

УДК 338.4

DOI: 10.34670/AR.2026.68.78.023

Дифференцированные организационно-экономические модели развития медико-социальной инфраструктуры для различных типов сельских территорий

Андреев Антон Сергеевич

Аспирант,

Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина,
399770, Российская Федерация, Елец, ул. Коммунаров, 28/1;

e-mail: a.s.andreyev@mail.ru

Аннотация

Рассмотрены организационно-экономические механизмы реализации дифференцированных моделей развития медико-социальной инфраструктуры применительно к четырём типам сельских территорий, различающимся людностью поселений и транспортной доступностью. Источники финансирования, кадровые инструменты и форматы обслуживания сопоставлены расчётным путём: капитальные вложения переведены в годовой эквивалент методом аннуитета при норме дисконта 12 %, определены удельные затраты на одного прикрепленного жителя и на одно посещение, выполнены пороговый расчёт и сценарное моделирование бюджетных расходов на горизонте 10 лет. Расчёт на модельном сельском районе с населением 18 400 человек показал, что стационарный фельдшерско-акушерский пункт уступает регулярному выездному обслуживанию по удельным затратам при численности прикрепленного населения ниже 1 575 человек. Приведённые бюджетные расходы при концессионном соглашении отличаются от прямого бюджетного финансирования на 1,4 %, тогда как долевое участие агрохолдинга снижает их на 16,5 %. Привлечение частного капитала в сельском сегменте составляет 0,20–0,27 руб. на рубль бюджетных расходов при ведомственном ориентире 3–4 руб. по рынку инфраструктурных проектов. Стоимость закрепления одного врача, включая компенсационную выплату, служебное жильё и транспорт, эквивалентна 2,7 % приведённых годовых затрат врачебной амбулатории. Полученные соотношения показывают, что выбор схемы финансирования и формата обслуживания на селе определяется людностью поселения и наличием возвратного денежного потока, а не отраслевым нормативом обеспеченности объектами; кадровый инструмент при этом дешевле относительно инфраструктурного контура, и его результативность зависит от конструкции обязательства медицинского работника.

Для цитирования в научных исследованиях

Андреев А.С. Дифференцированные организационно-экономические модели развития медико-социальной инфраструктуры для различных типов сельских территорий // Экономика: вчера, сегодня, завтра. 2026. Том 16. № 6А. С. 239-248. DOI: 10.34670/AR.2026.68.78.023

Ключевые слова

Сельские территории, медико-социальная инфраструктура, государственно-частное партнёрство, компенсационные выплаты медицинским работникам, передвижной медицинский комплекс, телемедицина, бюджетная эффективность, дифференцированные модели, организационно-экономические механизмы.

Введение

По данным Росстата, на начало 2025 г. в сельской местности проживало 25,3 % населения страны, а поселенческая сеть остаётся предельно неоднородной: пригородные посёлки с несколькими тысячами жителей соседствуют с деревнями, где насчитывается менее сотни человек. За 2021–2025 гг. открыто более 4,3 тыс. объектов медицинской инфраструктуры, капитально отремонтировано свыше 5,4 тыс. зданий, приобретено более 17 тыс. санитарных автомобилей (по данным Минздрава России). Прирост инфраструктуры распределяется, однако, по единым правилам, слабо чувствительным к плотности расселения, транспортной доступности и присутствию крупного работодателя. Схемы софинансирования, требования к мощности объекта и кадровые стимулы воспроизводятся в одном виде для поселений, различающихся по числу жителей в десятки раз.

Программно-целевой подход, обоснованный в работах И.Г. Ушачева, Л.В. Бондаренко и В.С. Чекалина [Ушачев, Бондаренко, Чекалин, 2021], исходит из приоритета инфраструктурного выравнивания. Иная линия рассуждения представлена у С.С. Патраковой [Патракова, 2023], фиксирующей рост внутрирегиональных контрастов, при котором выравнивание по среднему показателю не улучшает положение периферийных поселений. Расчёты К.Н. Калашникова [Калашников, 2023] указывают, что разрыв в доступности помощи между городом и селом удерживается прежде всего кадровой и транспортной составляющей. В.Н. Рубцова [Рубцова, 2023] описывает механизм организационной дестабилизации, при котором формально сохранённый объект теряет функциональность из-за незамещённых ставок. Консенсуса относительно соответствия финансовых механизмов типам сельских территорий в специализированной литературе не сложилось.

Предметом работы выступают организационно-экономические механизмы реализации дифференцированных моделей: источники и схемы финансирования капитальных вложений, инструменты привлечения и удержания медицинских работников, выездные и дистанционные форматы обслуживания. Типология сельских территорий принимается как заданная рамка и подробно не развёртывается. Оценка миграционного эффекта программы «Земский доктор», выполненная Е.А. Шарепиной [Шарепина, 2022], показывает избирательность кадрового инструмента: приток врачей концентрируется в относительно благополучных районах. Отсюда и задача о дифференциации механизмов.

Материалы и методы исследования

Группировка территорий принята как внешняя рамка расчёта в версии, близкой к классификации регионов по уровню комплексного развития сельских территорий, предложенной С.Г. Былиной [Былина, 2021]. Выделены четыре типа поселенческих ситуаций. В работе применены сравнительный анализ схем финансирования капитальных вложений,

расчёт приведённых годовых затрат методом аннуитета, удельный анализ (затраты на одного прикрепленного жителя и на одно посещение), пороговый расчёт численности прикрепленного населения, при которой стационарный формат уступает выездному, сценарное моделирование бюджетных расходов по трём схемам финансирования и анализ чувствительности результата к норме дисконта и к загрузке передвижных подразделений.

Фактологическую основу составили параметры федерального проекта модернизации первичного звена национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», данные Минздрава России и Минэкономразвития России за 2024–2026 гг., условия компенсационных выплат медицинским работникам, а также приказ Минздрава России от 11 апреля 2025 г. № 193н, действующий с 1 сентября 2025 г. и заменивший приказ от 30 ноября 2017 г. № 965н. Описание финансово-экономического механизма первичной медико-санитарной помощи опирается на схему Н.Н. Зубаревой [Зубарева, 2020] с разделением источников по уровням бюджетной системы и каналу поступления средств. Расчётная часть выполнена на модельном сельском муниципальном районе с численностью населения 18 400 человек и 63 населёнными пунктами, из которых 41 имеет менее 100 жителей. Норма дисконта принята на уровне 12 %, горизонт бюджетного сценария – 10 лет; стоимостные параметры объектов заданы как модельные.

Результаты и обсуждение

Финансирование сельской медико-социальной инфраструктуры собирается из нескольких слабо согласованных потоков. Государственная программа комплексного развития сельских территорий с 2020 г. аккумулировала почти 0,5 трлн руб.; на 2026 г. заявлено более 500 объектов и охват около 3 млн человек в тысяче населённых пунктов (по данным Минсельхоза России). Федеральный проект модернизации первичного звена отбирает объекты по собственным правилам и предусматривает к 2030 г. закупку не менее 9 тыс. передвижных медицинских комплексов и капитальный ремонт не менее 7 тыс. зданий медицинских организаций на селе и в малых городах. На несовпадение перечней поддерживаемых объектов и сроков освоения средств указывают И.В. Жарков и Д.А. Гусев [Жарков, Гусев, 2025]. Третий поток образуют средства обязательного медицинского страхования, убывающие вместе с численностью прикрепленных.

К внебюджетному контуру относятся концессии и соглашения о государственно-частном партнёрстве. На 1 октября 2025 г. в России действовало свыше 4,4 тыс. таких соглашений совокупным объёмом 7,4 трлн руб., около 72 % которого приходилось на частные средства. За три квартала 2025 г. заключено 142 новых соглашения на 246 млрд руб. при доле социальной сферы порядка 15 % (по данным Минэкономразвития России). С.А. Тиньков и А.Ф. Требухин [Тиньков, Требухин, 2025] распространяют механизм концессии на сельскую социальную сферу вне зависимости от людности поселения. Сопоставление российской и британской практики, выполненное Ю.Г. Тюриной и Э.А. Шириевой [Тюрина, Шириева, 2022], даёт более осторожный вывод: экономия для публичной стороны возникает при достаточном масштабе объекта и предсказуемом операционном потоке. На 1 руб. бюджетных инвестиций по рынку в целом приходится, по ведомственной оценке, 3–4 руб. акционерного и заёмного капитала.

Средства агрохолдингов – наименее формализованный источник. А.А. Московская [Московская, 2025] относит подобные вложения к социальным инновациям с ограниченным тиражированием, поскольку они держатся на решении одного стейкхолдера. На практике они принимают форму долевого участия в строительстве, содержания служебного жилья или

транспортного обслуживания выездных бригад и не воспроизводятся в поселениях без крупного работодателя.

На компенсационные выплаты опирается кадровый контур механизма. С 2012 г. по программам «Земский доктор» и «Земский фельдшер» в сельскую местность и малые города привлечено около 80 тыс. медицинских работников при суммарном объёме выплат порядка 80 млрд руб., до 2030 г. предусмотрено ещё около 30 млрд руб. Средняя выплата на одного участника близка к 1 млн руб. Базовые размеры – 1 млн руб. врачу и 500 тыс. руб. фельдшеру, для отдалённых территорий 1,5 млн и 750 тыс. руб., для Дальнего Востока и Арктической зоны 2 млн и 1 млн руб. при обязательстве отработать пять лет. Е.Н. Кутырева [Кутырева, 2025] на материале мер государственной поддержки показывает, что результативность субсидий и налоговых стимулов определяется привязкой поддержки к достигаемому результату, а не к самому факту её получения: компенсационная выплата медицинскому работнику поощряет переезд, а не длительность практики. Наблюдение согласуется с данными о мобильности кадров, которые приводят О.Н. Махрова, А.В. Ярашева и Н.В. Корнева [Махрова, Ярашева, Корнева, 2024]. Практику целевой подготовки специалистов для села описывает Ли Чуныцзян [Ли Чуныцзян, 2026]; Е.Ю. Башкуева [Башкуева, 2021] показывает устойчиво более высокую незамещённость ставок в сельских учреждениях. В 2025 г. в систему здравоохранения пришли 7,8 тыс. врачей и 6,1 тыс. средних медицинских работников при ориентире Минздрава России на 2030 г. в 43 врача на 10 тыс. населения.

Дистанционные форматы за последние два года вышли из экспериментальной стадии. В 2025 г. проведено около 23 млн телемедицинских консультаций, из них свыше 13 млн в формате «врач – пациент», что на 75 % больше показателя 2024 г. (по данным Минздрава России). В экспериментальном правовом режиме работала 31 организация.

Таблица 1 - Соответствие организационно-экономических механизмов типам сельских территорий

Тип территории	Базовый формат обслуживания	Ведущий источник капитальных вложений	Механизм привлечения внебюджетных средств	Кадровый инструмент
Пригородные и опорные поселения (свыше 2 000 жителей)	Врачебная амбулатория с дневным стационаром	Программа комплексного развития сельских территорий, региональный бюджет	Концессия, соглашение о государственно-частном партнёрстве	Компенсационная выплата 1 млн руб., служебное жильё
Аграрно-специализированные территории (500–2 000 жителей)	Фельдшерско-акушерский пункт с выездом врача	Федеральный проект модернизации первичного звена	Долевое участие агрохолдинга, муниципально-частное партнёрство	Компенсационная выплата фельдшеру, целевая подготовка
Мелкоселенные депопулирующие районы (100–500 жителей)	Передвижной медицинский комплекс по графику	Федеральный проект модернизации первичного звена, бюджет субъекта	Аренда транспорта, аутсорсинг обслуживания техники	Выездная бригада межрайонного центра, вахтовый режим
Удалённые и труднодоступные территории (менее 100 жителей)	Домовое хозяйство с телемедицинским пунктом	Бюджет субъекта, средства обязательного медицинского страхования	Партнёрство с оператором связи, лизинг оборудования	Повышенная выплата 1,5–2 млн руб., дистанционное сопровождение

Источник: составлено автором.

Распределение источников по типам подчинено логике возвратности вложений. Концессия пригодна там, где объект генерирует устойчивый поток средств обязательного медицинского страхования, что ограничивает её первым типом территорий и частично вторым. В депопулирующих районах предмет соглашения смещается от здания к услуге: частный партнёр обслуживает передвижной комплекс, публичная сторона оплачивает выполненный объём выездов. Для четвёртого типа внебюджетное участие сводится к каналу связи и оборудованию рабочего места.

По приведённым годовым затратам выполнено сопоставление форматов обслуживания. Капитальные вложения переведены в годовой эквивалент по формуле аннуитета при норме дисконта 12 % и различном для зданий и техники сроке службы; к полученной величине добавлены операционные расходы, включая оплату труда, содержание объекта, расходные материалы и связь (табл. 2).

Таблица 2 - Приведённые годовые затраты и удельные показатели по форматам медико-социального обслуживания

Формат обслуживания	Капитальные вложения, млн руб.	Срок полезного использования, лет	Операционные расходы, млн руб. в год	Численность обслуживаемого населения, чел.	Приведённые годовые затраты, млн руб.	Затраты на 1 жителя, руб. в год	Затраты на 1 посещение, руб.
Врачебная амбулатория	74,3	30	21,60	4 800	30,82	6 422	1 566
Фельдшерско-акушерский пункт	12,4	25	3,18	780	4,76	6 104	1 696
Передвижной медицинский комплекс	14,7	7	6,45	3 200	9,67	3 022	1 679
Домовое хозяйство с телемедицинским пунктом	1,86	6	0,92	640	1,37	2 144	893

Источник: расчёты автора по модельным данным.

Удельные затраты стационарных форматов оказались почти одинаковыми: 6 422 руб. на жителя в год у врачебной амбулатории и 6 104 руб. у фельдшерско-акушерского пункта при шестикратной разнице в капитальных вложениях. Масштаб амбулатории снижает удельную нагрузку, её капиталоемкость и штат эту экономию поглощают. Показатель затрат на одно посещение расставляет форматы иначе: передвижной комплекс (1 679 руб.) практически неотличим от фельдшерско-акушерского пункта (1 696 руб.), и экономия выездной формы возникает на охвате – одна машина обслуживает 22 населённых пункта.

Наиболее операционален пороговый расчёт. Приравняв приведённые годовые затраты фельдшерско-акушерского пункта (4,76 млн руб., величина слабо зависит от числа прикрепленных) к удельным затратам передвижного формата, получаем пороговую численность 1 575 человек. Ниже этой отметки содержание стационарного пункта обходится дороже в расчёте на жителя, чем регулярное выездное обслуживание. В модельном районе порог преодолевают лишь четыре поселения из 63.

Анализ чувствительности выявил разную устойчивость форматов. Повышение нормы дисконта с 12 до 15 % увеличивает удельные затраты амбулатории с 6 422 до 6 857 руб. (на 6,8

%), передвижного комплекса – с 3 022 до 3 120 руб. (на 3,2 %); эластичность по норме дисконта равна 0,27 и 0,13. Заметно сильнее результат реагирует на загрузку: сокращение фактического охвата передвижного комплекса с 3 200 до 2 300 человек, характерное для периодов сезонной недоступности дорог, поднимает удельные затраты до 4 205 руб., на 39,1 %. Перевод 18 % посещений в дистанционный формат даёт обратный по знаку и меньший по величине эффект – снижение до 2 794 руб.

Для врачебной амбулатории стоимостью 74,3 млн руб. рассмотрены три схемы финансирования: полностью бюджетная, концессия с капитальным грантом 30 % и платой концедента 8,7 млн руб. в год, а также долевое участие агрохолдинга, покрывающего 33 % капитальных вложений (табл. 3).

Таблица 3 - Бюджетные параметры трёх схем финансирования сельской врачебной амбулатории

Параметр	Полностью бюджетное финансирование	Концессионное соглашение	Долевое участие агрохолдинга
Капитальные вложения бюджета, млн руб.	74,3	22,3	49,8
Внебюджетные капитальные вложения, млн руб.	0,0	52,0	24,5
Ежегодные бюджетные расходы, млн руб.	21,60	30,30	20,20
Приведённые бюджетные расходы за 10 лет, млн руб.	196,3	193,5	163,9
Бюджетные расходы на 1 жителя за 10 лет, руб.	40 905	40 313	34 153
Внебюджетные средства на 1 руб. бюджетных расходов, руб.	0,00	0,27	0,20

Источник: расчёты автора по модельным данным.

Приведённые бюджетные расходы при концессии (193,5 млн руб.) отличаются от полностью бюджетного варианта (196,3 млн руб.) на 1,4 %, что укладывается в точность исходных допущений. Концессия перераспределяет расходы во времени, снижая пиковую нагрузку в год ввода объекта с 74,3 до 22,3 млн руб., однако не удешевляет проект: плата концедента возвращает в бюджетный поток стоимость привлечённого капитала. Схема с агрохолдингом уменьшает приведённые бюджетные расходы на 16,5 % при меньшем объёме привлечённых частных средств – средства агробизнеса поступают безвозвратно, тогда как концессионные инвестиции возмещаются публичной стороной.

С ведомственным ориентиром в 3–4 руб. частного капитала на 1 руб. бюджетных инвестиций полученное значение плеча сопоставимо лишь по форме. Сельский сегмент социальной инфраструктуры отстаёт от него более чем десятикратно из-за малого объёма проекта и низкой предсказуемости подушевого финансирования при сокращающемся населении. Для четвёртого типа территорий ожидание частного участия в капитальных вложениях, по всей видимости, лишено оснований.

Кадровая составляющая занимает в приведённых затратах меньше места, чем принято полагать. Компенсационная выплата 1 млн руб. при пятилетнем обязательстве в годовом выражении даёт 0,20 млн руб.; служебное жильё стоимостью 3,8 млн руб. в аннуитетном эквиваленте – 0,48 млн руб.; компенсация транспортных расходов – 0,14 млн руб. Закрепление одного врача обходится в 0,82 млн руб. в год, или 2,7 % приведённых годовых затрат

амбулатории. Повышение выплат и жилищных гарантий не создаёт поэтому заметного давления на бюджет объекта.

В целом расчёт складывается в пользу разделения механизмов по типам территорий, обозначенного в постановочной части. Экономически оправданная граница между стационарным и выездным обслуживанием проходит в диапазоне полутора тысяч прикрепленных жителей, а граница между возвратными и безвозвратными источниками капитала – по способности объекта генерировать поток средств обязательного медицинского страхования.

Дистанционные форматы меняют постановку задачи о доступности. Удельные затраты снижаются при переводе части посещений в телемедицинский режим умереннее, чем растут при недовыполнении графика выездов, откуда следует приоритет устойчивого расписания выездных бригад перед расширением цифрового контура. Регулярный выезд с телемедицинской поддержкой удерживает удельные затраты в четвёртом типе территорий на уровне 2 144 руб. на жителя в год против 6 104 руб. при попытке сохранить там стационарный пункт.

Заключение

Дифференциация организационно-экономических механизмов развития медико-социальной инфраструктуры села получает количественное обоснование через пороговую численность прикрепленного населения. Расчёт на модельном районе с 18 400 жителями показал, что рубеж предпочтительности стационарного формата перед выездным лежит около полутора тысяч человек; в реальной поселенческой структуре его преодолевают четыре населённых пункта из 63.

При сопоставлении трёх схем финансирования получен результат, расходящийся с распространённым ожиданием от концессии. Приведённые бюджетные расходы при концессионном соглашении снизились менее чем на полтора процента относительно прямого бюджетного финансирования, тогда как долевое участие агрохолдинга уменьшило их примерно на одну шестую. Ценность концессии для сельского объекта состоит в сглаживании пиковой нагрузки на бюджет в год ввода объекта.

В сельском сегменте привлечение частного капитала составило порядка 0,20–0,27 руб. на рубль бюджетных расходов при ведомственном ориентире 3–4 руб. по рынку инфраструктурных проектов. Разрыв объясняется малым масштабом объектов и убывающим подушевым финансированием.

По расчёту, закрепление одного врача на селе, включая компенсационную выплату, служебное жильё и транспорт, обходится примерно в 0,82 млн руб. в год, или порядка 2,7 % приведённых годовых затрат врачебной амбулатории. Результативность кадрового инструмента определяется, следовательно, конструкцией обязательства и в меньшей степени размером выплаты.

Асимметрию показали расчёты по выездным и дистанционным форматам: сокращение фактического охвата передвижного комплекса на четверть удорожает обслуживание почти на 40 %, тогда как перевод части посещений в телемедицинский режим удешевляет его лишь на 7,5 %. Для территорий с малой людностью приоритет получает организационная дисциплина выездной работы. Сочетание регулярного выезда, телемедицинского пункта при домовом хозяйстве и повышенной компенсационной выплаты удерживает удельные затраты на уровне 2 144 руб. на жителя в год.

Библиография

1. Башкуева Е.Ю. Кадровое обеспечение системы здравоохранения Республики Бурятия в условиях пандемии: состояние и проблемы // Вестник Бурятского государственного университета. Экономика и менеджмент. 2021. № 4. С. 24–33. DOI: 10.18101/2304-4446-2021-4-24-33
2. Былина С.Г. Классификация регионов РФ по уровню комплексного развития сельских территорий // Региональные проблемы преобразования экономики. 2021. № 5. С. 94–104. DOI: 10.26726/1812-7096-2021-5-94-104
3. Жарков И.В., Гусев Д.А. Инфраструктура сельских территорий: перспективы развития // Инновационная экономика: информация, аналитика, прогнозы. 2025. № 3. С. 35–42. DOI: 10.47576/2949-1894.2025.3.3.005
4. Зубарева Н.Н. Финансово-экономический механизм развития первичной медико-санитарной помощи (региональный опыт) // Экономика. Информатика. 2020. Т. 47. № 1. С. 13–22. DOI: 10.18413/2687-0932-2020-47-1-13-22
5. Калашников К.Н. Качество и доступность для населения медицинской помощи (региональный аспект) // Проблемы развития территории. 2023. Т. 27. № 4. С. 113–128. DOI: 10.15838/ptd.2023.4.126.7
6. Кутырева Е.Н. Государственная промышленная политика субсидирование и налоговые стимулы для автоматизации и их влияние на технологическое обновление производственных фондов и экономический рост // Вопросы природопользования. 2025. Т. 4. № 7. С. 10–19.
7. Ли Чуныцян. Подготовка медицинских кадров для сельских территорий: из опыта международной образовательной практики // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2026. № 2 (244). С. 171–180. DOI: 10.23951/1609-624X-2026-2-171-180
8. Махрова О.Н., Ярашева А.В., Корнева Н.В. Трудовые ресурсы в здравоохранении: тренды в мобильности медицинских кадров // Региональные проблемы преобразования экономики. 2024. № 10. С. 127–138. DOI: 10.26726/rpre2024v10hrh
9. Московская А.А. Социальные инновации в медицинской помощи: формы, механизмы, преобразовательный потенциал // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2025. № 3. С. 270–293. DOI: 10.14515/monitoring.2025.3.2818
10. Патракова С.С. Сельские территории Северо-Запада России: проблемы и контрасты развития // ЭКО. 2023. Т. 53. № 8. С. 57–76. DOI: 10.30680/ECO0131-7652-2023-8-57-76
11. Рубцова В.Н. Учет возникновения рисков организационной дестабилизации сельского здравоохранения и разработка организационных и финансовых мер их устранения // Управленческий учет. 2023. № 7. С. 274–281. DOI: 10.25806/uu72023274-281
12. Тиньков С.А., Требухин А.Ф. Финансирование проектов государственно-частного партнерства как фактор развития сельских территорий // Экономика и предпринимательство. 2025. № 2 (175). DOI: 10.34925/EIP.2025.175.2.078
13. Тюрина Ю.Г., Шириева Э.А. Сравнительная оценка государственно-частного партнерства как формы финансирования инвестиционных проектов (опыт России и Великобритании) // Управленческий учет. 2022. № 4-2. С. 425–434. DOI: 10.25806/uu4-22022425-434
14. Ушачев И.Г., Бондаренко Л.В., Чекалин В.С. Основные направления комплексного развития сельских территорий России // Вестник Российской академии наук. 2021. Т. 91. № 4. С. 316–325. DOI: 10.31857/S0869587321040113
15. Шарепина Е.А. Программа «Земский доктор» как фактор миграции врачей на периферию регионов Центрального федерального округа // Демографическое обозрение. 2022. Т. 9. № 4. С. 104–125. DOI: 10.17323/demreview.v9i4.16745

Differentiated Organizational and Economic Models for the Development of Medical and Social Infrastructure for Various Types of Rural Territories

Anton S. Andreev

Postgraduate Student,
Bunin Yelets State University,
399770, 28/1, Kommunarov str., Yelets, Russian Federation;
e-mail: a.s.andreyev@mail.ru

Andreev A.S.

Abstract

The organizational and economic mechanisms for implementing differentiated models of medical and social infrastructure development are considered in relation to four types of rural territories differing in settlement population size and transport accessibility. Sources of financing, personnel instruments, and service formats are compared by calculation: capital investments are converted into an annual equivalent using the annuity method at a discount rate of 12%, unit costs per attached resident and per visit are determined, and threshold calculation and scenario modeling of budget expenditures over a 10-year horizon are performed. The calculation for a model rural district with a population of 18,400 people showed that a stationary feldsher-midwife station is inferior to regular mobile service in terms of unit costs when the attached population is below 1,575 people. The reduced budget expenditures under a concession agreement differ from direct budget financing by 1.4%, while equity participation of an agricultural holding reduces them by 16.5%. The attraction of private capital in the rural segment amounts to 0.20–0.27 rubles per ruble of budget expenditures, with a departmental benchmark of 3–4 rubles for the infrastructure project market. The cost of retaining one physician, including a compensation payment, service housing, and transport, is equivalent to 2.7% of the reduced annual costs of a medical outpatient clinic. The obtained ratios show that the choice of a financing scheme and service format in rural areas is determined by the settlement's population size and the availability of a return cash flow, rather than by the sectoral standard of facility provision; the personnel instrument, meanwhile, is cheap relative to the infrastructural contour, and its effectiveness depends on the design of the medical worker's obligation.

For citation

Andreev A.S. (2026) *Differentsirovannye organizatsionno-ekonomicheskie modeli razvitiya mediko-sotsial'noy infrastruktury dlya razlichnykh tipov sel'skikh territoriy* [Differentiated Organizational and Economic Models for the Development of Medical and Social Infrastructure for Various Types of Rural Territories]. *Ekonomika: vchera, segodnya, zavtra* [Economics: Yesterday, Today and Tomorrow], 16 (6A), pp. 239-248. DOI: 10.34670/AR.2026.68.78.023

Keywords

Rural territories, medical and social infrastructure, public-private partnership, compensation payments to medical workers, mobile medical complex, telemedicine, budget efficiency, differentiated models, organizational and economic mechanisms.

References

1. Bashkueva, E. Yu. (2021). Kadrovoye obespecheniye sistemy zdravookhraneniya Respubliki Buryatiya v usloviyakh pandemii: sostoyaniye i problemy [Staffing of the health care system of the Republic of Buryatia during the pandemic: State and problems]. *Vestnik Buryatskogo gosudarstvennogo universiteta. Ekonomika i menedzhment*, (4), 24–33. DOI: 10.18101/2304-4446-2021-4-24-33
2. Bylina, S. G. (2021). Klassifikatsiya regionov RF po urovnyu kompleksnogo razvitiya selskikh territoriy [Classification of Russian regions by the level of integrated rural development]. *Regionalnyye problemy preobrazovaniya ekonomiki*, (5), 94–104. DOI: 10.26726/1812-7096-2021-5-94-104
3. Kalashnikov, K. N. (2023). Kachestvo i dostupnost dlya naseleniya meditsinskoy pomoshchi (regionalnyy aspekt) [Quality and access to health care for population (regional aspect)]. *Problemy razvitiya territorii*, *27*(4), 113–128. DOI: 10.15838/ptd.2023.4.126.7
4. Kutyreva, E. N. (2025). Gosudarstvennaya promyshlennaya politika subsidirovaniye i nalogovyye stimuly dlya avtomatizatsii i ikh vliyaniye na tekhnologicheskoye obnoveniye proizvodstvennykh fondov i ekonomicheskiy rost [State industrial policy subsidies and tax incentives for automation and their impact on technological renewal of

- production assets and economic growth]. *Voprosy prirodopolzovaniya*, *4*(7), 10–19.
5. Li, Chunjiang. (2026). Podgotovka meditsinskih kadrov dlya selskikh territoriy: iz opyta mezhdunarodnoy obrazovatelnoy praktiki [Training of medical personnel for rural areas: From the experience of international educational practice]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta*, (2/244), 171–180. DOI: 10.23951/1609-624X-2026-2-171-180
 6. Makhrova, O. N., Yarasheva, A. V., & Korneva, N. V. (2024). Trudovyye resursy v zdravookhraneni: trendy v mobilnosti meditsinskih kadrov [Labour resources in health care: Trends in the mobility of medical personnel]. *Regionalnyye problemy preobrazovaniya ekonomiki*, (10), 127–138. DOI: 10.26726/rppe2024v10hrih
 7. Moskovskaya, A. A. (2025). Sotsialnyye innovatsii v meditsinskoй pomoshchi: formy, mekhanizmy, preobrazovatelnyy potentsial [Social innovation in medical care: Forms, mechanisms and transformative potential]. *Monitoring obshchestvennogo mneniya: ekonomicheskiye i sotsialnyye peremeny*, (3), 270–293. DOI: 10.14515/monitoring.2025.3.2818
 8. Patrakova, S. S. (2023). Selskiye territorii Severo-Zapada Rossii: problemy i kontrasty razvitiya [Rural areas of the North-West of Russia: Problems and contrasts of development]. *ECO Journal*, *53*(8), 57–76. DOI: 10.30680/ECO0131-7652-2023-8-57-76
 9. Rubtsova, V. N. (2023). Uchet vozniknoveniya riskov organizatsionnoy destabilizatsii selskogo zdravookhraneniya i razrabotka organizatsionnykh i finansovykh mer ikh ustraneniya [Accounting for the risks of organizational destabilization of rural health care and the development of organizational and financial measures for their elimination]. *Upravlencheskiy uchet*, (7), 274–281. DOI: 10.25806/uu72023274-281
 10. Sharepina, E. A. (2022). Programma "Zemskiy doktor" kak faktor migratsii vrachey na periferiyu regionov Tsentralnogo federalnogo okruga [The Zemsky Doctor programme as a factor of physician migration to the periphery of the Central Federal District regions]. *Demograficheskoye obozreniye*, *9*(4), 104–125. DOI: 10.17323/demreview.v9i4.16745
 11. Tinkov, S. A., & Trebukhin, A. F. (2025). Finansirovaniye proyektov gosudarstvenno-chastnogo partnerstva kak faktor razvitiya selskikh territoriy [Financing of public-private partnership projects as a factor of rural development]. *Ekonomika i predprinimatelstvo*, (2/175). DOI: 10.34925/EIP.2025.175.2.078
 12. Tyurina, Yu. G., & Shirieva, E. A. (2022). Sravnitel'naya otsenka gosudarstvenno-chastnogo partnerstva kak formy finansirovaniya investitsionnykh proyektov (opyt Rossii i Velikobritanii) [Comparative assessment of public-private partnership as a form of investment project financing (Experience of Russia and the United Kingdom)]. *Upravlencheskiy uchet*, (4-2), 425–434. DOI: 10.25806/uu4-22022425-434
 13. Ushachev, I. G., Bondarenko, L. V., & Chekalin, V. S. (2021). Osnovnyye napravleniya kompleksnogo razvitiya selskikh territoriy Rossii [Main directions of integrated development of rural areas in Russia]. *Vestnik Rossiyskoy akademii nauk*, *91*(4), 316–325. DOI: 10.31857/S0869587321040113
 14. Zharkov, I. V., & Gusev, D. A. (2025). Infrastruktura selskikh territoriy: perspektivy razvitiya [Infrastructure of rural areas: Development prospects]. *Innovatsionnaya ekonomika: informatsiya, analitika, prognozy*, (3), 35–42. DOI: 10.47576/2949-1894.2025.3.3.005
 15. Zubareva, N. N. (2020). Finansovo-ekonomicheskiy mekhanizm razvitiya pervichnoy mediko-sanitamoy pomoshchi (regionalnyy opyt) [Financial and economic mechanism for the development of primary health care (regional experience)]. *Ekonomika. Informatika*, *47*(1), 13–22. DOI: 10.18413/2687-0932-2020-47-1-13-22