

© 2019 г.

Л.М. МУХАРЯМОВА, Ж.В. САВЕЛЬЕВА

ДОСТУПНОСТЬ И СПРАВЕДЛИВОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ (в оценках населения и экспертов)

МУХАРЯМОВА Лайсан Музиповна – доктор политических наук, профессор Казанского государственного медицинского университета (l.mukharyamova@yandex.ru); САВЕЛЬЕВА Жанна Владимировна – доктор социологических наук, доцент Казанского (Приволжского) федерального университета (gedier@mail.ru). Обе – Казань, Россия.

Аннотация. В статье представлены основные направления научных дискуссий по вопросу здравоохранения для пожилых и данные социологического исследования, основанного на экспертном опросе, интервью и анкетировании. Старение населения актуализирует проблему равенства возможностей и доступности здравоохранения для людей пожилого возраста. Удовлетворенность этой группы здравоохранением зависит не только от институциональных характеристик здравоохранения, но и от доминирующих представлений о справедливости. Эксперты указывают на позитивные процессы повышения доступности высокотехнологичной помощи и негативные, связанные со снижением доступности лекарств и разделением здравоохранения по субъектам федерации. На снижение доступности здравоохранения указывают и данные опроса. Справедливость здравоохранения понимается пожилыми как равенство в распределении медицинских услуг. Однако при этом пожилые чаще, чем другие возрастные группы, указывают на несправедливость равного доступа к благам сферы здравоохранения состоятельных граждан, людей с теньвыми доходами и представителей социальноуязвимых групп.

Ключевые слова: социальная справедливость • равенство • здоровье • здравоохранение • пожилые

DOI: 10.31857/S013216250006663-2

Постановка исследовательской проблемы. Отрасль здравоохранения большинства развитых стран и обществ с переходной экономикой постоянно подвергается реформам. Это связано с рядом факторов: быстрое увеличение в структуре населения лиц пожилого возраста и их доли в показателях общей заболеваемости, усиление конкуренции за финансовые средства отраслей пенсионного обеспечения и здравоохранения, а также переход к модели неолиберальной политики с реализацией ее принципов экономической эффективности и подотчетности, независимого контроля качества и ориентации на потребителя.

Россия за последние три десятилетия пережила глубокие трансформации всей социальной сферы. Сложившийся режим социальной политики, как считает Е.Н. Данилова, имеет «кентаврический» (гибридный) характер, когда неолиберальная логика реформ исходит из приоритета рыночной эффективности, децентрализации и увеличения доли

платных услуг, с одной стороны, и укрепления авторитарного способа перераспределения ресурсов – с другой [Данилова, 2018: 54]. Эти процессы породили новые дискуссии относительно справедливого распределения ресурсов здравоохранения.

Дискурсивная фрагментация в истолковании справедливого здравоохранения возникает по линиям признания социальных детерминант здоровья и автономности личности, степени личной ответственности за поведение, имеющее риск для здоровья, соотношение равенства возможностей и равенства результатов, выбор ракурса измерений – неравенство между отдельными лицами или статусными группами [Мухарямова, Кузнецова, 2017].

Результаты национальных исследований оценки населением справедливости здравоохранения не получают однозначной интерпретации. Например, мнения относительно здравоохранения в странах Европейского Союза в большей степени формируются не столько индивидуальным опытом получения медицинской помощи, сколько под влиянием общесоциальных контекстов [Busse, 2013]. Другие авторы объясняют различия в оценке справедливости здравоохранения институциональными характеристиками: недостаточностью финансирования, высокими фактическими платежами и низким предложением медицинских услуг [Poric, 2018]. Общим является признание того, что люди дают более высокую оценку справедливости, когда к ним обращаются в соответствии с их потребностями в медицинской помощи независимо от демографических или социально-экономических характеристик [Gwatkin et al., 2004].

В последние годы вопрос об адекватном инструменте мониторинга благополучия пожилых, включая удовлетворенность здравоохранением, находится в центре внимания [Павлова, 2018; Crow, 2002; Park, 2016]. Зависимость оценок от возраста обнаруживает противоречивость: одни авторы находят в этой сфере доказательства нелинейного влияния возраста на воспринимаемое качество медицинской помощи [Nikoloski et al., 2013], другие подчеркивают, что пожилые здравоохранение оценивают выше, чем другие когорты [Blendon et al., 2001]. Во всех случаях исследователи видят необходимость борьбы со стереотипами о здоровье пожилых людей, преодоления установок, выражающихся как «просто старость». Пожилые пациенты с хроническими заболеваниями, более сложными потребностями в медицинской помощи могут оказаться нежелательными в организациях, ориентированных на высокую эффективность и быстрые обороты [Kydd et al., 2015]. Дискриминация в отношении здоровья пожилых людей, в свою очередь, способна привести к формированию у пациентов возрастных предубеждений и стереотипов, мешающих своевременному обращению за медицинской помощью [Allen, 2015; Chrisler, 2016]. Одновременная дискриминация пожилых людей на рынке труда приводит к снижению качества жизни, а потребности во внешней помощи со временем только увеличиваются [Григорьева, 2016: 127; Козина, 2018].

Особое звучание теме медицинского обеспечения пожилых людей в нашей стране придает провозглашенная политика, направленная на повышение средней продолжительности жизни в России до 78 лет к 2024 г. и до 80 лет к 2030 г. Очевидно, что речь при этом должна идти о здоровой старости, когда здоровье, позволяющее успешную экономическую занятость, будет не исключением, а нормой, но для государства, как считают специалисты, эта задача остается второстепенной и дорогостоящей [Григорьева, Сизова, 2018: 112; Григорьева, Келасьев, 2017: 245].

Таким образом, трансформации российского здравоохранения приводят к конфликту с укорененными идеалами справедливого здравоохранения и требуют реконфигурации ментальных структур и субъективных позиций. Поэтому рациональное, осознанное восприятие людьми государственной стратегии в этой сфере, повышение осведомленности о результатах реформ будет способствовать выстраиванию доверительных отношений между различными группами и разрушению барьеров.

Как пожилые люди и специалисты здравоохранения оценивают результаты изменений оказания медицинской помощи в контексте справедливости? Являются ли граждане страны старших возрастов приверженцами социалистических принципов организации

здравоохранения или их отношение к изменениям имеет деидеологизированный, деполитизированный и прагматический характер? Как они оценивают равенство в получении одинакового объема бесплатной помощи пенсионерами, детьми, инвалидами и трудоспособными, но официально не работающими гражданами, не делающими отчисления в государственные фонды? Должны ли получать бесплатную помощь те, кто имеет привычки или интересы, ведущие к рискам в отношении здоровья? Статья посвящена исследованию этих вопросов в региональном контексте на примере Татарстана и Марий Эл.

Дизайн исследования. Исследование проводилось в 2016–2018 гг. в Республике Татарстан (РТ) и Республике Марий Эл (РМЭ) с использованием методического инструментария, разработанного авторами. Эти регионы, находясь в сопоставимых природно-климатических условиях, обладают различным экономическим потенциалом, показателями социального развития и качества жизни населения. РТ является одним из неизменных лидеров рейтингов российских регионов, РМЭ находится, как правило, в последних десятках. Объектом исследования выступили эксперты и жители двух республик, предметом – социальные оценки и мнения относительно справедливости здравоохранения и проблем доступности.

В исследовании применена триангуляция качественных и количественных методов исследования. Проведены полуструктурированные интервью с представителями различных категорий населения в обеих республиках ($N = 33$), с экспертами в области организации здравоохранения ($N = 29$), фокус-группы с населением ($N = 10$) и медицинскими работниками ($N = 4$). Критерии отбора экспертов обусловлены задачей охватить опыт организации здравоохранения на региональном и муниципальном уровне, при этом учитывалась диспозиция эксперта – государственные функционеры, главврачи и рядовые медики, преподаватели медицинских вузов. С экспертами в РТ проведено 14 индивидуальных и три фокус-групповых интервью, в РМЭ – 10 индивидуальных и фокус-групповое интервью (общее количество опрошенных экспертов – 59). С представителями разных социально-демографических групп в РТ проведено 21 индивидуальное интервью и три фокус-группы, в РМЭ – 12 индивидуальных интервью и фокус-группа (общее количество опрошенных информантов – 133). Критериями отбора информантов среди населения были возрастные характеристики (молодежь, средний возраст – активное, трудоспособное население, пожилые), гендер, место жительства (столица, город, село). Часть информантов составили люди с особенностями здоровья (инвалиды) и жизненной ситуации (беженцы).

Интервьюирование позволило собрать репертуар значений справедливости среди экспертов и пациентов и выявить основные проблемы, связанные с обеспечением равенства возможностей. Все интервью и фокус-группы проводились с аудиозаписью для последующего анализа в соответствии с принципами обоснованной теории. На втором этапе эмпирическую базу исследования дополнили данные массового опроса ($N = 1021$), проведенного по многоступенчатой выборке с использованием на различных этапах стратифицированного отбора – отбора типового случая и квотного отбора с контролем по полу, возрасту¹ и месту проживания город/село.

Доступность здравоохранения для пожилых в оценках специалистов в области медицины и организации здравоохранения. Отмечая, что реформы здравоохранения привели к снижению доступности здравоохранения для пожилых людей в отдаленных регионах, сельской местности, в малых городах, эксперты указывают на важность признания позитивных результатов. Ориентация на приоритетное развитие высокотехнологичной медицины (в том числе, за счет сокращения огромного количества плохо оснащенных лечебных учреждений) изменила возможности излечения пожилых людей от заболеваний. Один из экспертов отмечает, что в 1990-е гг. в травматологии оперативная активность была в Татарстане 36%, в России в целом – 33%, сегодня – 95%: «Если раньше пожилые пациенты со сложными травмами были обречены на то, чтобы остаться в постели,

¹ Среди опрошенных было 24% представителей молодежи (18–30 лет), 32% людей среднего возраста (31–45), 27% людей старшего возраста (46–60) и 16% пожилых (старше 60 лет).

сегодня мы практически всех ставим на ноги» (эксперт 15, РТ). Врачи, работающие в сфере сердечно-сосудистой хирургии, неврологии и нейрохирургии, подтверждают такую тенденцию. Врач-кардиохирург подчеркивает, что в их учреждение, расположенное в Казани, для проведения сложных операций госпитализируется до 40% пациентов из районов республики, больше половины пациентов (примерно 60%) люди пенсионного возраста. «Мы сами выезжаем в районы, чтобы отобрать наших больных» (эксперт 16, РТ).

Расширению доступности высокотехнологичной помощи способствует развитие в стране сети федеральных центров со значительным объемом финансирования. Эксперт из РМЭ подчеркивает: «...операции на открытом сердце, нам значительно выгоднее экономически и полезнее для пациентов, чтобы мы их направили в другое учреждение за пределы республики» (эксперт 1, РМЭ). Федеральные центры в «глубинке», например, Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования в Чебоксарах или Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии в Пензе, по мнению экспертов, существенно расширили возможности для пациентов: «Татары привыкли считать, что в Казани все лучшее и неохотно едут в другие регионы, только в Москву. А для бедных регионов (а наша республика бедная) это возможность быстро получить эндопротез в соседней Чувашии» (эксперт 1, РМЭ). Барьером для реализации возможностей, предоставленных такими центрами, становятся не только транспортные затраты, но, главным образом, разделение здравоохранения «по субъектам федерации», сосредоточение средств обязательного медицинского страхования в территориальных органах. «В результате, – как отмечает эксперт, – мы все живем в Российской Федерации, но из региона в регион пациента нельзя просто так послать. Либо должна быть взаимная выгода, мы к вам посылаем с катарактой, а вы к нам направляете с какой-то другой патологией... раньше, когда у нас не хватало квот, мы направляли в Федеральный центр в Чебоксарах, но сегодня к нам тут же претензии из Минздрава [РТ. – Прим. авт.]: почему деньги из республики куда-то уходят» (эксперт 17, РТ). Такой проблемы специалисты в РМЭ не называли, отмечая, что сами жители часто для диагностики выбирают учреждения РТ: «Наши волжские говорят: ну, здесь в Волжске нормальных врачей нет, поеду в Зеленодольск или в Казань» (эксперт 3, РМЭ).

Врачи признают: политика, направленная на развитие высокотехнологичной и действенной медицинской помощи, отчасти, является проявлением рационализации, когда какие-то потребности людей, являющиеся малоэффективными с медицинской точки зрения, игнорируются: «Наши пожилые люди помнят, что еще в советское время люди ложились в больницу и неделями лечились от гипертонии, сегодня этого нет» (эксперт 16, РТ). Эксперт по организации здравоохранения подчеркивает, что количество терапевтических коек общего профиля в стационарах обеих республик за последние 15 лет снизилось в два раза, а эти койки занимали пожилые люди с хроническими заболеваниями: «Вся терапия стала неотложной, пожилой человек может попасть в стационар только с инфарктом и инсультом. Со всем остальным – в гериатрические кабинеты, а он один и только в Йошкар-Оле» (эксперт 9, РМЭ). «В РТ процесс сокращения коек проходил раньше и быстрее, в РМЭ, – как отмечает эксперт, – для резкого сокращения не были готовы. Поэтому у нас идет плановое сокращение – по несколько коек в год, чтобы это было безболезненно... и для персонала, ...и для пациентов» (эксперт 2, РМЭ). Интенсификация использования коечного фонда снизила доступность терапевтической помощи: «...чаще всего пожилым ставят диагноз астенический синдром, а с ним на гериатрическую койку. А они в Казани только в одном госпитале для ветеранов, кажется, еще собираются ввести в республиканской больнице» (эксперт 12, РТ). При отсутствии бесплатного обеспечения пожилых людей лекарствами, назначенными врачом, рассчитывать на аккуратный прием всех препаратов трудно. «Когда я сказал на диссертационном совете по кардиологии, что все ваши назначения дорогостоящих сердечных препаратов ничего не стоят, потому что у большинства пожилых нет на это средств, на меня обиделись» (эксперт 16, РТ).

По мнению экспертов, для пожилых людей барьерами являются расстояние до поликлиники, отсутствие транспорта или средств на проезд. «Если у сельского старика есть

дети или родственники, он может получить качественную медицину, обратившись сразу в крупные центры. Но если одинок – дело плохо, в деревне трудно на что-то рассчитывать» (эксперт 12, РМЭ). Специалисты считают, что в стране необходимо создать специальную гериатрическую службу, «потому что уровень заболеваемости, структура и особенности заболеваемости имеются как среди детского населения, так же и среди пожилого возраста» (эксперт 2, РТ). Такой вывод обосновывается и другими экспертами [Анисимов, 2017].

Мнение пожилых о справедливости и доступности здравоохранения. Массовый опрос в двух субъектах федерации показал, что среди всех опрошенных татарстанцы чаще положительно оценивают ситуацию в здравоохранении за последние 10 лет, нежели жители Марий Эл, однако среди последних выше доля населения, определяющего отрасль как справедливую [Савельева и др., 2018: 164–165]. Ответы городских и сельских жителей на оба вопроса не имели статистически значимых различий. 11,3% респондентов пожилого возраста оценивают здравоохранение как справедливое, 38,3% – как скорее справедливое, 32,2% – как скорее несправедливое, 18,3% – как несправедливое. Доля пожилых, указавших, что в основном получали бесплатные медицинские услуги за последние три года, составила 38%. Вариант ответа о получении в основном платных услуг выбрали лишь 7,3% пожилых респондентов. Аналогичные показатели для группы молодежи составили 30 и 17% соответственно. Эти результаты могут свидетельствовать о том, что, с одной стороны, пожилые в меньшей степени готовы использовать возможности частного здравоохранения, с другой – доступность платных медицинских услуг для пожилых ниже.

Согласно оценкам, высказанным в интервью и фокус-группах, пожилым недоступны платные услуги: «Направление дали к платному эндокринологу, но это дорого, не могу решить, что делать: идти или ждать бесплатного» (фокус-группа 1, РТ). При этом респонденты указывают на то, что опытные, знающие врачи перешли на работу в платные центры. Вторая причина низкого уровня обращаемости к платным услугам – это реальные, произошедшие с самим респондентом, или услышанные истории о «раскручивании» пожилых на деньги. «Я ходила на акцию против рака, проводил частный центр бесплатно... проктолог сказал, что у меня трещина и надо делать операцию... потом сходила к двум бесплатным врачам – не подтвердили» (фокус-группа 3, РТ). Во всех случаях, когда есть возможность ждать, пожилые люди ждут приема в государственной поликлинике: «По два месяца там по талону. К окулисту ходила, но там три месяца ждала, дали талон, и потом ждала» (информант 5, РТ).

Около 40% опрошенных из РТ и РМЭ отметили, что ситуация в здравоохранении стала в чем-то лучше, в чем-то хуже, около 43% заметили в разной степени улучшение, однако 17% участников опроса указали на ухудшение ситуации в здравоохранении в целом за последние три года. Среди пожилых доля констатирующих ухудшение ситуации в здравоохранении своего региона значимо выше – 26% ($\chi^2 = 36,382$ при $p < 0,001$) (рис.).

Улучшение ситуации пожилые, как и эксперты, связывают, прежде всего, с развитием высокотехнологичной медицины: «Мой знакомый попал под трамвай... Его с нуля собрали в

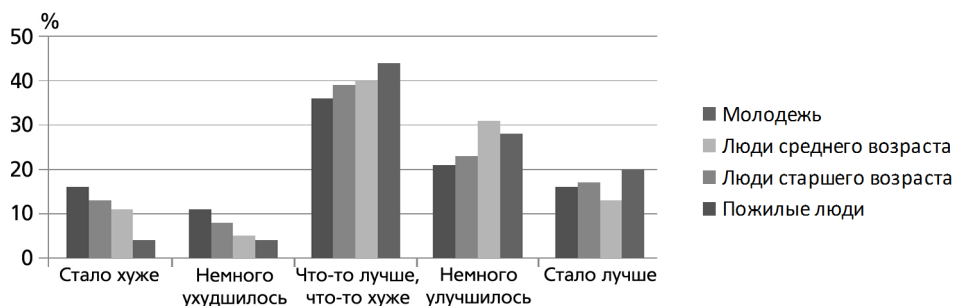


Рис. Как вы оцениваете состояние здравоохранения и медицины за последние 10 лет (в % от числа респондентов в каждой группе)

то же самое состояние в 7 больнице» (фокус-группа 3, РТ). Респонденты отмечают, что в последние 10 лет медицина «продвинулась», «перелом шейки бедра оперируют и поднимают в 80–90 лет, раньше таких не брали», «сейчас всех берут». Респонденты резюмируют: «Тенденция государственной медицины сегодня – лечить пожилых, чтобы люди не доходили до инфаркта и инсульта» (фокус-группа 3, РТ). Позитивным изменением, судя по оценкам, стала возможность получать высокотехнологичную помощь в других регионах. Пенсионеры, находящиеся в хорошей физической форме, отмечают, что «не надо ждать очереди в офтальмологическую клинику в Казани, можно поехать в Чебоксары и там сделать бесплатную операцию» (информант 23, РТ).

Пожилые пациенты испытывают проблемы с доступностью здравоохранения в ситуациях, когда врачи списывают заболевания на старость (30%), не имеют возможности получить консультации у специалиста (27%) или их отправляют к платному врачу (18%). Пожилые относятся к отрицательным изменениям в здравоохранении наращивание объемов платных услуг в государственных поликлиниках. «Приходишь к себе в поликлинику, они дают направление в Йошкар-Олу на платное УЗИ» (информант 5, РМЭ). Людям не понятно, почему диагностические процедуры по полису ОМС возможны только через 3–4 недели, а платно – в день и час обращения. Такие различия в доступности медицинской помощи создают ощущение нарушения справедливости, с одной стороны, и ассоциируются с коррупцией – с другой. «Мы всю жизнь работали и платили все налоги... а сейчас в нашу поликлинику приходят наглые молодые, платят какие-то деньги и сразу идут на УЗИ. А нам велят ждать 2 недели» (информант 24, РТ). Респонденты резюмируют: «Вот эти все государственные больницы, они ведь тоже сейчас платные» (фокус-группа 1 РМЭ). Проблемой становится невозможность выполнения назначения врача из-за стоимости лекарств: 42% пожилых респондентов указали, что им приходилось самостоятельно приобретать лекарства и материалы в стационарах.

В целом около 45% респондентов отметили, что в течение последних трех лет пользовались как платными, так и бесплатными услугами примерно поровну. Данный вариант ответа выбрали 44% пожилых. Такая высокая доля респондентов, использующих платные медицинские услуги наряду с бесплатными актуализирует вопрос о причинах обращения к платной медицине. Очередь и длительное время ожидания бесплатной медицинской услуги стали причиной для обращения пожилых к платной медицине в 45% случаев, советы знакомых – в 10%. Ответы на этот вопрос не имеют статистически значимых различий среди возрастных групп, в отличие от следующей причины – недоверия. Обращение за платной помощью по причине более высокого уровня доверия к платным клиникам распространено среди молодежи и людей среднего возраста (19 и 15,4% соответственно), а среди людей пенсионного возраста этот мотив отметили лишь 7,4% опрошенных. По причине более доброжелательного отношения к пациентам платные медуслуги выбирают 24% людей молодого и среднего возраста и всего 14% пожилых.

Важным моментом для определения актуальной модели справедливости в здравоохранении в континууме между социальной и либеральной является критерий о связи доступности благ здравоохранения с «пользой» пациента. Например, трудоспособные граждане могут следовать или не следовать моделям самосохранительного поведения, делать перечисления в социальные фонды или скрывать доходы. Должны ли они при этом иметь одинаковый объем медицинских услуг? В широком смысле нас интересовало мнение в отношении вопроса – равенство в здравоохранении справедливо или несправедливо? Он был кодифицирован в серию утверждений, которым респонденты давали оценку, выбирая из пяти позиций от полного согласия до абсолютного несогласия.

С утверждением о том, что гарантированную государством медпомощь все пациенты должны получать в одинаковом объеме, полностью согласны около 81%, скорее согласны – около 12%. Распределение оценок среди пожилых не имеет статистически значимых различий по сравнению с другими возрастными группами, чего нельзя сказать о тех аспектах, которые затрагивают теневые модели получения вознаграждения за труд.

«Если гражданин получает зарплату в “конверте”, неофициально, то его доступ к бесплатным медуслугам должен быть ограничен». Высказывание маркирует дифференцированный

подход к объему медуслуг для граждан с «белой» и «черной» зарплатой, имеющим разную «ценность» для системы. Позицию «полностью согласен» и «скорее согласен» заняло по 12% респондентов, «и согласен, и не согласен» – 15%, «скорее не согласен» – 15%, «абсолютно не согласен» – 46%. Причем, среди пожилых статистически значимо выше доля согласных с утверждением (в совокупности 37%) по сравнению с молодыми возрастными (среди молодежи таковых 17%). Такое распределение говорит, скорее, о непринятии пожилыми теневой занятости, нежели о либеральном понимании справедливости, в то время как люди молодого и среднего возраста лояльно относятся к подобной ситуации.

О неприятии пожилыми ситуации отсутствия легальных и честных отчислений свидетельствует также распределение ответов и на вопрос по поводу введения для такой категории граждан частичной платы за полис ОМС. Именно среди пожилых самая высокая доля согласных с данной мерой – 30%, среди молодых она составляет лишь 16%.

В интервью и фокус-группах высказывались разные суждения: от полного неприятия социального обеспечения неработающих, до перекалывания ответственности на государство: «Государство само не обеспечивает людей работой, поэтому и терпит» (уклонение от налогов) (фокус-группа 3, РТ); или «он, например, не может устроиться, обстоятельства разные бывают... это несправедливо, медицинская помощь должна оказываться всем» (фокус-группа 1, РМЭ).

Респондентам было представлено утверждение, характеризующее ситуацию неравенства в здравоохранении в пользу расширения бесплатных услуг для слабых категорий населения и введения правила самостоятельной оплаты медуслуги обеспеченными – средним классом и богатыми. Если среди людей молодого и среднего возраста идея не нашла поддержки и доля несогласных в совокупности составила 78% и 60% соответственно, то в группе пожилых несогласие высказали лишь 53% опрошенных, около 36% в разной степени ее поддержали.

Взаимосвязь между возрастом респондентов и представлениями о справедливости меньшего объема бесплатных услуг для состоятельных проявились и в другом вопросе. Если около 71% молодежи и людей среднего возраста считают, что состоятельные граждане нуждаются в таком же объеме медицинских услуг как другие граждане, то среди пожилых таких лишь 46%. Каждый четвертый респондент старшего возраста (22%) полагает, что медуслуг для состоятельных должно быть меньше, 25% затруднились ответить.

Утверждение о необходимости полного бесплатного медобслуживания детей, пенсионеров, инвалидов и возможной оплате медуслуг работающими также статистически значимо отличало возрастную группу пожилых, среди которых 27% идею поддержали, 59% отвергли, в то время как среди людей молодого и среднего возраста несогласие высказали 80 и 83% соответственно.

Таким образом, несмотря на то что 83% пожилых участников опроса указывали на необходимость равенства в здравоохранении, они чаще других соглашались с идеями неравного распределения в отношении неофициально работающих граждан и людей с высоким достатком в пользу социально уязвимых групп населения.

Выводы. Реалии сегодняшнего времени, связанные со старением населения, диктуют насущную потребность исследования ситуации равенства и доступности здравоохранения для пожилых и ее субъективного отражения в сознании данной категорией населения. Российская ситуация в сфере здравоохранения обладает как особенностями социально-политического наследия, так и институциональной спецификой «гибридных» изменений. Поэтому для развития общества важно и отношение общества к пожилым, и самоидентификация пожилых, восприятие коридора возможностей [Григорьева, 2016: 155].

Институциональные формы охраны здоровья претерпевают изменения. С одной стороны, происходит рационализация, в частности в сфере предоставления высокотехнологичной помощи, что существенно, как отмечают эксперты и пациенты, улучшает качество жизни и здоровья пожилых. С другой, оптимизация приводит к проблемам с транспортной и экономической доступностью, когда услуги стационара все чаще замещаются рецептом на дорогостоящие лекарства, средств на приобретение которых у пожилых людей недостаточно.

Результаты эмпирического исследования выявили специфику оценки доступности и справедливости здравоохранения людьми старшего возраста двух регионов. Пожилые более негативно оценивают ситуации в здравоохранении за последние три года. Среди пожилых ниже доля тех, кто имел возможность обращаться к услугам частного здравоохранения. При этом среди тех, кто обращался, реже присутствует такой мотив выбора платных медицинских услуг, как доброжелательность и доверие, что отличает пожилых от других возрастных когорт.

Можно утверждать, что пожилые люди часто попадают в ситуацию депривации, не имея возможности пользоваться платными медицинскими услугами и покупать дорогостоящие лекарства. В таких условиях около половины опрошенных пожилых людей называют сложившуюся ситуацию в здравоохранении несправедливой.

Разделяя дистрибутивную установку на равенство в сфере предоставления медицинских услуг (80%), пожилые чаще представителей других возрастных групп поддерживают идею утверждения разных объемов медицинской помощи слабoresурсным и состоятельным гражданам, а также трудоспособным, но не работающим людям.

Однако такое отношение вряд ли можно расценивать как мотивированное в каких-то эксплицитных политико-идеологических терминах. На наш взгляд, речь идет о желании пожилых более полного учета их социально-экономического статуса при принятии решений о трансформациях системы организации здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Анисимов В.Н. и др. Новый этап развития геронтологии и гериатрии в России: проблемы создания системы гериатрической помощи. Часть 2. Структура системы, научный подход // Успехи геронтологии. 2017. Т. 30. № 2. С. 158–168.
- Везрманн Р., Хелемяэ Е. Оценка здоровья мужчинами и женщинами в России, Эстонии, Литве и Финляндии // Социологические исследования. 2016. № 7. С. 109–118.
- Вялых Н.А. Факторы воспроизводства социального неравенства в сфере потребления медицинских услуг // Социологические исследования. 2015. № 11. С. 126–132.
- Григорьева И.А. Смена парадигмы в понимании старения // Социологические исследования. 2016. № 11. С. 154–155.
- Григорьева И.А., Келасев В.Н. Архаические стереотипы и новые сценарии понимания старения // Успехи геронтологии. 2017. Т. 30. № 2. С. 243–247.
- Григорьева И.А., Сизова И.Л. Траектории старения женщин в современной России // Мир России. 2018. № 2. С. 109–135. DOI: 10.17323/1811-038X-2018-27-2-109-135.
- Данилова Е.Н. Трансформации социальной политики и дискурса социальной справедливости в России // Мир России. 2018. № 2. С. 36–61. DOI: 10.17323/1811-038X-2018-27-2-36-61.
- Козина И., Зангиева И. Государственное и рыночное регулирование трудовой активности пенсионеров // Журнал исследований социальной политики. 2018. № 1. С. 7–22. DOI: 10.17323/727-0634-2018-16-1-7-22.
- Комарова Ю.М. Медицина в условиях бедности: технология и этика распределения // Медицинские новости. 2015. № 5. С. 43–45.
- Мухарямова Л.М., Кузнецова И. Б. Равенство и справедливость в отношении здоровья: к поиску аналитических инструментов оценки // Журнал исследований социальной политики. 2017. № 4. С. 651–659. DOI: 10.17323/727-0634-2017-15-4-651-659.
- Павлова И.А. и др. Российский индекс благополучия старшего поколения: методология, методика, апробация // Журнал исследований социальной политики. 2018. № 1. С. 23–36. DOI: 10.17323/727-0634-2018-16-1-23-36.
- Савельева Ж.В., Мухарямова Л.М., Кузнецова И.Б. Социальная справедливость в здравоохранении: опыт и оценки россиян // Мир России. 2018. № 3. С. 154–179. DOI: 10.17323/1811-038X-2018-27-3-154-179.
- Шкаратан О.И. Социально-экономическое неравенство в современном мире и становление новых форм социального расслоения в России // Мир России. 2018. № 2. С. 6–35. DOI: 10.17323/1811-038X-2018-27-2-6-35.
- Allen J.O. Ageism as a Risk Factor for Chronic Disease // Gerontologist. 2016. No. 56(4). P. 610–614.
- Blendon R.J. Americans' Views on Health Policy: a Fifty-year Historical Perspective // Health Affairs. 2001. No. 2. P. 33–46.

- Borisova L.V., Rydland H.T. et al. Public Evaluation of Health Services across 21 European Countries: The Role of Culture // *Scandinavian Journal of Public Health*. 2017. No. 45(2). P. 132–139.
- Busse R. Understanding Satisfaction, Responsiveness and Experience with the Health System // *Health System Performance Comparison: An Agenda for Policy, Information and Research*. New York: Open University Press, 2013. P. 255–280.
- Chrisler J.C., Barney A., Palatino B. Ageism Can be Hazardous to Women's Health: Ageism, Sexism, and Stereotypes of Older Women in the Healthcare System // *Journal of Social Issues*. 2016. No. 1. P. 86–104.
- Crow R., Gage H., Hampson S., Hart J., Kimber A., Storey L., Thomas H. The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for Practice from a Systematic Review of the Literature // *Health Technology Assessment*. 2002. No. 6(32).
- Gwatkin D.R., Bhuiya A., Victora C. Making Health Systems More Equitable // *The Lancet*. 2004. No. 364(9441). P. 1273–1280.
- Kydd A., Fleming A. Ageism and Age Discrimination in Health care: Fact or Fiction? A Narrative Review of the Literature // *Maturitas*. 2015. No. 4. P. 432–438.
- Neagu O.M. et al. Addressing Health Inequalities by Using Structural Funds. A Question of Opportunities // *Health Policy*. 2017. No. 3. P. 300–306.
- Nikoloski Z., Mossialos E. Corruption, Inequality and Population Perception of Healthcare Quality in Europe // *BMC Health Services Research*. 2013. No. 1. P. 472.
- Park S., Kim B.R., Kim S. Poverty and Working Status in Changes of Unmet Health Care Need in Old Age // *Health Policy*. 2016. No. 6. P. 638–645.
- Popic T., Schneider S.M. An East–West Comparison of Healthcare Evaluations in Europe: Do Institutions Matter? // *Journal of European Social Policy*. 2018. Vol. 28. P. 517–534.
- Schneider S., Popic T. Cognitive Determinants of Healthcare System Evaluations – A Comparison of Eastern and Western European Countries // *Health Policy*. 2018. No. 122(3). P. 269–278.

Статья поступила: 01.08.18. Финальная версия: 28.03.19. Принята к публикации: 19.07.19.

AVAILABILITY AND FAIRNESS OF HEALTH PROTECTION FOR ELDERLY PEOPLE (in Popular and Experts Assessments)

MUKHARYAMOVA L.M.*, SAVELEVA Zh.V.**

*Kazan State Medical University, Russia; **Kazan (Volga region) Federal University, Russia

Laissan M. MOUKHARYAMOVA, Dr. Sci. (Polit.), Prof., Kazan State Medical University (l.mukharyamova@yandex.ru); Zhanna V. SAVELEVA, Dr. Sci. (Sociol.), Assist. Prof., Kazan (Volga region) Federal University (gedier@mail.ru). Both – Kazan, Russia.

Acknowledgements. The article was supported by RFBR, project No. 16-03-00579a.

Abstract. The article presents main prospects of academe discussions on health care for the elderly and the data of sociological research based on an expert survey and mass questionnaire in two Russian regions: Republic of Tatarstan and Republic of Mari El. Health care in Russia contains both the features of political heritage incorporated into ideological attitudes of the elderly population and the institutional specificity of «hybrid» changes, when neo-liberal health care reforms are accompanied by increasing in state regulation. The perception of social justice by social groups affects the degree of satisfaction with health, the indicators of which are used not only for system operation assessment, but also for evaluation of activities of central and regional authorities. Experts indicate positive processes of increasing access to high-tech care and healthcare efficiency, and negative ones related to decline in medication accessibility and division of health by territorial entities. The survey data also indicate a decrease of accessibility.

About half of the surveyed elderly people consider current health care system in Russia fair, the other half – unfair. Dividing distribution mindset into equal allocation of medical care among citizens (80%), elderly people nevertheless more often argue for the need of inequality than the representatives of other age groups by means of special health support for low-resource population groups as against those who are solvent, and for limiting medical services citizens with shady employment.

Keywords: social justice, equality, health, health care, the elderly.

REFERENCES

- Allen J.O. (2016) Ageism as a Risk Factor for Chronic Disease. *Gerontologist*. Vol. 56. No. 4: 610–614.
- Anisimov V.N. et al. (2017) A New Stage of Development of Gerontology and Geriatrics in Russia: Problems of Creation of a Geriatric Care System. Part 1. Relevance, Regulatory Infrastructure. *Uspekhi gerontologii* [Advances in Gerontology]. T. 30. No. 2: 158–166. (In Russ.)
- Blendon R.J., Benson J.M. (2001) Americans' Views on Health Policy: a Fifty-year Historical Perspective. *Health Affairs*. No. 2: 33–46.
- Borisova L.V., Rydland H.T. (eds) (2017) Public Evaluation of Health Services across 21 European Countries: The Role of Culture. *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol. 45. No. 2: 132–139.
- Busse R. (2013) Understanding Satisfaction, Responsiveness and Experience with the Health System. In: *Health System Performance Comparison: An Agenda for Policy, Information and Research*. New York: Open University Press: 255–280.
- Chrisler J.C., Barney A., Palatino B. (2016) Ageism Can Be Hazardous to Women's Health: Ageism, Sexism, and Stereotypes of Older Women in the Healthcare System. *Journal of Social Issues*. No. 1: 86–104.
- Crow R., Gage H., Hampson S., Hart J., Kimber A., Storey L., Thomas H. (2002) The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for Practice from a Systematic Review of the Literature. *Health Technology Assessment*. Vol. 6. No. 32.
- Danilova E. (2018) Transformations in the Welfare Regime and Discourse on Social Justice in Russia. *Mir Rossii* [Universe of Russia]. Vol. 27. No. 2: 36–61. DOI: 10.17323/1811-038X-2018-27-2-36-61. (In Russ.)
- Grigoryeva I.A. (2016) Paradigm Shift in Understanding Aging. *Sociologicheskie issledovaniya* [Sociological Studies]. No. 11: 154–155. (In Russ.)
- Grigoryeva I.A., Kelasev V.N. (2017) Archaic Stereotypes and Modern Approaches for Understanding of Ageing. *Uspekhi gerontologii* [Advances in Gerontology]. T. 30. No. 2: 243–247. (In Russ.)
- Grigorieva I., Sizova I. (2018) Aging Trajectories of Women in Modern Russia. *Mir Rossii* [Universe of Russia]. Vol. 27. No. 2: 109–135. DOI: 10.17323/1811-038X-2018-27-2-109-135. (In Russ.)
- Gwatkin D.R., Bhuiya A., Victora C.G. (2004) Making Health Systems More Equitable. *The Lancet*. Vol. 364. No. 9441: 1273–1280.
- Kozina I., Zangieva I. (2018) State and Market Regulation of Labour Activity of Old-age Pensioners. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki* [The Journal of Social Policy Studies]. Vol. 16. No. 1: 7–22. DOI: 10.17323/727-0634-2018-16-1-7-22. (In Russ.)
- Kydd A., Fleming A. (2015) Ageism and Age Discrimination in Health Care: Fact or Fiction? A Narrative Review of the Literature. *Maturitas*. No. 4: 432–438.
- Mukharyamova L.M., Kuznetsova I.B. (2017) Health Equality and Justice: Searching for Analytical Tools in Evaluating Healthcare. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki* [The Journal of Social Policy Studies]. No. 4: 651–659. DOI: 10.17323/727-0634-2017-15-4-651-659. (In Russ.)
- Neagu O.M. et al. (2017) Addressing Health Inequalities by Using Structural Funds. A Question of Opportunities. *Health Policy*. No. 3: 300–306.
- Nikoloski Z., Mossialos E. (2013) Corruption, Inequality and Population Perception of Healthcare Quality in Europe. *BMC Health Services Research*. No. 1: 472.
- Park S., Kim B.R., Kim S. (2016) Poverty and Working Status in Changes of Unmet Health Care Need in Old Age. *Health Policy*. No. 6: 638–645.
- Pavlova I., Monastyrny E., Gumennikov I., Barysheva G. (2018) The Russian Elderly Well-being Index (REWI): Methodology, Methods, Approval. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki* [The Journal of Social Policy Studies]. Vol. 16. No. 1: 23–36. DOI: 10.17323/727-0634-2018-16-1-23-36. (In Russ.)
- Popic T., Schneider S.M. (2018) An East–West Comparison of Healthcare Evaluations in Europe: Do Institutions Matter? *Journal of European Social Policy*. Vol. 28: 517–534.
- Saveleva Zh., Mukharyamova L., Kuznetsova I. (2018) Social Justice in Healthcare in the Experiences and Judgments of Russians. *Mir Rossii* [Universe of Russia]. Vol. 27. No. 3: 154–179. DOI: 10.17323/1811-038X-2018-27-3-154-179. (In Russ.)
- Schneider S., Popic T. (2018) Cognitive Determinants of Healthcare System Evaluations. A Comparison of Eastern and Western European Countries. *Health Policy*. Vol. 122. No. 3: 269–278.
- Shkaratan O. (2018) Socio-economic Inequality in the Modern World and the Forming of New Kinds of Social Stratification in Russia. *Mir Rossii* [Universe of Russia]. Vol. 27. No. 2: 6–35. DOI: 10.17323/1811-038X-2018-27-2-6-35. (In Russ.)
- Vöörman R., Helemäe E. (2016) Health Gender Self-ratings in Russia, Estonia, Lithuania, and Finland. *Sociologicheskie issledovaniya* [Sociological Studies]. No. 7: 109–118. (In Russ.)
- Vialykh N.A. (2015) Factors of Social Inequality Reproduction in the Sphere of Medical Services Consumption. *Sociologicheskie issledovaniya* [Sociological Studies]. No. 11: 126–132. (In Russ.)