук, доцент, заведующая кафедрой социологии, ФГБОУ ВО «Кубанский государственный технологический университет». E-mail: tanithbook77@mail.ru

Черкашина Арина Денисовна, магистрант направления подготовки 39.04.01 «Социология», ФГБОУ ВО «Кубанский государственный технологический университет». E-mail: arshishkina14@gmail.com

Tatiana N. Chunikhina, Candidate of Political Sciences, Associate Professor, Head the Department of Sociology, Kuban State Technological University. **Arina D. Cherkashina**, master's student of the field of study 39.04.01 «Sociology» of Kuban State Technological University.

Вклад авторов:

все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Contribution of the authors:

All authors contributed equally to this article.

Статья поступила в редакцию / The article was submitted 01.12.2025;

Одобрена после рецензирования / Approved after reviewing 19.12.2025;

Принята к публикации / Accepted for publication 20.12.2025.

Авторами окончательный вариант рукописи одобрен.