



DOI: 10.24412/1561-7785-2025-3-235-248  
EDN: IAAECE

## ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ВОСПРИЯТИЕ НЕРАВЕНСТВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ

Галкин К. А.

Социологический институт РАН — филиал ФНИСЦ РАН  
(190005, Россия, Санкт-Петербург, ул. 7-я Красноармейская, 25)

E-mail: Kgalkin1989@mail.ru

### Для цитирования:

Галкин К. А. Индивидуальное восприятие неравенств в здравоохранении пожилыми людьми // Народонаселение. – 2025. – Т. 28. – № 3. – С. 235-248. DOI: 10.24412 / 1561-7785-2025-3-235-248; EDN: IAAECE

**Аннотация.** Исследование основано на многоуровневом подходе к изучению неравенств с акцентом на анализ особенностей их повседневного восприятия в сфере медицинской помощи среди городских и сельских пожилых людей. Методология исследования включает проведение полуструктурированных интервью с пожилыми людьми, проживающими в городе Санкт-Петербурге и сельской местности Республики Карелия. На основе тематического анализа были выделены индивидуальные стратегии отношения к существующим неравенствам, а также обозначены различия в способах их принятия/непринятия в рамках каждой стратегии. Результаты исследования демонстрируют, что наибольшие различия между пожилыми людьми в городе и на селе связаны с доступностью и качеством медицинской помощи. Именно эти аспекты формируют основные неравенства и обуславливают различия в жизни пожилых людей в городской и сельской среде. Выделенные стратегии показывают, что для сельских жителей наиболее характерно принятие или нейтральное отношение к возникающим неравенствам. В то же время городские жители чаще выражают несогласие с качеством медицинской помощи, а также стремятся искать альтернативные способы решения возникающих проблем, в том числе с точки зрения их правового регулирования. Исследование показало, что при разработке мер по совершенствованию системы здравоохранения и минимизации медицинских неравенств важно учитывать индивидуальные особенности и личное отношение граждан старшего возраста к получению медицинской помощи. Особенно необходима выработка критериев для оценки и устранения неравенств, применимых как в городах, так и на сельских территориях.

**Ключевые слова:** пожилые люди; здравоохранение; здоровье; неравенства; сельско-городские различия.

## Введение

Согласно официальному определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), главными причинами неравенств в области здоровья являются условия, в которых люди рождаются, живут и стареют [1], формирующиеся под воздействием социальной политики, которая задаёт условия оказания медицинской помощи и доступности здравоохранения для всех групп населения. Влияние социальной политики различается в зависимости от региона, уровня экономического развития и структуры медицинской системы, что приводит к разным уровням неравенства в доступе к здравоохранению [2]. В рамках данного направления неравенства в здравоохранении институционально обусловлены и зависят от развития медицины и экономики конкретного региона. Такой подход был популярен во второй половине XX в. [3]. В последние годы исследователи дополняют его изучением индивидуального поведения и отношения людей к собственному здоровью. Специалисты в области общественного здравоохранения обсуждают вопросы справедливого распределения медицинской помощи и критерии её предоставления, а также влияние общественных норм на восприятие медицинского обслуживания [4–6].

В рамках этой дискуссии подчёркивается значимость индивидуального выбора стратегий сохранения здоровья [7; 8]. Представители данного подхода рассматривают здоровье как достигаемый статус, который зависит от образа жизни, уровня образования и благосостояния индивида, а также доступности качественной медицинской информации и профилактических мер [9; 10]. Однако, неравенства обусловлены не только индивидуальными факторами, но и структурными условиями, такими как уровень жизни, доступность ресурсов, социальное окружение и экономические факторы [11]. В этом контексте важным становится не только отношение индивидов к своему здоровью, но и социально-экономические условия, в которых они живут, а также наличие поддержки со стороны государства

и общественных организаций [12]. В условиях недостаточного финансирования медицины и нехватки специалистов важно учитывать региональные различия и специфические потребности различных групп населения.

Одной из наиболее уязвимых групп в здравоохранении являются пожилые люди. С одной стороны, они нуждаются в медицинском уходе и профилактике возрастных заболеваний, с другой — системы здравоохранения часто ориентированы на минимизацию последствий возрастных изменений, а не на их лечение [13]. Такая ориентация может приводить к тому, что пожилые люди оказываются в менее приоритетной группе для медицинского обслуживания. Ограниченная мобильность, снижение когнитивных функций и зависимость от социальной поддержки также создают дополнительные барьеры для получения качественной медицинской помощи.

Настоящее исследование направлено на изучение индивидуального восприятия неравенств в здравоохранении пожилыми людьми и анализ стратегий их взаимодействия с медицинской системой. Особое внимание уделяется их восприятию собственного здоровья и отношениям к системе медицинской помощи в различных территориях. Рассматриваются также возможности улучшения доступности медицинских услуг и возможные механизмы снижения неравенств в здравоохранении через внедрение новых моделей оказания помощи, развитие социальных инициатив и совершенствование государственного регулирования в сфере здравоохранения.

## Теоретические подходы

Впервые изучение влияния культурных детерминант на состояние здоровья было предложено М. Вебером, который полагал, что поведение людей определяется не только индивидуальным выбором, но и нормами, ценностями и убеждениями конкретной социальной группы, к которой принадлежит индивид [14]. Важным аспектом, как отмечал учёный, является положение

индивидуа в социальном пространстве, его статус и существующие отношения в различных социальных сферах. Эти факторы оказывают влияние на заботу о здоровье и формирование стратегий здоровьесбережения. Основная идея заключается в том, что различия положения в социальном пространстве и различия в доступе к ресурсам определяют специфику поведения индивидов, формирование различных стилей заботы о своём здоровье. На основе этой идеи позднее был развит подход культурно-поведенческих механизмов формирования неравенств в здоровье, который объясняет различное отношение к своему здоровью у представителей разных классов, субкультур и возрастных групп [15].

Во второй половине XX в. с формированием идеи жизненного пути как структурной рамки, объединяющей различные теории, стало активно развиваться представление о здоровье как структурообразующем факторе в обществе [16]. Исследователи обратили внимание на социальные механизмы здоровьесбережения, влияющие на жизнь пожилых людей, и процесс формирования возрастного статуса (age status), связанного с социальными и культурными нормами, которые воздействуют на человека через социальный контроль, обеспечивая преемственность паттернов социального взаимодействия между поколениями [17]. В странах существуют разные нормы поддержки здоровья пожилых людей, что сказывается на их благополучии [18].

Существует подход, учитывающий как влияние социальной среды, так и индивидуальные психологические особенности восприятия здоровья и неравенств. Одним из ключевых теоретиков этого направления был Т. Парсонс, который утверждал, что объективные и субъективные факторы всегда взаимодействуют. Он доказывал, что в ситуации болезни, когда собственных ресурсов недостаточно, особое значение приобретает взаимодействие с другими людьми, социальное окружение и система здравоохранения. Также он подчёркивал важность социальных связей и накопления социально-психологических ресурсов

[19]. Эти идеи нашли продолжение в теории жизненного пути, которая рассматривает социально-психологические факторы неравенств в здоровье и анализирует особенности поведения индивидов в процессе болезни. Внимание стало уделяться как культурным характеристикам, так и индивидуальным поведенческим особенностям в контексте отношения к здоровью.

Следующим этапом в развитии данной темы стала теория аккумулирования благоприятствующих и неблагоприятствующих обстоятельств (cumulative advantage/disadvantage theory – CAD) [20], согласно которой индивидуальные траектории заботы о здоровье зависят не только от личных усилий, но и от накопленных ресурсов. Материальные блага, социальный капитал и ранние преимущества в жизни определяют возможности в лечении заболеваний и снижении негативных последствий для здоровья. Теория аккумулирования утверждает, что возраст становится фактором, нивелирующим статусные различия, а биологические детерминанты возраста приобретают ключевое значение. Таким образом, социальный статус не всегда оказывает решающее влияние на неравенства в здоровье пожилых людей. Более того, согласно концепции селективной смертности, выживают те, кто смог адаптироваться к неблагоприятным условиям, в то время как люди с высоким социальным статусом, обладающие большим социальным капиталом, могут подвергаться преждевременной смерти [21].

Дебаты касаются перехода к изучению индивидуальных и психологических факторов, которые формируют отношение к здоровью и влияют на восприятие неравенств [22]. Важным аспектом остается изучение ресурсов, вовлечённых в адаптационные механизмы индивидов. Например, доступность медицинской помощи, особенно в городской и сельской местности, оказывает влияние как на индивидуальное восприятие здоровья, так и на особенности неравенств в здравоохранении [23]. Современные исследования сосредоточены в основном на психологических ресурсах адаптации индивидов к неравенствам, но не уч-

тывают особенности повседневной жизни и развития конкретных регионов. Актуальными остаются вопросы стратегий совладания с неравенствами в оказании медицинской помощи [24].

Одним из новых направлений является теория кумулятивного неравенства, объединяющая исследования стресса и теорию аккумулирования [25–27]. В рамках данной концепции изучается динамика неравенств в здравоохранении на протяжении жизни одного или нескольких поколений. Неравенства в этом подходе рассматриваются как результат взаимодействия социальных систем, влияющих на статусные перемещения, а также индивидуальных жизненных траекторий, которые формируют восприятие ресурсов и возможностей [28].

Современные исследования, посвящённые неравенствам в здравоохранении, в основном сосредоточены на оценке медицинских неравенств в контексте Целей устойчивого развития ООН, в рамках которых акцент делается на достижении всеобщего охвата населения медицинскими услугами [29]. Например, в США отмечается, что молодые люди до 26 лет с хроническими заболеваниями имеют более высокий уровень доступа к медицинской помощи, в то время как афроамериканское население чаще сталкивается с ограничениями в системе здравоохранения [30; 31]. В этой группе также рассматриваются политические и экономические трансформации, включая влияние неолиберальной политики на доступность медицинских услуг. В исследованиях, использующих качественные или смешанные методы анализа, акцент делается на субъективном восприятии неравенств в доступе к медицинской помощи. Эти работы фокусируются на индивидуальных траекториях обращения за медицинскими услугами, оценках личного здоровья, а также отношении к реформам и общему уровню доверия к системе здравоохранения [32; 33].

Российские исследования в области медицинских неравенств преимущественно сосредоточены на изучении реформ, уязвимых групп и региональных различий, особенно между городом и сельской местно-

стью [34; 35]. Некоторые российские исследователи также анализируют влияние оптимизации системы здравоохранения, в том числе сокращения медицинских кадров и ухудшения инфраструктуры в сельских территориях [36]. В отечественных исследованиях чаще применяется количественная методология, а сами работы нередко имеют фрагментарный характер и охватывают только отдельные аспекты проблемы. В российской литературе крайне редко встречаются работы, использующие качественные методы и исследующие индивидуальные представления и восприятие неравенств в сфере медицины.

В настоящем исследовании рассматриваются стратегии принятия и преодоления неравенств в здравоохранении среди пожилых людей. Мы анализируем неравенства как зависящие от социальной структуры, доступности медицинской помощи, квалификации медицинского персонала и развития инфраструктуры. Также учитываются индивидуальные ресурсы, включая личное восприятие здоровья, культурные установки и готовность к преодолению сложностей. Такой подход позволяет комплексно изучить неравенства в здравоохранении и определить эффективные стратегии их преодоления.

## Результаты

Исследование проводилось в городе Санкт-Петербурге (СПб) и сёлах Республики Карелия (РК). Метод исследования включал проведение полуструктурированных интервью с пожилыми людьми: возрастной диапазон — от 65 до 83 лет. Все участники исследования имели образование не ниже среднего и не были трудоустроены в период его проведения. В рамках исследования было проведено 40 полуструктурированных интервью: в городской выборке были опрошены 20 информантов (13 женщин и 7 мужчин), в сельской — также 20 информантов (15 женщин и 5 мужчин). Критериями отбора информантов являлись их самостоятельное проживание и наличие проблем со здоровьем, которые респонденты иден-

тифицировали самостоятельно. Большинство интервью были проведены очно, за исключением двух, когда интервьюирование проводилось с использованием системы «Skype». Основным методом анализа данных выступал тематический анализ. Этот метод позволил выявить ключевые темы, в рамках которых пожилые люди описывали проблемы со здоровьем, а также определить стратегии принятия и преодоления социальных неравенств, возникающих у пожилых людей при обращении за медицинской помощью в двух регионах. Подробно характеристики каждой стратегии указаны в табл. 1.

**Стратегия принятия.** Среди представителей этой стратегии неравенств было больше всего у пожилых людей, имеющих проблемы со здоровьем и хронические заболевания различной степени тяжести. Основной характеристикой данной стратегии выступает положительная оценка здравоохранения и системы оказания медицинской помощи, а также удовлетворённость оказанными услугами: «Не могу ничего сказать плохого в принципе. Я диабетик и уже восемь лет как различные лекарства принимаю и постоянно под наблюдением врачей нахожусь, но в принципе отмечу, что в целом если надо, то врачи помогут, это уж конечно. Да, безусловно, бывают и такие ситуации, когда срочно нужна экстренная помощь, и тогда приходится, конечно, задействовать все свои возможности и знакомым врачам звонить, но в целом, если говорить о таком рутинном лечении заболеваний, то конечно всё в целом есть, и я не скажу, что оказываемые услуги какого-то плохого или посредственного качества» (мужчина, 76 лет, СПб).

Представители стратегии принятия не всегда доверяли государству и считали медицинскую помощь качественной, однако они отмечали, что для них не было других альтернатив. Они рассматривали государственную медицинскую помощь как недостаточно развитую, подчёркивая, что проблемы в системе здравоохранения сложно решить. Единственным возможным выходом они видели принятие существую-

щей системы здравоохранения и поиск дополнительных альтернатив, таких как обращение в платные клиники и сочетание бесплатных консультаций с платными услугами. Представители стратегии принятия медицинской помощи, выявленные в ходе исследования, редко обращались в платные медицинские учреждения и, как правило, считали платные услуги, предоставляемые в рамках государственных учреждений здравоохранения, неприемлемыми. Эти установки находят подтверждение в данных всероссийского мониторинга ВЦИОМ (2023 г.), согласно которому, 44% россиян выразили убеждение, что медицинская помощь по системе ОМС должна предоставляться исключительно бесплатно, и поэтому расценивали любые платные услуги в государственных клиниках как недопустимые<sup>1</sup>.

Структуру организации здравоохранения представители данной стратегии, как правило, не поддерживали и отмечали её несостоятельность, указывая на многочисленные проблемы. Тем не менее, они подчёркивали, что важным ресурсом является социальный капитал, особенно в контексте получения медицинской помощи в экстременных ситуациях. Многие представители этой стратегии прибегали к помощи родственников и соседей для получения советов относительно медицинских обращений и старались собирать информацию о возможностях лечения, выбирая наиболее проверенные варианты: «Что говорить, у нас медицина, а точнее её качество, оно всегда и везде практически одинаковое, и конечно многое зависит от тебя самой, я так вам скажу. Тут многие говорят, что вот, мол, фельдшер некудышний вообще, да и вообще медсестра здесь, в селе, не о чём, и нужно там далеко ехать, чтобы какую-то там помощь получить, но ведь всё равно всё от человека зависит и от его желания. Если есть желание и самое главное — желание сохранить своё здоровье, то найдёшь возможности и помощи у других людей попросишь, и сам выбе-

<sup>1</sup> Медицина для всех: мониторинг // ВЦИОМ, 2023. – URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analyticheskiy-obzor/medicina-dlya-vsekh-monitoring> (дата обращения: 01.01.2024).

Таблица 1

Table 1

## Сводная таблица основных характеристик выделенных стратегий

Summary table of the main characteristics of the selected strategies

Название стратегии	Критерии отнесения	Одничительные характеристики стратегии	Состояние здоровья	Количество респондентов	Пол	Возраст
Стратегия принятия	Отсутствие стремления к поиску альтернативных методов лечения; положительная оценка системы здравоохранения; доверие к медицине и, в сельской местности, к помощи со стороны соседей.	Доверие к системе здравоохранения в целом; отказ от поиска альтернатив; негативное отношение к платным медицинским услугам; финансовые затруднения и невозможность оплачивать дорогостоящее лечение; плохое материальное положение.	Наличие хронических заболеваний и проблем со здоровьем.	8 респондентов (2 – город, 6 – село)	5 мужчин, 3 женщины	75–80 лет
Стратегия автономии	Недоверие к официальной системе здравоохранения; стремление к самостоятельному лечению, озознание недостаточности медицинской инфраструктуры; критическое отношение к работе отдельных медицинских специалистов.	Отказ от доверия к системе здравоохранения; поиск альтернатив; включая обращение в платные учреждения; активное самолечение; использование онлайн-источников и телемедицины; финансовые трудности.	Наличие хронических и серьёзных заболеваний.	15 респондентов (9 – город, 6 – село)	7 мужчин, 8 женщин	69–73 года
Нейтральная стратегия	Принятие текущего состояния системы здравоохранения; отсутствие критики; доверие к медицине; в городе – регулярное обращение к платным услугам; отсутствие попыток искать альтернативы в рамках бесплатной медицины.	Доверие к медицинской системе; обращение к платной медицине при необходимости; участие соседей и родственников в оказании помощи; частые обращения за помощью; отсутствие интереса к альтернативным способам лечения.	Отсутствие хронических и серьёзных заболеваний.	17 респондентов (7 – город, 10 – село)	8 мужчин, 9 женщин	69–80 лет

Источник: составлено автором.

решь наиболее приемлемый вариант в плане лечения» (женщина, 78 лет, село, РК).

Среди представителей данной стратегии было много людей, которые доверяли официальной статистике, а также тех, кто в большей мере надеялся на помощь соседей, чем на врачей. Они объясняли такое поведение тем, что медицинскую помощь приходилось ждать довольно долго, и именно обращение за поддержкой к соседям позволяло оперативно получить необходимые советы.

**Стратегия автономии.** Среди представителей этой стратегии было больше всего людей, абсолютно недовольных медицинской помощью и системой оказания медицинской помощи пожилым людям. Как правило, в эту стратегию входили те, кто имел различные хронические заболевания и серьёзные проблемы со здоровьем. Среди представителей данной стратегии фиксировалось постоянное ухудшение самочувствия в результате длительных проблем со здоровьем, что усугублялось недостаточной доступностью качественного лечения. «В моем случае, наверное, уже понятно, что я в принципе не могу и не хочу относиться хорошо к врачам и к лечению. С моей онкологией понятно, что лечение будет практически никаким, если сказать проще. Вот поэтому я стараюсь получать минимально необходимое лечение от врачей и затем забывать о серьёзном лечении в целом. Для меня важно именно получение лечения и вызов скорой помощи, а в остальном я больше информации найду в Интернете, чем получу качественные советы от врачей, которые часто бывают сомнительного качества» (мужчина, 70 лет, СПб).

Представители данной стратегии в целом негативно отзывались о медицинской помощи и её организации. Они также отмечали, что тяжелее переносят возникающие неравенства, связанные с оказанием медицинской помощи. Респонденты сообщали, что сталкивались с наибольшими трудностями при обращении за неотложной, особенно скорой, медицинской помощью. Основными причинами недовольства были продолжительное ожидание медицинской

бригады, низкая квалификация специалистов и отсутствие качественной экстренной помощи в сельской местности. Жители села, как правило, демонстрировали более высокую степень одобрения медицины. Такая разница может быть обусловлена особой ролью врача в сельской местности, где он зачастую является единственным специалистом, способным оказать медицинскую помощь, особенно в экстренных ситуациях и при ухудшении состояния здоровья. Эти выводы согласуются с результатами опроса ВЦИОМ «Россияне стали меньше доверять врачам»<sup>2</sup>.

Пожилые люди, проживающие в отдалённых сельских поселениях, подчёркивали, что в случае ухудшения самочувствия их единственной надеждой оставалась скромная помощь, которая не всегда оказывалась вовремя или была низкого качества: «Здесь всё не так, как в городе. В городе есть возможность обратиться в платную скорую помощь, да и просто скорая приезжает быстрее из-за хороших дорог и меньших расстояний. А здесь скорая помощь — это, погорой, единственная надежда. Мы часто остаёмся без помощи, потому что либо не можем дождаться её приезда, либо приезжают врачи, чья квалификация оставляет желать лучшего. И тогда смысл в такой помощи вообще пропадает. Это самая большая проблема в селе — отсутствие качественной экстренной медицинской помощи, что значительно снижает шансы на получение нормального лечения» (женщина, 69 лет, село, РК).

Сельские жители, принадлежащие к данной стратегии, отмечали нехватку хорошо оснащённых больниц и поликлиник в сельской местности. Они часто не могли получить квалифицированную помощь и вынуждены были искать альтернативные способы лечения, в том числе обращаться в частные клиники, приезжать в более крупные города или просить родственников и соседей помочь найти подходящее медицинское учреждение. Кроме того, многие ре-

<sup>2</sup> Врачи: доверие, престиж, доходность профессии // ВЦИОМ, 2022. – URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/vrachi-doverie-prestizh-dokhodnost-professii> (дата обращения: 01.01.2024).

спонденты подчёркивали, что транспортная доступность медицинских учреждений является важным фактором, который также создаёт барьеры для своевременного получения помощи.

Среди пожилых людей, проживающих в сельской местности, было больше всего представителей стратегии автономии, выражавших беспокойство по поводу неравенств, связанных с медицинской помощью в селе. Они также обращали внимание на нехватку оснащённых ФАПов и амбулаторий, а также на нехватку специалистов узкого профиля. Городские жители, придерживающиеся данной стратегии, акцентировали внимание на проблемах, связанных с правовым обеспечением медицинской помощи и недостатком юридической поддержки пациентов. В городах наблюдалось больше случаев обращения пациентов с жалобами на халатность медицинского персонала или на отказ в предоставлении определённых услуг по ОМС. Таким образом, поиск альтернативных решений воспринимался как единственный способ преодоления или минимизации неравенств в оказании медицинской помощи.

**Нейтральная стратегия.** Представители нейтральной стратегии по наличию различных диагнозов и опыту перенесённых заболеваний наиболее близки к стратегии принятия. Для представителей данной стратегии характерным было относительное принятие существующих неравенств в рамках оказания медицинской помощи и обращения к врачам. В отличие от представителей стратегии принятия, респонденты, демонстрирующие нейтральную стратегию, как правило, воздерживались от критики всей системы здравоохранения. Они отмечали лишь частные недостатки, преимущественно касающиеся нехватки квалифицированных специалистов.

При этом представители данной стратегии не старались искать альтернатив в лечении, а наоборот, стремились принять возможные проблемы, связанные с качеством обслуживания. Преимущественно такая позиция встречалась у представителей данной стратегии из сельской местности, где

доступ к медицинской помощи был ограничен, а осознание альтернативных возможностей лечения находилось на низком уровне. «В общем и целом, получается, что куда бы ты ни делась, медицина-то везде одна. И если плохо почувствуешь себя, то, конечно, где будешь лечиться? Именно там, где лечат — тут уж по-другому никак. Вот поэтому я так скажу, конечно, приходится как-то мне уж что называется и терпеть, и смиряться с этим, что есть, потому что я говорю, что альтернатив-то других и нет, а здесь, в сельской местности, у нас не все и знают, что есть такая платная медицина» (женщина, 69 лет, село, РК).

В отличие от представителей «автономии», представители нейтральной стратегии воспринимали ситуацию в здравоохранении как безальтернативную, что вынуждало их полагаться на возможности государственной системы здравоохранения. Различия среди сельских и городских представителей нейтральной стратегии свидетельствуют о том, что жители городов предъявляли более высокие требования к качеству медицинских услуг при общем принятии оказываемой медицинской помощи в городе. Тем не менее, некоторые респонденты отмечали, что даже в городе качество медицинской помощи оставляет желать лучшего, однако доступность частных клиник делает ситуацию менее критичной.

Для сельских жителей — представителей данной стратегии, как и для сторонников стратегии автономии, остро стояла проблема неравенства в оказании медицинской помощи, особенно в части её доступности. Они отмечали нехватку квалифицированных специалистов, долгие ожидания приёма, устаревшее оборудование в местных медицинских учреждениях и сложности с транспортной доступностью больниц. «Наверное, самое сложное и самое плохое во всём этом — это, как ни крути, качество медицинской помощи. И если со многим смиришься в принципе можно, например, с тем, что фельдшер здесь, в селе, в принципе ничего не знает, с этим, конечно, очень трудно смыкнуться. Да ещё и понимаешь, что где-то там, в условном городе, тебе намного лучше

могли бы помочь оказать, но выбора у тебя нет, и ты обращаешься к сельской медицине всё равно. Это, пожалуй, самое сложное, что может быть — вот эта безальтернативность в оказании медицинской помощи» (женщина, 71 год, село, РК).

Жители городов, придерживающиеся нейтральной стратегии, также сталкивались с проблемами в сфере медицинского обслуживания, но их отношение было несколько иным. Они больше выражали недовольство очередями, сложностью записи на приём к специалисту и необходимостью дополнительных финансовых затрат на лечение. Однако, в отличие от сельских жителей, у них оставался доступ к частным медицинским услугам. В целом, городские респонденты были более информированы о возможностях альтернативного лечения, но не всегда могли его себе позволить из-за высокой стоимости. Таким образом, главным лейтмотивом рассмотрения неравенств в здравоохранении у представителей данной стратегии было понимание того, что неравенства в целом невозможна преодолеть, и наиболее рациональным способом становится принятие существующего состояния медицины и её качества. Этот подход также рассматривался как один из возможных механизмов преодоления различных сложностей со здоровьем. Представители данной стратегии, как правило, не искали дополнительных возможностей помощи в лечении заболеваний, а принимали доступную медицинскую помощь, в том числе ограниченную, так как не видели других альтернатив.

Кроме того, респонденты отмечали важность поддержки со стороны родственников и соседей в вопросах медицинского обслуживания. Для сельских жителей это было особенно важно, поскольку доступ к врачебной помощи был сложнее, и часто приходилось полагаться на советы знакомых или фармацевтов. В городах ситуация отличалась, но и там многие пожилые люди пользовались рекомендациями друзей и семьи, выбирая проверенные больницы или врачей. Таким образом, нейтральная стратегия характеризуется пассивным

отношением к медицинским неравенствам и склонностью к принятию текущего положения дел. Различия между горожанами и селянами показывают, что в условиях ограниченного доступа к медицинской помощи уровень недовольства возрастает, но поиск альтернатив снижается. Это показывает важность не только институциональных изменений в здравоохранении, но и повышения информированности населения о доступных возможностях медицинского обслуживания.

\* \* \*

Одной из ключевых проблем, выявленных в ходе исследования, является неравенство в оказании медицинской помощи между городом и селом. В исследовании также отмечается, что сельские жители в меньшей мере требовательны к качеству медицинских услуг по сравнению с городскими. Они чаще демонстрируют принятие имеющихся неравенств, что особенно выражено в стратегиях принятия и нейтральной стратегии, наиболее характерных для сельской местности. Однако, несмотря на меньшую требовательность, сельское население обеспокоено качеством оказываемой медицинской помощи и сталкивается с различными сложностями, связанными с доступностью медицинских услуг.

В целом, проведённое исследование подчёркивает важность изучения индивидуального отношения к неравенствам в здравоохранении. Оно также акцентирует необходимость комплексного подхода к рассмотрению неравенств, учитывающего различные факторы, такие как социально-экономическое положение, регион проживания и повседневная среда, в которой формируются эти неравенства. Комплексное понимание данных процессов позволит разработать эффективные стратегии для снижения медицинских неравенств и повышения уровня доступности и качества медицинской помощи как в городской, так и в сельской местности.

**Литература и Интернет-источники**

1. **Whitehead, M.** Европейские стратегии по преодолению социального неравенства в отношении здоровья / M. Whitehead, G. Dahlgren . – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008. – С. 117.
2. **Шкаратан, О. И.** Социальная политика в контексте постсоветской экономики (федеральный и региональный срезы) / О. И. Шкаратан // Мир России. Социология. Этнология. – 1998. – Т. 7. – № 1–2. – С. 5–30.
3. **Anderson, E.** Openness and inequality in developing countries: A review of theory and recent evidence / E. Anderson // World development. – 2005. – Vol. 33. – No. 7. – P. 1045–1063.
4. **Le Grand, J.** Individual responsibility, health, and health care / J. Le Grand // Inequalities in health: Concepts, measures, and ethics. – 2013. – С. 299–306.
5. **Mailly, P.** Fine wine and ideal theory: the questionable denial of liver transplantation in alcoholics / P. Mailly // Windsor Yearbook of Access to Justice. – 2005. – Vol. 23. – P. 95.
6. **Marchand, S.** Health inequalities and justice / S. Marchand, D. Wikler // Cross-Cultural Perspectives on the (Im) Possibility of Global Bioethics. – Dordrecht : Springer Netherlands, 2002. – P. 209–221.
7. **Albertsen, A.** Fresh starts for poor health choices: Should we provide them and who should pay? / A. Albertsen // Public Health Ethics. – 2016. – Vol. 9. – No. 1. – P. 55–64.
8. **Dietrich, F.** Causal responsibility and rationing in medicine / F. Dietrich // Ethical theory and moral practice. – 2002. – Vol. 5. No. 1. – P. 113–131. EDN: AUWBFL
9. **Brown, R. C. H.** Moral responsibility for (un) healthy behaviour / R. C. H. Brown // Journal of Medical Ethics. – 2013. – Vol. 39. – No. 11. – P. 695–698.
10. **Persson, K.** The right perspective on responsibility for ill health / K. Persson // Medicine, Health Care and Philosophy. – 2013. – Vol. 16. – No. 3. – P. 429–441. DOI: 10.1007/s11019-012-9432-6; EDN: RQLQHK
11. **Marmot, M.** The health gap: the challenge of an unequal world / M. Marmot // The Lancet. – 2015. – Vol. 386. – No. 10011. – P. 2442–2444.
12. **Sen, G.** A methodology to analyse the intersections of social inequalities in health / G. Sen, A. Iyer, C. Mukherjee // Journal of Human Development and Capabilities. – 2009. – No. 3. – P. 397–415.
13. **Видясова, Л. А.** Россия в международных индексах качества жизни пожилых / Л. А. Видясова, И. А. Григорьева // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2016. – Т. 19. – № 1. – С. 181–193. EDN: VVCCDP
14. **Вебер, М.** Хозяйство и общество: очерки понимающей социологии / М. Вебер // Экономическая социология. – 2016. – Т. 17. – № 5. – С. 13–29. EDN: XENIVZ
15. **Cockerham, W. C.** Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber / W. C. Cockerham, A. Rütten, T. Abel // The Sociological Quarterly. – 1997. – Vol. 38. – No. 2. – P. 321–342. EDN: HKMABJ
16. **Prohaska, T. R.** Health behavior and the human life cycle / T. R. Prohaska, M. A. Clark // Handbook of Health Behavior Research III: Demography, Development, and Diversity. – Boston : Springer US, 1997. – P. 29–48.
17. Social dynamics of the life course: Transitions, institutions, and interrelations / W. R. Heinz, V. W. Marshall (ed.). – Transaction Publishers, 2003. – 306 p.
18. **Surkalin, D. L.** The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis / D. L. Surkalin // British Medical Journal. – 2022. – Vol. 376. – P. e067068
19. **Parsons, T.** Illness and the role of the physician: a sociological perspective / T. Parsons // American Journal of orthopsychiatry. – 1951. – Vol. 21. – No. 3. – P. 452.
20. **Dannefer, D.** Cumulative advantage / disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory / D. Dannefer // The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. – 2003. – Vol. 58. – No. 6. – P. S327–S337.
21. **Dupre, M. E.** Educational differences in age-related patterns of disease: reconsidering the cumulative disadvantage and age-as-leveler hypotheses / M. E. Dupre // Journal of health and social behavior. – 2007. – Vol. 48. – No. 1. – P. 1–15.

22. *Lindström, B.* A salutogenic approach to tackling health inequalities / B. Lindström, M. Eriksson // Health assets in a global context: Theory, methods, action. — 2010. — P. 17–39.
23. *Eriksson, M.* Bringing it all together: The salutogenic response to some of the most pertinent public health dilemmas / M. Eriksson, B. Lindström // Health assets in a global context: Theory, methods, action. — 2010. — P. 339–351.
24. *Русинова, Н. Л.* Роль социального неравенства и психологических ресурсов личности в заболеваемости социально значимыми болезнями в России и странах Европы / Н. Л. Русинова, С. И. Бояркина // Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований. — 2019. — № . 5. — С. 64–73. DOI: 10.33491 / telescope2019.5-604; EDN: LTPCZE
25. *Ferraro, K. F.* Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin? / K. F. Ferraro, T. P. Shippee // The Gerontologist. — 2009. — Vol. 49. — No. 3. — P. 333–343.
26. *Theobald, H.* Care for the elderly: Welfare system, professionalisation and the question of inequality / H. Theobald // International Journal of Sociology and Social Policy. — 2003. — Vol. 23. — No. 4 / 5. — P. 159–185.
27. *Pearlin, L. I.* The stress process revisited: Reflections on concepts and their interrelationships / L. I. Pearlin // Handbook of the sociology of mental health. — Boston : Springer US, 1999. — P. 395–415.
28. *McLeod, J. D.* Invisible disabilities and inequality / J. D. McLeod // Social psychology quarterly. — 2023. — Vol. 86. — No. 1. — P. 6–29. DOI: 10.1177 / 01902725231153307; EDN: ULLROE
29. *Щавелева, М. В.* Цели устойчивого развития как индикатор прогресса в здравоохранении / М. В. Щавелева, Н. П. Жукова, Т. Н. Глинская // Здравоохранение. — 2019. — № . 8. — С. 11–16. EDN: TOMWVL
30. *Sommers, B. D.* The Affordable Care Act has led to significant gains in health insurance and access to care for young adults / B. D. Sommers // Health affairs. — 2013. — Vol. 32. — No. 1. — P. 165–174.
31. *Sabety, A.* Reducing frictions in health care access: the ActionHealthNYC experiment for undocumented immigrants / A. Sabety, J. Gruber, J. Yu. Bae, R. Sood // American Economic Review: Insights. — 2023. — Vol. 5. — No. 3. — P. 327–346. DOI: 10.1257 / aeri.20220126; EDN: QBZSYJ
32. *Azar, A.* Income, egalitarianism and attitudes towards healthcare policy: A study on public attitudes in 29 countries / A. Azar // Public Health. — 2018. — Vol. 154. — P. 59–69.
33. *Stegeman, I.* Individual responsibility, solidarity and differentiation in healthcare / I. Stegeman // Journal of Medical Ethics. — 2014. — Vol. 40. — No. 11. — P. 770–773.
34. *Вяльых, Н. А.* Социальное доверие российского общества к системе здравоохранения: новые смыслы и теоретические основания в период пандемии COVID-19 / Н. А. Вяльых // Вестник Нижегородского университета имени Н. И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. — 2022. — № 2(66). — С. 104–111. DOI: 10.52452 / 18115942\_2022\_2\_104; EDN: ONGDUS
35. *Покида, А. Н.* Здоровье в восприятии россиян и реальные медицинские практики / А. Н. Покида, Н. В. Зыбуновская // Здоровье населения и среда обитания. — 2021. — № 7. — С. 19–27. DOI: 10.35627 / 2219-5238 / 2021-29-7-19-27; EDN: CPFUZY
36. *Шарабчиев, Ю. Т.* Оптимизация систем здравоохранения в зеркале философии, экономики и общественного здравоохранения. / Ю. Т. Шарабчиев // Медицинские новости. — 2023. — № . 11 (350). — С. 17–24. EDN: IDPQYS

**Сведения об авторах:**

Галкин Константин Александрович, к.соц.н., старший научный сотрудник, Социологический институт РАН – филиал ФНИСЦ РАН, Санкт-Петербург, Россия.  
 Контактная информация: e-mail: kgalkin1989@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6403-6083; РИНЦ SPIN-код: 5000-5986.

DOI: 10.24412/1561-7785-2025-3-235-248

## INDIVIDUAL PERCEPTIONS OF HEALTHCARE INEQUALITIES AMONG OLDER PEOPLE

Konstatin A. Galkin

Sociological Institute of the FCTAS RAS  
(25 Krasnoarmeyskaya str., Saint-Petersburg, Russia, 190005)

E-mail: Kgalkin1989@mail.ru

**For citation:**

Galkin K. A. Individual perceptions of healthcare inequalities among older people. *Narodonaselenie [Population]*. 2025. Vol. 28. No. 3. P. 235-248. DOI: 10.24412/1561-7785-2025-3-235-248 (in Russ.)

**Abstract.** The article discusses strategies for perception of inequalities in the healthcare among older residents of large cities and rural areas. The study is based on a multi-level approach to investigation of inequalities, with an emphasis on analyzing the features of everyday perception of inequalities in medical care among urban and rural older people. The research methodology includes conducting semi-structured interviews with older people living in St. Petersburg and rural areas of the Republic of Karelia. Based on the thematic analysis, individual strategies for dealing with the existing inequalities were identified, as well as differences in the ways they are accepted and not accepted within each strategy. The results of the study demonstrate that the greatest differences between urban and rural older people are related to the availability and quality of medical care. It is these aspects that form the main inequalities and cause differences in the lives of older people in urban and rural environments. The highlighted strategies show that rural residents are most characterized by acceptance or a neutral attitude towards the emerging inequalities. At the same time, urban residents are more likely to express disagreement with the quality of medical care, and also seek alternative ways to solve the emerging problems, including those related to their legal regulation. The conducted research shows that when developing measures to improve the healthcare system and minimize medical inequalities, it is important to take into account the individual characteristics and personal attitude of older citizens to the medical care. Of particular importance is the need to develop various criteria for assessing and eliminating inequalities applicable in both urban and rural areas.

**Keywords:** older people; healthcare; health; inequalities; rural-urban differences.

### References and Internet sources

1. Whitehead M., Dahlgren G. Yevropejskiye strategii po preodoleniyu sotsial'nogo neravenstva v otnoshenii zdorov'ya [European strategies for overcoming social inequalities in health]. Kopengagen: Evropejskoe regional'noe byuro VOZ [Copenhagen. WHO Regional Office for Europe]. 2008. 117 p. (in Russ.)
2. Shkaratan O. I. Sotsial'naya politika v kontekste postsovetskoy ekonomiki (federal'nyj i regional'nyj srezy) [Social policy in the context of the post-Soviet economy (federal and regional sections)]. Mir Rossii. Sotsiologiya. Etnologiya [Universe of Russia. Sociology. Ethnology]. 1998. Vol. 7. No.1-2. P. 5-30. (in Russ.)
3. Anderson E. Openness and inequality in developing countries: A review of theory and recent evidence. *World Development*. 2005. Vol. 33. No. 7. P. 1045-1063.
4. Le Grand J. Individual responsibility, health, and health care. *Inequalities in health: Concepts, Measures, and Ethics*. 2013. P. 299-306.
5. Mailly P. Fine wine and ideal theory: the questionable denial of liver transplantation in alcoholics. *Windsor Yearbook of Access to Justice*. 2005. Vol. 23. P. 95.

6. Marchand S., Wikler D. Health inequalities and justice. *Cross-Cultural Perspectives on the (Im) Possibility of Global Bioethics*. Dordrecht. Springer Netherlands. 2002. P. 209–221.
7. Albertsen A. Fresh starts for poor health choices: Should we provide them and who should pay? *Public Health Ethics*. 2016. Vol. 9. No. 1. P. 55–64.
8. Dietrich F. Causal responsibility and rationing in medicine. *Ethical Theory and Moral Practice*. 2002. Vol. 5. No. 1. P. 113–131.
9. Brown R.C.H. Moral responsibility for (un) healthy behavior. *Journal of Medical Ethics*. 2013. Vol. 39. No. 11. P. 695–698.
10. Persson K. The right perspective on responsibility for ill health. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2013. Vol. 16. No. 3. P. 429–441. DOI: 10.1007/s11019-012-9432-6
11. Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world. *The Lancet*. 2015. Vol. 386. No. 10011. P. 2442–2444.
12. Sen G., Iyer A., Mukherjee C. A methodology to analyse the intersections of social inequalities in health. *Journal of Human Development and Capabilities*. 2009. Vol. 10. No. 3. P. 397–415.
13. Vidiasova L.A., Grigoryeva I. A. Rossiya v mezhdunarodnykh indeksakh kachestva zhizni pozhilykh [Russia in the international quality of ageing indexes]. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noj antropologii. [The Journal of Sociology and Social Anthropology]*. 2016. Vol. 19. No. 1. P. 181–193. (in Russ.)
14. Veber M. Khozyajstvo i obshchestvo: ocherki ponimayushchey sotsiologii [Economy and society: Essays on interpreting sociology]. *Ekonomicheskaya sotsiologiya [Economic Sociology]*. 2016. Vol. 17. No. 5. P. 13–29. (in Russ.)
15. Cockerham W.C., Rütten A., Abel T. Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber. *The Sociological Quarterly*. 1997. Vol. 38. No. 2. P. 321–342.
16. Prohaska T. R., Clark M. A. Health behavior and the human life cycle. *Handbook of Health Behavior Research III: Demography, Development, and Diversity*. Boston, MA. Springer US. 1997. P. 29–48.
17. *Social dynamics of the life course: Transitions, institutions, and interrelations*. Eds. W. R. Heinz, V.W Marshall. Transaction Publishers. 2003. 306 p.
18. Surkalin D. L. The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*. 2022. Vol. 376. P. e067068.
19. Parsons T. Illness and the role of the physician: a sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1951. Vol. 21. No. 3. P. 452.
20. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2003. Vol. 58. No. 6. P. S327–S337.
21. Dupre M. E. Educational differences in age-related patterns of disease: reconsidering the cumulative disadvantage and age-as-leveler hypotheses. *Journal of Health and Social Behavior*. 2007. Vol. 48. No. 1. P. 1–15.
22. Lindström B., Eriksson M. A salutogenic approach to tackling health inequalities. *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action*. 2010. P. 17–39.
23. Eriksson M., Lindström B. Bringing it all together: The salutogenic response to some of the most pertinent public health dilemmas. *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action*. 2010. P. 339–351.
24. Rusinova N. L., Boyarkina S. I. Rol' sotsial'nogo neravenstva i psikhologicheskikh resursov lichnosti v zabolevaemosti sotsial'no znachimymi boleznyami v Rossii i stranakh Evropy [The role of social inequality and individual psychological resources in the incidence of socially significant diseases in Russia and Europe]. *Teleskop: zhurnal sotsiologicheskikh i marketingovykh issledovanij. [Telescope: Journal of Sociological and Marketing Research]*. 2019. No. 5. P. 64–73. DOI: 10.33491/telescope2019.5-604 (in Russ.)
25. Ferraro K. F., Shippee T. P. Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin? *The Gerontologist*. 2009. Vol. 49. No. 3. P. 333–343.

26. Theobald H. Care for the elderly: Welfare system, professionalisation and the question of inequality. *International Journal of Sociology and Social Policy*. 2003. Vol. 23. No. 4/5. P. 159–185.
27. Pearlin L. I. The stress process revisited: Reflections on concepts and their interrelationships. *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Boston, MA. Springer US. 1999. P. 395–415.
28. McLeod J. D. Invisible disabilities and inequality. *Social Psychology Quarterly*. 2023. Vol. 86. No. 1. P. 6–29. DOI: 10.1177/01902725231153307
29. Shchaveleva M. V., Zhukova N. P., Glinskaya T. N. Tseli ustojchivogo razvitiya kak indikator progressa v zdravookhranenii [Sustainable Development Goals progress indicator]. Zdravookhranenie (Minsk) [Healthcare (Minsk)]. 2019. No. 8. P. 11–16. (in Russ.)
30. Sommers B. D., et al. The Affordable Care Act has led to significant gains in health insurance and access to care for young adults. *Health Affairs*. 2013. Vol. 32. No. 1. P. 165–174.
31. Sabety A., Gruber J., Bae J. Yu., Sood P. Reducing frictions in health care access: the ActionHealthNYC experiment for undocumented immigrants. *American Economic Review: Insights*. 2023. Vol. 5. No. 3. P. 327–346. DOI: 10.1257/aeri.20220126
32. Azar A., et al. Income, egalitarianism and attitudes towards healthcare policy: A study on public attitudes in 29 countries. *Public Health*. 2018. Vol. 154. P. 59–69.
33. Stegeman I. Individual responsibility, solidarity and differentiation in healthcare. *Journal of Medical Ethics*. 2014. Vol. 40. No. 11. P. 770–773.
34. Vyalykh N. A. Sotsial'noje doverije rossiskogo obshchestva k sisteme zdravookhraneniya: novyje smysly i teoretycheskije osnovaniya v period pandemii COVID-19 [Russian society's social trust toward the healthcare system during the COVID-19 pandemic: new meanings and theoretical foundations]. *Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. N. I. Lobachevskogo. Seriya: Sotsial'nye nauki [Vestnik of Lobachevsky State University of Nizhny Novgorod. Series: Social Sciences]*. 2022. No. 2 (66). P. 104–111. (in Russ.)
35. Pokida A. N., Zyubunovskaya N. V. Zdorov'ye v vospriyatiu rossiyian i real'nyje meditsinskije praktiki [Health in the perception of Russians and real medical practices]. *Zdorov'ye naseleniya i sreda obitanija [Public Health and Life Environment]*. 2021. No. 7. P. 19–27. DOI: 10.35627/2219-5258/2021-29-7-19-27 (in Russ.)
36. Sharabchiev Yu. T. Optimizatsiya sistem zdravookhraneniya v zerkale filosofii, ekonomiki i obshchestvennogo zdravookhraneniya. Soobshchenie 1 [Optimization of healthcare systems in the mirror of philosophy, economics and public health. Message 1]. *Meditinskije Novosti [Medicine News]*. 2023. No. 11(350). P. 17–24. (in Russ.)

**Information about authors:**

Galkin Konstantin Aleksandrovitch, Candidate of Sociology, Senior Researcher, Sociological Institute of the FCTAS RAS, St. Petersburg, Russia

Contact information: e-mail: kgalkin1989@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6403-6083; Elibrary SPIN-код: 5000-5986.

Статья поступила в редакцию 03.03.2025, утверждена 10.08.2025, опубликована 30.09.2025.