

DOI: 10.15838/esc.2025.2.98.10

УДК 614.2, ББК 51.1:51.9

© Калашников К.Н.

Доступность и качество медицинской помощи для пожилого населения как особой социально-демографической группы

**Константин Николаевич****КАЛАШНИКОВ**

Вологодский научный центр Российской академии наук

Вологда, Российская Федерация

e-mail: konstantino-84@mail.ru

ORCID: 0000-0001-9558-3584; ResearcherID: I-9519-2016

Аннотация. В статье обсуждается проблема качества и доступности медицинской помощи для пожилого населения современной России. На основе литературных источников и данных социологических исследований обосновываются высокий уровень и особый характер потребностей лиц старшего возраста в медицинском обслуживании. Цель исследования — оценка качества и доступности медицинской помощи для пожилого населения Вологодской области в сравнении с другими возрастными группами, а также в разрезе частного и государственного секторов здравоохранения. Информационной базой послужили данные социологических опросов населения Вологодской области, собранные в течение 2018–2024 гг., что обеспечило возможность проследить динамику мнений респондентов, в том числе в условиях пандемии COVID-19. Качество и доступность медицинской помощи оцениваются через соответствующие индексы, что позволяет осуществлять интерпретацию данных с помощью графической визуализации результатов в двумерном поле оценок. На основе проведённого анализа выявлены варианты сопряжения и дихотомии между параметрами доступности и качества медицинской помощи, отражающие как общие для разных возрастных групп черты, так и значимые различия. Практическую ценность и особую актуальность полученным результатам придаёт их соотнесённость с практиками коммерциализации здравоохранения, разделение оценок респондентов между государственными и частными медицинскими организациями. Новизна проведённого исследования состоит в апробации альтернативного методического подхода к оценке качества и доступности медицинской

Для цитирования: Калашников К.Н. (2025). Доступность и качество медицинской помощи для пожилого населения как особой социально-демографической группы // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. Т. 18. № 2. С. 180–193. DOI: 10.15838/esc.2025.2.98.10

For citation: Kalashnikov K.N. (2025). Healthcare access and quality for older adults as a special socio-demographic group. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*, 18(2), 180–193. DOI: 10.15838/esc.2025.2.98.10

помощи с выявлением возрастных различий и особого характера реагирования пожилых пациентов на изменения в здравоохранении в контексте пандемии COVID-19.

Ключевые слова: пожилое население, доступность медицинской помощи, качество медицинской помощи, здравоохранение, государственный сектор, частный сектор, Вологодская область.

Благодарность

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-78-10128, <https://rscf.ru/project/23-78-10128/>.

Введение

В первой четверти XXI века не только подтвердилась обоснованность многих высказанных ранее и связанных с динамикой народонаселения планеты опасений, но и появились новые большие эпидемиологические вызовы, на которые человечеству придётся реагировать в ближайшие десятилетия (Fulmer et al., 2021). Так спрогнозированная тенденция старения населения может привести к ещё большим, чем ожидалось, негативным последствиям для общества и экономики, если будет сопровождаться возникновением таких серьёзных угроз, как пандемия COVID-19 (Григорьева, Богданова, 2020).

Особую актуальность в этом контексте приобретают проблемы старшего поколения. И хотя права пожилого населения на достойные условия жизни не отличаются от таковых для других социально-демографических групп, люди старших возрастов по причине физиологических, психологических и других особенностей требуют внимательного и деликатного отношения к себе (Федин и др., 2020). Особенно это касается сферы охраны здоровья. В одной из недавно опубликованных работ, посвящённых данной проблеме, были выявлены барьеры доступности медицинской помощи, которые можно разделить на общие для всех возрастных категорий (отсутствие нужных специалистов, неудобный график работы учреждений, необходимость оплачивать отдельные процедуры) и специфические, создающие трудности в посещении медицинских учреждений именно для пожилых людей и лиц с ограниченными возможностями (отсутствие в поликлинике условий для лиц с ходунками, на колясках) (Чукавина и др., 2024).

Старший возраст характеризуется повышенным риском развития заболеваний сердечно-

сосудистой системы, новообразований, снижением резистентности организма к инфекциям, прочими сопутствующими ограничениями. Физическая и психологическая уязвимость составляют специфическую характеристику этой возрастной группы, а организация для её представителей широкого доступа к медицинской помощи должного качества выступает важнейшим пунктом в системе достижения здоровой или благополучной старости (Землянова, 2024; Белехова и др., 2024). В связи с этим и медицинская помощь как социальный ресурс, и материальные объекты, которые являются источником её получения (например, здания поликлиник), с позиций материальной геронтологии рассматриваются в качестве важных атрибутов повседневности и среды (Галкин, 2021). Перед всеми странами мира сегодня стоят серьёзные задачи по обеспечению своевременного и пропорционального ответа на растущие потребности пожилого населения в медицинской помощи и долговременном уходе. Базовыми индикаторами эффективности систем здравоохранения должны стать два: доступность медицинской помощи, отражающая саму возможность её получить, и качество, характеризующее квалификацию медицинского персонала и результативность оказанной помощи, её соответствие передовым достижениям медицинской науки.

Вместе с тем мониторинг качества и доступности медицинской помощи на уровне организаций и территорий встречается с рядом сложно разрешимых методологических и инструментальных проблем. Важнейшая из них касается неоднозначности содержания и понимания обсуждаемых категорий. Часто эти термины принимаются как синонимичные, но нередко случаи, когда их рассматривают в качестве эле-

ментов друг друга. Вместе с тем есть основания предполагать, что наибольшей аналитической ценностью будет обладать подход к интерпретации качества и доступности медицинской помощи, опирающийся на их оппозицию. Именно он был применён в данной статье. Для этого разработан и апробирован инструментарий оценки доступности и качества медицинской помощи в региональном измерении. Цель исследования — анализ субъективных оценок качества и доступности медицинской помощи со стороны пожилых жителей региона как социальной группы, характеризующейся высокой потребностью в этих благах и особой чувствительностью к их дефициту.

Теоретические аспекты

В настоящем исследовании внимание уделяется двум важным теоретическим предпосылкам. Во-первых, методологическим и инструментальным возможностям и ограничениям оценки доступности и качества медицинской помощи на уровне популяции и территории. Во-вторых, специфике потребностей, ценностных установок и, вероятно, особого восприятия медицинской помощи представителями пожилого населения как социально-демографической группы. С возрастом вероятность приобрести хроническую патологию или какую-то форму функциональных ограничений, как недостаток подвижности и силы, утрата зрения или слуха, потеря способности к общению или снижение когнитивных функций, инвалидность, возрастает. Нарушение координации движений повышает риски получения других травм и увечий, например, при падениях или в дорожно-транспортных происшествиях, при этом становясь препятствием для выздоровления. Это показывает специфичность пожилого населения как социально-демографической категории, требующей дополнительного внимания со стороны общества, государства и медицинских служб. Неслучайно в современной практике управления всё больше распространяются концепции, связанные с отзывчивостью систем здравоохранения к проблемам и особым потребностям пожилых людей¹ (Lehning, De Biasi, 2018).

¹ Amanda J. Lehning and Anne De Biasi. Creating an Age-Friendly Public Health System: Challenges, Opportunities, and Next Steps. 2018. 18 p.

Эта специфика выражается в необходимости комплексного подхода к ведению пожилых людей, особенно в случаях присутствия дисфункциональных нарушений, при оказании помощи в условиях медицинских учреждений (Мелконян и др., 2021; Исаев и др., 2022). В издании, опубликованном Статистическим комитетом при совете министров стран Северной Европы (NOMESCO), предложены и апробированы в рамках сравнительного анализа стран Северной Европы показатели качества медицинской помощи, учитывающие специфику пожилых как особой категории пациентов². Однако авторы отчёта сосредоточивают внимание на узкой категории диагнозов и видов медицинских услуг, оказываемых в условиях стационара, что придаёт оценке конкретность, но ограничивает её информативность применительно ко всему пожилому населению, которое обладает заведомо различными характеристиками здоровья и потребностями в медицинском обслуживании.

Особого внимания требует проблема трактовки понятий «доступность» и «качество». Она становится очевидной уже на уровне обзора российского федерального законодательства в сфере охраны здоровья населения. Так, в тексте N 323-ФЗ РФ составляющие доступности медицинской помощи строго не отделены от критериев её качества (Статья 10. «Доступность и качество медицинской помощи»)³. При анализе нормативного регулирования деятельности по оценке качества и доступности медицинской помощи также обнаруживается ряд заложенных в них противоречий и ограничений, что затрудняет разработку и эффективную реализацию мер по обеспечению этих важнейших критериев (Коломийченко, 2020). Возможности и ограничения количественной оценки качества и доступности медицинской помощи имеют некоторые отличия. Так, принято считать, что доступность более, чем качество, поддаётся измерению, особенно если речь идёт о социологических опросах населения, предполагающих субъективизм восприятия и, следовательно, оценки. Доступность же медицинских служб

² Health and health care of the elderly in the Nordic Countries — from a statistical perspective. Nordic Medico-Statistical Committee. Copenhagen, 2017. 170 p.

³ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011.

достаточно успешно формализуется в ряде составляющих, выделенных Д. Питерсом (Peters et al., 2008). Например, географическая доступность медицинской помощи может оцениваться на основе расстояния, разделяющего потребителя и поставщика, а также качества работы транспорта и ряда контекстуальных нюансов, финансовая доступность — на основе желаний и возможностей пользователей оплачивать предоставляемые услуги, наличием страховых инструментов защиты от экономических последствий расходов на здравоохранение (Локосов и др., 2024). Финансовая доступность приобретает особую актуальность вследствие широкой коммерциализации отрасли, а также с учётом установленной российскими исследователями связи между материальным благополучием и медицинской активностью (Кислицина, Чубарова, 2023). Пожилые люди в этом отношении попадают в категорию повышенного риска (Мухарьмова, Савельева, 2019). С развитием информационных технологий доступность получила и «цифровое» измерение. Так, наличие телемедицинских технологий и опции дистанционного консультирования уже дополняют перечень аспектов доступности медицинской помощи для населения (Медведева и др., 2022). Однако проработанность структуры доступности медицинской помощи не отменяет сложности установления границ при проведении соответствующих оценок.

Качество медицинской помощи или услуг как объект измерений обладает рядом принципиальных ограничений. В большинстве случаев они обусловлены асимметричной информацией, описанной как экономический феномен К. Эрроу и Дж. Акерлофом (Arrow, 1963; Akerlof, 1970). В случае смешанных систем здравоохранения, которые характерны для большинства стран мира, ситуация усугубляется несепарированностью рынков медицинских услуг, что затрудняет поиск и анализ информации о разных альтернативах лечения для пациентов. В результате оценка качества выходит за рамки когнитивных возможностей потребителя. В целях нивелирования информационной асимметрии применяются меры административного характера, прежде всего стандартизация и лицензирование. Оценка качества осуществляется в контексте анализа адекватности

маршрутизации и следования протоколам лечения. Могут включаться и неформальные составляющие контроля — моральные установки и ориентиры. Вместе с тем субъективные оценки, если оговариваются упомянутые выше ограничения интерпретации, также могут иметь место при соответствующих методологических и методических оговорках. Так, опрос об удовлетворённости качеством помощи применяется не только на уровне популяции, но и на микроуровне. Например, Л.В. Мамедова описывает практику оценки качества медицинской помощи после проведения оперативных вмешательств в отделениях стационаров отохирургии. Оценка проводится как со стороны персонала, так и со стороны пациентов через динамику показателей их качества жизни и психоэмоционального состояния пациентов (Мамедова, 2012). Заметим, что доступность в этом случае было бы разумно оценить через ответы на вопрос о длительности ожидания плановой операции, транспортной удалённости больницы и пр.

Однако особенно важным представляется то, каким образом категории «доступность» и «качество» могут и должны соотноситься друг с другом в контексте анализа политики и качества управления в здравоохранении. Анализ источников позволил выявить три альтернативных подхода к трактовке связей между доступностью и качеством медицинской помощи.

1. Доступность и качество принимаются если и не как синонимичные понятия, то, во всяком случае, смежные и взаимно сообщающиеся (Царик и др., 2017).

2. Доступность рассматривается как элемент и критерий качества (Шарабчиев, Дудина, 2013).

3. Категории «качество» и «доступность» разделяются, но при этом анализируются параллельно, ведётся поиск вариантов их сопряжения или дихотомии, что особенно важно в условиях сосуществования государственного и частного секторов в здравоохранении. Именно данный подход обладает наибольшей аналитической ценностью. Одним из ярких примеров его успешной апробации видится исследование субъективных оценок доступности и качества медицинской помощи гражданами трёх англоязычных стран — США, Канады и Вели-

кобритании, выявившее нюансы системной дихотомии⁴. Явные налёты на преимущества этого подхода можно встретить, хотя и нечасто, в работах российских и зарубежных учёных. Так, канадские исследователи S. Haddad и P. Fournier говорят об опасности абсолютизации принципа всеобщего доступа к медицинской помощи в развивающихся странах в ущерб соблюдению требований к её качеству (Haddad, Fournier, 1995). В работах ряда исследователей (Кочкина и др., 2014; Шишкин и др., 2019) дихотомия между качеством и доступностью читается «между строк» в описании результатов социологического опроса, согласно которым значительная часть респондентов высказывается в пользу качества медицинской помощи даже при ограниченной её доступности. Однако нельзя не отметить присущий подобным опросам разрыв между мотивами и установками с одной стороны и реальными действиями — с другой (эффект Ла-Пьера). Иными словами, вербализируемые установки не обязательно имплементируются, и ответы респондентов, не фиксирующие объективный опыт, могут не отражать их поведение в реальной жизни. Одной из задач нашего исследования стало преодоление данного упущения путём апелляции к актуальному опыту респондентов.

Проводимое в статье сопоставление критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в организациях коммерческого и государственного секторов, обусловлено всё более широким распространением среди жителей страны практик оплаты медицинских услуг из собственных средств и уже встречающимися в периодической печати интересными результатами такого подхода к исследованию (Иванов и др., 2023). Доступность и качество как характеристики медицинской помощи следует рассматривать как универсальные категории, а выбор критерия для выделения групп в рамках сравнительного анализа должен быть продиктован конкретной задачей исследования. Например, может вызывать интерес сопоставление оценок доступности и качества медицинской помощи в свете гендерных, территориальных, имущественных и прочих различий.

⁴ Blizzard R. Healthcare System Ratings: U.S., Great Britain, Canada. GALLUP. Available at: <http://www.gallup.com/poll/8056/healthcare-system-ratings-us-great-britain-canada.aspx>

В контексте обозначенных выше актуальных проблем, прежде всего устойчивой тенденции старения и противоречивости развития современного российского здравоохранения, заслуживает особого внимания анализ соотношения параметров «доступность» и «качество» в оппозиции возрастных категорий респондентов.

Материалы и методы

Информационную базу работы составляют итоги социологических опросов, репрезентирующих мнения и оценки взрослого населения Вологодской области. Полевые социологические исследования проведены на территории региона в 2018, 2020, 2022 и 2024 гг., что позволяет оценивать ситуацию в динамике и с учётом изменяющихся эпидемиологических условий, например в контексте развития пандемии COVID-19. Опрос проводился путём раздаточного анкетирования и охватил крупные города региона Вологду и Череповец, а также 8 муниципальных районов, включая малые города. Объём выборки — 1500 человек. Выборка — пропорциональная квотная, её ошибка составляла 4%. В анкете вопросы по доступности и качеству медицинской помощи расположены в разделе, посвящённом медицинской активности. В первую очередь респондентам предлагалось оценить доступность медицинской помощи («Оцените, пожалуйста, уровень доступности для Вас помощи, оказываемой в государственных и частных медицинских учреждениях»), выбрав вариант ответа из предложенных: 1) «высокий», 2) «средний», 3) «низкий» и 4) «медицинские услуги совершенно недоступны». Вопрос о качестве сформулирован следующим образом: «Как Вы в целом оцениваете уровень качества медицинской помощи, оказываемой в государственных учреждениях (поликлиниках, больницах и т. д.) и частных медицинских организациях?» Предлагалось выбрать один ответ из ряда: «высокий», «средний», «низкий», «качество никуда не годится». Соответствующие оценки по двум типам организаций — «государственные поликлиники и больницы» и «частные медицинские организации» — изначально разделялись.

В основу исследования легли ответы респондентов, обладающих фактическим опытом обращения в медицинские организации в течение 12 месяцев, предшествовавших опросу. Поскольку исследование было ориентирова-

но на выявление мнений пожилого населения региона, в анализе сделан акцент на результатах касающихся именно данной категории респондентов. Для определения особенностей анализируемой категории населения приводятся данные и по другим возрастным группам (выборка делится на три возрастные группы: 1) молодые жители области в возрасте от 18 до 30 лет; 2) средневозрастные, от 30 до 60 (55) лет; 3) пожилые старше 60 (55) лет), а также в целом по всем респондентам вне зависимости от возраста. По итогам опроса рассчитаны индексы доступности (ИД) и качества (ИК) медицинской помощи. Способ калькуляции в обоих случаях предполагает вычисление разности между суммами удельных весов положительных и отрицательных оценок в общем пуле ответов респондентов. Для исключения отрицательных значений индексов полученная разность суммируется со слагаемым 100. Сопоставление индексов в контексте выявления возрастной специфики происходит с помощью оценки глубины различий — через отношение минимального по ряду значений индекса к максимальному и через отношение индекса, рассчитанного для группы пожилых, к среднему по всей выборке значению. Параллельный анализ параметров качества и доступности осуществляется как расчётным путём, через соотношение соответствующих им коэффициентов, так и графическим способом. Размещение возрастных групп в виде точек в системе координат «доступность — качество» благодаря наглядности обеспечивает аналитическую ценность.

С учетом стремительного развития в регионе частного сектора здравоохранения анализ доступности и качества медицинской помощи проводился в разрезе государственного и частного секторов. Поскольку в современных условиях граница между ними размывается (так, в государственных учреждениях существуют платные отделы медицинской помощи, а в частных — редкая практика оплаты медицинских услуг через систему ОМС), требуется определить критерий их разделения для решения задач исследования. В качестве базового выбран критерий «форма собственности». В соответствии с ним секторы здравоохранения представлены учреждениями соответствующего перечня организационно-правовых форм.

Результаты

Пожилые люди в регионе демонстрируют наибольшую среди всех возрастных групп потребность в медицинской помощи. Хотя для представителей трёх анализируемых категорий населения здоровье выступает наивысшей ценностью, пожилые чаще прочих склонны ставить его на высшую ступень иерархической структуры личностных ценностей. Так, если среди молодёжи и лиц среднего возраста соответственно 70 и 67% отмечают, что здоровье является для них главной ценностью, то среди пожилых удельный вес таких ответов достигает 84%. Эти различия между возрастными группами обеспечиваются снижением субъективной важности для пожилых материального достатка, работы и общественного признания. Высокая потребность лиц старших возрастов в медицинской помощи обусловлена не только динамикой ценностных стереотипов, но также и объективными требованиями (повышение рисков возникновения заболеваний и, следовательно, необходимость регулярного прохождения диспансеризации) и ухудшением физического здоровья: 39% представителей старшей группы признаются, что страдают длительно протекающими хроническими заболеваниями (среди молодёжи и средневозрастной категории этот показатель составляет 5 и 10% соответственно).

Абсолютное большинство представителей всех трёх выделяемых возрастных групп, а именно 82% молодых, 86% средневозрастных и 90% пожилых респондентов, признают личную ответственность за своё здоровье. Роли государства и семьи отдаётся 3-я и 4-я ступени рейтинга, а возрастные различия здесь практически отсутствуют. Вместе с тем с возрастом происходит незначительная, но всё-таки фиксируемая трансформация радиуса ответственности за здоровье. Представители старшего возраста возлагают большую, чем молодые, ответственность за собственное здоровье на медицинских работников (такой вариант ответа выбрали 58% пожилых, тогда как среди молодёжи его удельный вес составил 39%, среди респондентов среднего возраста — 49%). Это во многом обусловлено повышением их медицинской активности. Пожилые жители региона чаще, чем прочие, становятся потребителями медицинских услуг. Если в категории молодёжи в

возрасте от 18 до 30 лет 57% обращались в течение последних двенадцати месяцев в медицинские организации, то среди респондентов среднего возраста удельный вес обращающихся составил уже 69%, а для группы пожилого населения достиг 84% (табл. 1).

Пожилые люди чаще, чем представители молодой и средневозрастной категорий респондентов, обращаются в государственные медицинские учреждения (в 2024 году 55% пожилых посещали исключительно их, тогда как среди молодёжи эта доля составила 34%, среди представителей среднего возраста – 39%). Вместе с тем пожилое население незначительно, но всё-таки чаще, чем молодые люди и лица среднего возраста, проявляют смешанную медицинскую активность, чередуя или сочетая обращения в организации обоих секторов здравоохранения.

Представляет интерес анализ динамики индексов доступности и качества медицинской помощи в контексте развития пандемии COVID-19. В доковидный период (мы располагаем данными за 2018 год) фиксировался высокий уровень удовлетворённости пожилых жителей региона, посещавших государственные медицинские учреждения, её доступностью (ИД=153,6) и особенно – качеством (ИК=164,1). В 2020 году, когда пандемия достигла пика, оценки удовлетворённости обсуждаемой категории респондентов качеством и доступностью медицинской помощи достигли самого высокого за анализируемый период уровня (ИК=181,4; ИД=165,8). В последующие годы уровень удовлетворённости респондентов качеством и доступностью существенно снизился. Особенно негативная ситуация отмечена в 2022 году (ИК = 104,4; ИД = 111,6). При

этом, в отличие от ситуации 2018 и 2020 гг., в постковидный период оценки доступности начали преобладать над оценками уровня качества медицинской помощи.

Оценки пожилыми жителями региона качества и доступности медицинских услуг, оказываемых в частных медицинских организациях, за все годы измерений существенно превышали таковые в государственном секторе и менялись сходным образом. В постковидные годы фиксировалось снижение индексов, но эти изменения были умеренными. В течение всего периода индексы качества медицинских услуг в частных организациях превышали индексы доступности.

Представители различных возрастных групп (здесь пожилые респонденты не демонстрируют заметных различий с молодыми и средневозрастными группами), как правило, склонны выше оценивать качество, нежели доступность медицинской помощи, причём независимо от сектора здравоохранения. Об этих различиях можно судить по соотношению коэффициентов (ИК/ИД; табл. 2). Зафиксировано несколько случаев, когда ИД всё-таки превышал ИК. Наиболее значимым исключением стал 2024 год: оценки доступности медицинской помощи, оказываемой государственными учреждениями, тогда значительно уступали параметрам качества (ИК/ИД = 0,882). В оценках пожилых индексы качества выше индексов доступности, что соответствует замерам, проведённым среди представителей молодой и средневозрастной категорий населения. Единственное исключение из этого правила составили оценки молодыми респондентами качества услуг в частных организациях, которые в 2020 году несуще-

Таблица 1. Распределение ответов на вопрос «Обращались ли Вы в течение последних 12 месяцев в медицинские учреждения?» (Вологодская область, 2024 год), %

Вариант ответа	От 18 до 30 лет	От 30 до 60 (55) лет	От 60 (55) и >	В среднем по всем группам
Обращались в медицинские учреждения, в том числе:	57,4	68,7	83,5	72,5
в государственные	46,4	56,7	76,5	62,4
в частные	23,4	29,4	28,1	28,1
Только в государственные	34,0	39,3	55,4	44,3
Только в частные	11,0	12,0	7,0	10,1
<u>И</u> в государственные, <u>и</u> в частные	12,4	17,4	21,1	18,1
Нет, не обращались	42,6	31,3	16,5	27,5
Источник: данные социологического опроса населения Вологодской области.				

ственно, но уступали параметрам доступности (ИК/ИД = 0,881). Отличия оценок пожилого населения региона от оценок представителей прочих возрастных групп касаются не принципиального соотношения параметров качества и доступности, а величины разрыва между ними в пользу первого. В 2024 году преобладание оце-

нок качества медицинской помощи, полученной респондентами в частных организациях региона, над её доступностью, зафиксированное в группе пожилого населения, достигло максимального за весь период измерений по всем возрастным группам значения (ИК/ИД составил 1,275).

Таблица 2. Индексы доступности и качества медицинской помощи для пожилого населения в сравнении с другими возрастными группами

Индекс	Возрастная группа			В среднем по группам	Глубина различий (min / max)	Отклонение значений старшей категории от среднего
	От 18 до 30 лет	От 30 до 60 (55) лет	От 60 (55) и >			
2018 год						
Государственные поликлиники и больницы						
ИК*	166,6	165,1	164,1	164,8	0,985	0,996
ИД**	152,4	146,0	153,6	150,1	0,951	1,023
ИК/ИД	1,093	1,131	1,068	1,098	0,966	0,973
Частные медицинские учреждения						
ИК	200,0	193,6	196,0	195,6	0,968	1,002
ИД	178,9	163,2	164,8	166,6	0,912	0,989
ИК/ИД	1,118	1,186	1,189	0,989	0,940	1,202
2020 год						
Государственные поликлиники и больницы						
ИК	178,3	177,9	181,4	179,6	0,981	1,010
ИД	164,4	160,8	165,8	163,4	0,970	1,015
ИК/ИД	1,085	1,106	1,094	1,099	0,981	0,995
Частные медицинские учреждения						
ИК	169,4	187,6	193,6	187,2	0,875	1,034
ИД	192,3	177,8	177,4	179,6	0,923	0,988
ИК/ИД	0,881	1,055	1,091	1,042	0,808	1,047
2022 год						
Государственные поликлиники и больницы						
ИК	109,2	106,8	104,4	106,2	0,956	0,983
ИД	111,6	113,1	111,6	112,3	0,987	0,994
ИК/ИД	0,978	0,944	0,935	0,946	0,956	0,988
Частные медицинские учреждения						
ИК	176,2	170,6	177,0	173,8	0,964	1,018
ИД	152,6	162,9	151,4	157,4	0,929	0,962
ИК/ИД	1,155	1,047	1,169	1,104	0,896	1,059
2024 год						
Государственные поликлиники и больницы						
ИК	130,4	133,1	115,0	124,9	0,864	0,921
ИД	153,6	147,8	132,5	141,6	0,863	0,936
ИК/ИД	0,849	0,901	0,868	0,882	0,942	0,984
Частные медицинские организации						
ИК	175,5	182,8	182,9	182,0	0,960	1,005
ИД	167,2	168,3	143,5	156,9	0,853	0,915
ИК/ИД	1,050	1,086	1,275	1,160	0,824	1,099

*ИК – индекс качества; **ИД – индекс доступности.

Источник: рассчитано по данным социологического опроса населения Вологодской области.

*ИК – индекс качества; **ИД – индекс доступности.

Источник: рассчитано по данным социологического опроса населения Вологодской области.

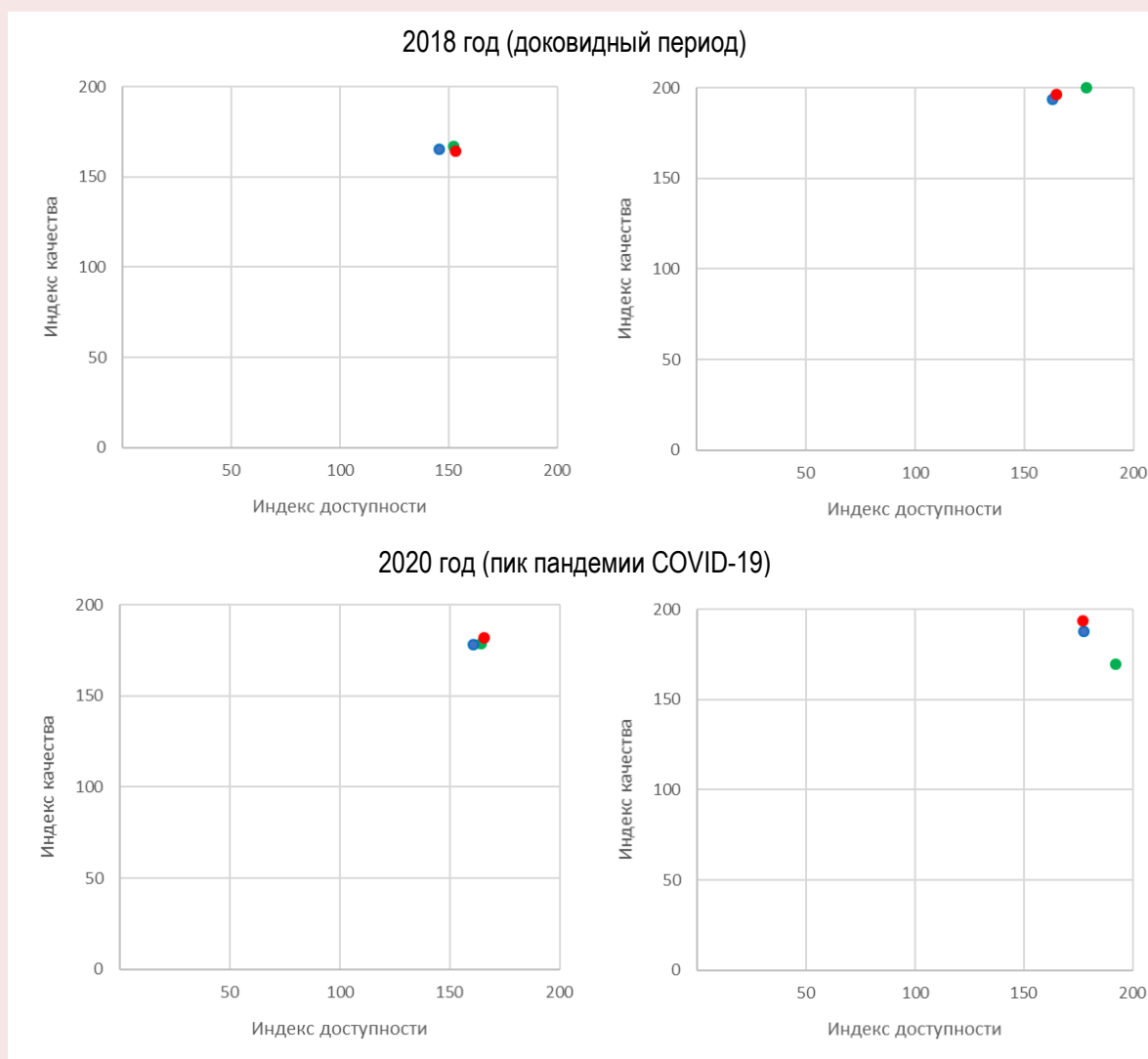
Соотношение параметров качества и доступности медицинской помощи, оказываемой учреждениями государственного сектора, по возрастным группам складывается таким образом, что соответствующие им точки на графике располагаются максимально близко друг к другу, а диапазон значений по обоим индексам минимален (рис. 1).

Исключение составили оценки медицинской помощи в государственном секторе в 2024 году: старшая возрастная группа располагалась на графике в отрыве от компактно расположив-

шихся рядом точек молодой и средней групп населения, причём по обоим оцениваемым критериям (рис. 2).

В случае, когда речь идёт об оценках качества и доступности услуг в рамках частного сектора, диапазоны значений индексов существенно расширяются, причём это происходит за счёт разрыва различных возрастных групп. В оценках 2018 и 2020 гг. отмечается заметный отрыв пожилой и средневозрастной групп от младшей, тогда как в 2022 году оппозицию друг другу уже составляют, с одной стороны, близко

Рис. 1. Дихотомические шкалы индексов доступности и качества медицинской помощи в государственном (слева) и частном (справа) секторах здравоохранения для возрастных групп: 1) от 18 до 30 лет (●), 2) от 30 до 60 (55) лет (●), 3) старше 60 (55 лет) (●)



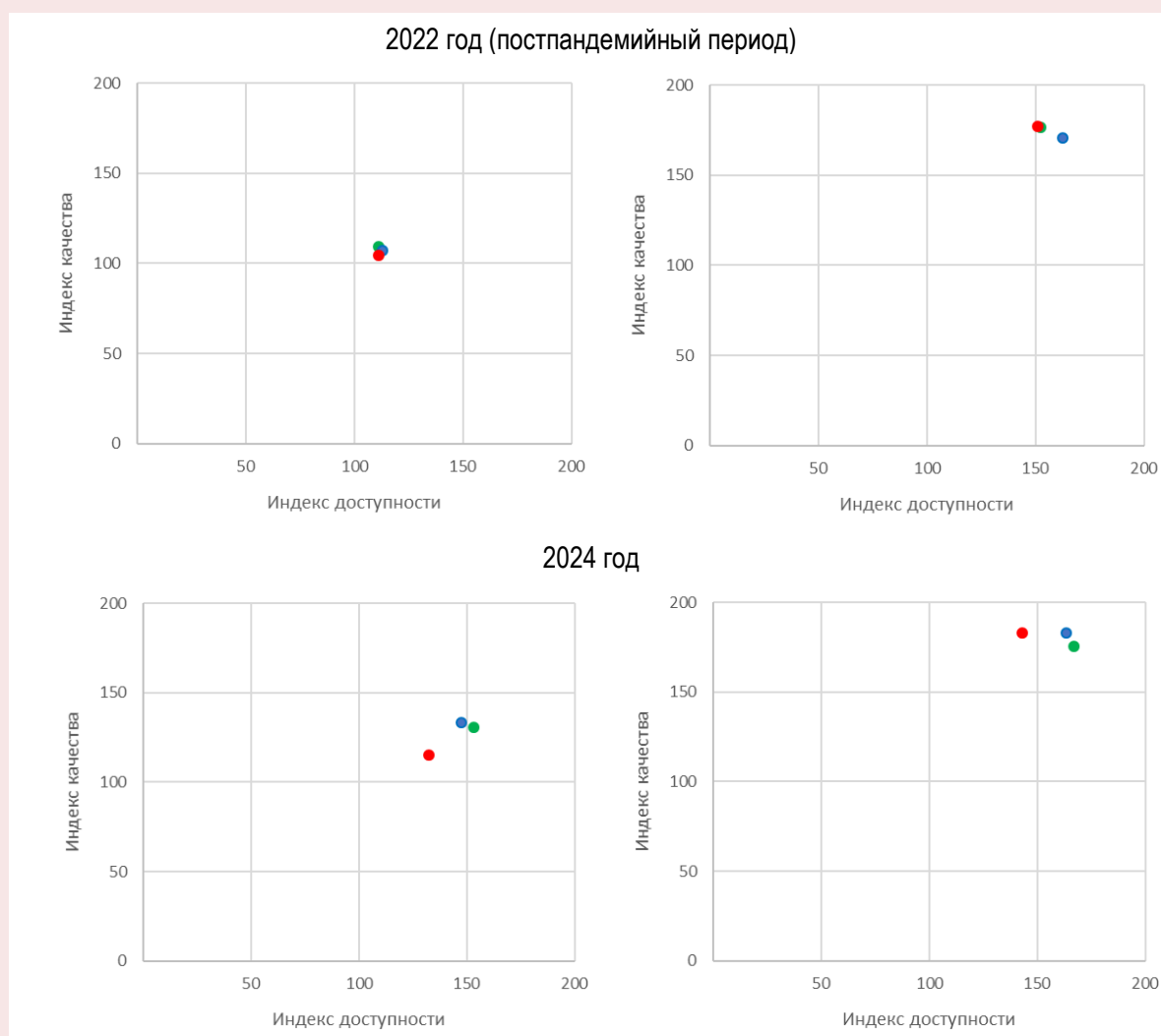
Источник: данные социологического опроса населения Вологодской области.

расположившаяся в поле оценок пара «молодёжь и пожилые» и, с другой стороны, категория средневозрастных жителей региона.

В 2024 году фиксируется максимальный за весь период измерений разброс в значениях индексов качества и доступности медицинской помощи между пожилыми и прочими возрастными группами в отношении государственных учреждений здравоохранения. Категория пожилых жителей региона существенно отстояла от молодой и средневозрастной групп населения по шкале доступности помощи в частном секторе (за счёт низких оценок представителей старшего поко-

ления: ИД для пожилых составил 115,0, для молодых — 130,4 и для средневозрастной группы — 133,1), тогда как по параметру «качество» существенного разброса в значениях индексов не фиксировалось. Заметим, что в 2022 году индекс доступности для категории пожилых принимал ещё меньшее значение — 104,4 (минимальное значение параметра за весь период измерений), но отрыв от других групп в итоге оказался несущественным, поскольку значения индексов и для двух других возрастных групп были крайне низкими (в группе молодёжи до 30 лет — 109,2, в группе средневозрастных — 106,8; *рис. 2*).

Рис. 2. Дихотомические шкалы индексов доступности и качества медицинской помощи в государственном (слева) и частном (справа) секторах здравоохранения для возрастных групп: 1) от 18 до 30 лет (●), 2) от 30 до 60 (55) лет (●), 3) старше 60 (55 лет) (●)



Источник: данные социологического опроса населения Вологодской области.

Обсуждение

Бóльшая удовлетворённость респондентов качеством, чем доступностью, медицинской помощи является свидетельством того, что главной проблемой для респондентов выступает сложность получения медицинской помощи и услуг. Между тем можно предположить, что обратное соотношение индексов, преобладание индекса доступности над индексом качества, характеризовало бы ситуацию как особенно неблагоприятную — открытый доступ к услугам не слишком высокого качества.

Результаты исследований за 2024 год свидетельствуют о негативных изменениях в доступности и качестве медицинской помощи, оказываемой государственными учреждениями, в целом по всем трём возрастным категориям респондентов. Особенно симптоматичным выглядит появившийся впервые за историю проведённых измерений отрыв старшей группы от двух других в оценках медицинской помощи, предоставляемой в государственном секторе, по обеим шкалам. Поскольку оценки основываются на мнениях респондентов, в качестве причин выявленных негативных изменений могут быть рассмотрены как объективное снижение доступности и качества медицинской помощи в государственном секторе, так и повышенный уровень ожиданий и притязаний пожилых людей, а также то, что исходно более низкие, чем у прочих групп, характеристики здоровья заставляют пожилых воспринимать все существующие изъяны в работе медицинских служб более остро и болезненно. Вместе с тем факт, что в более ранние периоды, в том числе и в пандемийный год, разброс между возрастными группами в оценках качества и доступности был минимальным, даёт основания искать объективные причины выявленных различий. В последние годы, особенно в 2024 году, наблюдался значительный рост стоимости жизни в России. Поскольку индексация пенсий отнюдь не покрывает рост цен на товары первой необходимости (продукты питания и лекарства), инфляция наносит удар по социально уязвимым категориям населения, в том числе пожилым людям. Соответственно, им все сложнее выкраивать средства для приобретения платных услуг, а доступность бесплатных не увеличивается.

Минимальное соотношение индексов доступности и качества медицинских услуг, предоставляемых частными организациями, в группе молодых респондентов до 30 лет следует интерпретировать через фиксацию высоких оценок уровня доступности и скромных — качества, что свидетельствует о высоких ожиданиях и запросах данной категории респондентов и имеющихся у них возможностях, прежде всего информационных и финансовых. Анализ пропорций удельных весов конкретных ответов респондентов позволяет отметить лишь одну деталь, которая нивелируется при калькуляции индексов: вклад положительных оценок в общий пул оценок в отношении государственных учреждений формируется с заметным преимуществом ответа «удовлетворительно», тогда как положительные оценки коммерческих организаций суммируются с превалированием высоких оценок, что особенно заметно во мнениях относительно качества помощи. Следовательно, респонденты воспринимают медицинскую помощь, предоставляемую общественным сектором, как некий гарантируемый государством минимум, тогда как частные поставщики медицинских услуг стремятся выйти за эти границы, претендуя на достижение высоких стандартов качества.

Сравнивая показатели доступности медицинских услуг в государственных и частных медицинских учреждениях, требуется сделать оговорку о том, что доступность помощи в частном и государственном секторах имеет принципиально разную природу. В государственном секторе доступность в первую очередь имеет отношение к самой возможности бесплатно попасть на прием к интересующему специалисту, которая определяется рядом условий пространственного (территориальная удалённость учреждения, наличие транспорта и пр.) и организационного (укомплектованность штатных должностей, наличие специалистов и сроки ожидания приёма) характера, или пройти необходимое обследование в разумные сроки. В частной клинике, несмотря на ряд ограничений аналогичного характера (например, необходимость ожидания приёма, территориальная удалённость организаций, которая может быть особенно актуальна для жителей сельских тер-

риторий, и пр.), основным фактором ограничения доступности выступает платность услуг.

Предложенный индексный подход к трактовке субъективных оценок доступности и качества медицинской помощи / услуг имеет как важные инструментальные преимущества, так и ограничения. С одной стороны, он характеризуется простотой расчёта и функциональностью (благодаря этим качествам он применим в сравнительном анализе территориальных и социально-демографических единиц). С другой стороны, он скрывает ряд нюансов в оценках. Положительные ответы респондентов, включённые в структуру индексов, латентно объединяют как высокие, так и удовлетворительные оценки, а именно в этих ответах проявляется разница в оценках государственного и частного секторов, происходит нивелирование различий между ними, в частности повышение общих оценок государственных поликлиник и больниц. Наиболее сложной проблемой интерпретации результатов выступает заложенный в методику субъективизм понимания респондентами категорий «доступность» и «качество». И если доступность как характеристика медицинской помощи обладает известным правом на интуитивный характер её восприятия и трактовки, то качество чаще всего принимается как атрибут, оценка которого должна опираться на высокий уровень экспертизы оценивающего субъекта.

Заключение

Таким образом, пожилые люди демонстрируют более высокий, чем представители других возрастных групп, уровень потребности в медицинской помощи в силу естественного ухудшения состояния здоровья. В постпандемийный период отмечаются важные и преимущественно негативные изменения в оценках параметров качества и доступности медицинской помощи пожилыми жителями Вологодской области. Это выражается как в существенном снижении оценок качества медицинской помощи, предоставляемой в государственных учреждениях здраво-

охранения (в 2022 году ИК составил 104,4, это минимальное значение индекса за весь период измерений, в 2024 году — 115,0), так и увеличения в 2024 году разрыва значений индексов по обоим параметрам медицинской помощи, предоставляемой государственным сектором, по сравнению с более молодыми возрастными группами. В 2024 году снизились оценки представителей старшей возрастной группы относительно доступности медицинских услуг, оказываемых частными медицинскими организациями, что сформировало разрыв по этому параметру с более молодыми возрастными категориями населения региона. Оценки пожилого населения, касающиеся параметров качества, демонстрировали стабильность. В итоге индекс различий в параметрах качества и доступности для обсуждаемой группы достиг максимального значения (1,275) за весь период исследования.

Полученные результаты позволяют говорить о том, что пожилые люди оказываются в особой группе риска: имея более осязаемую, чем прочие категории населения, потребность в качественной медицинской помощи, они вынуждены преодолевать значительное количество барьеров для её получения, что осложняется естественными ограничениями — состоянием здоровья, проблемами с передвижением и пр. Необходимость оплаты ряда диагностических и лечебных процедур, а также обращение к альтернативному, коммерческому, каналу получения медицинских услуг осложняется низким уровнем платёжеспособного спроса. Это выражается в значительном отрыве представителей старшего поколения от других возрастных групп в оценках доступности медицинской помощи, оказываемой на базе частных организаций.

В целом используемый нами индексный подход к параллельной оценке доступности и качества медицинской помощи имеет перспективы практического применения, отличаясь простотой инструментария сбора и анализа данных, наглядностью результатов.

Литература

- Белехова Г.В., Нацун Л.Н., Соловьева Т.С. (2024). Благополучная старость: от научных теорий к основам ее программирования // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. Т. 17. № 2. С. 220–238. DOI: 10.15838/esc.2024.2.92.12
- Галкин К. (2021). Сборки старения в различных средах: применение материальной оптики // Социологическое обозрение. Т. 20. № 2. С. 244–260. DOI: 10.17323/1728-192x-2021-3-244-260

- Григорьева И., Богданова Е. (2020). Концепция активного старения в Европе и России перед лицом пандемии COVID-19 // *Laboratorium: журнал социальных исследований*. № 2. С. 187–211. DOI: 10.25285/207819382020122187211
- Землянова Е.В. (2024). Благополучие пожилых россиян с позиций здоровья // *Ремедиум*. Т. 28. № 3. С. 286–292. DOI: 10.32687/1561-5936-2024-28-3-286-292
- Иванов Д.О., Орел В.И., Криволесова Т.А., Бородкина О.И. (2023). Оценка пациентками доступности медицинской помощи при подготовке к экстракорпоральному оплодотворению // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. № 22(4). С. 66–71. DOI: 10.20953/1726-1678-2023-4-66-71
- Исаев Р.И., Ткачева О.Н., Рунихина Н.К. [и др.] (2022). Ведение пациентов пожилого и старческого возраста с высоким риском развития делирия при оказании медицинской помощи в стационарных условиях. Клинический протокол // *Российский журнал гериатрической медицины*. Т. 1. № 17-23. DOI: doi.org/10.37586/2686-8636-1-2022-17-23
- Кислицина О.А., Чубарова Т.В. (2023). Факторы, влияющие на обращаемость россиян за медицинской помощью: гендерный аспект // *Женщина в российском обществе*. № 2. С. 94–108.
- Коломийченко М.Е. (2020). Критерии доступности и качества медицинской помощи: нормативное регулирование // *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. № 3. С. 46–51. DOI: 10.25742/NRIPH.2020.03.006
- Кочкина Н.Н., Красильникова М.Д., Шишкин С.В. (2015). Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения. Москва: Изд. дом Высшей школы экономики. 56 с.
- Локосов В.В., Ярашева А.В., Александрова О.А. (2024). Факторы формирования основ самосохранительного поведения населения // *Народонаселение*. Т. 27. № 1. С. 192–205. DOI: 10.24412/1561-7785-2024-1-192-205
- Мамедова Л.В. (2012). Оценка качества медицинской помощи в отоларингологии. Т. 77. № 4. С. 61–64.
- Медведева Е.И., Александрова О.А., Крошилин С.В. (2022). Телемедицина в современных условиях: отношение социума и вектор развития // *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. Т. 15. № 3. С. 200–222. DOI: 10.15838/esc.2022.3.81.11
- Мелконян Г.Г., Проценко Д.Н., Рунихина Н.К. [и др.] (2024). Консенсус по актуальным вопросам мультидисциплинарного ведения пожилых пациентов со старческой астенией при оказании плановой хирургической помощи // *Российский журнал гериатрической медицины*. № 3. С. 162–173. DOI: https://doi.org/10.37586/2686-8636-3-2024-162-173
- Мухарямова Л.М., Савельева Ж.В. (2019). Доступность и справедливость здравоохранения для пожилых (в оценках населения и экспертов) // *Социологические исследования*. № 9. С. 136–145. DOI: 10.31857/S013216250006663-2
- Федин М.А., Изюмов А.Д., Ерусланова К.А., Котовская Ю.В., Ткачева О.Н. (2020). Доменный подход в ведении пожилых пациентов с сердечной недостаточностью. Настоящее и будущее // *Российский журнал гериатрической медицины*. Т. 2. № 4. С. 313–326. DOI: https://doi.org/10.37586/2686-8636-4-2020-313-326
- Царик Г.Н., Корбанова Т.Н., Абросова О.Е., Тен С.Б. (2017). Оценка доступности и качества медицинской реабилитации в Кемеровской области // *ПОЛИТРАВМА / POLYTRAUMA*. № 23. С. 55–63.
- Чукавина А.В., Выходчиков В.С., Тюфилин Д.С. [и др.] (2024). Барьеры доступности и организационные барьеры при получении медицинской помощи пожилыми людьми // *Российский журнал гериатрической медицины*. № 4. С. 296–304. DOI: https://doi.org/10.37586/2686-8636-4-2024-296-304
- Шарабичев Ю.Т., Дудина Т.В. (2013). Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха // *Международные обзоры: клиническая практика и здоровье*. № 4. С. 16–34.
- Шишкин С.В., Понкратова О.Ф., Потапчик Е.Г., Сажина С.В. (2019). Рейтинг доступности и качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации: препринт. Москва: Издательский дом Высшей школы экономики. 96 с.
- Akerlof G.A. (1970). The market for “lemons”: Quality uncertainty and the market mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 84(3), 488–500.
- Arrow K.J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53(5), 941–973.

- Fulmer T., Reuben D.B., Auerbach J. (2021). Actualizing better health and health care for older adults. *Health Affairs*, 40(2). DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01470>
- Haddad S., Fournier P. (1995). Quality, cost and utilisation of health services in developing countries: A longitudinal study in Zaire. *Social Science & Medicine*, 40, 743–753. DOI: 10.1016/0277-9536(94)00134-F
- Lehning A.J., De Biasi A. (2018). *Creating an Age-Friendly Public Health System: Challenges, Opportunities, and Next Steps*.
- Peters D.H., Garg A., Bloom G., Walker D.G., Brieger W.A., Rahman M.H. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 161–171. DOI: <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>
- Von Heimburg D., Prilleltensky I., Ness O., Ytterhus B. (2022). From public health to public good: Toward universal wellbeing. *Scand J Public Health*, 50(7), 1062–1070. DOI: 10.1177/14034948221124670

Сведения об авторе

Константин Николаевич Калашников — кандидат экономических наук, старший научный сотрудник, Вологодский научный центр Российской академии наук (160014, Российская Федерация, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: konstantino-84@mail.ru)

Kalashnikov K.N.

Healthcare Access and Quality for Older Adults as a Special Socio-Demographic Group

Abstract. The article considers healthcare access and quality for older adults in modern Russia. Based on literature sources and sociological research data, we substantiate the high level and special nature of the needs of older people in medical care. The aim of the work is to assess healthcare access and quality for older adults in the Vologda Region in comparison with other age groups, as well as in the context of the private and public health sectors. The information base includes data from sociological surveys of Vologda Region population collected during 2018–2024, which provided an opportunity to track the dynamics of respondents' opinions, including in the context of the COVID-19 pandemic. Healthcare access and quality are assessed by appropriate indices, which helps to interpret the data using graphical visualization of results in a two-dimensional assessment field. Based on the analysis, we identify the conjugation and dichotomy between the parameters of healthcare access and quality, reflecting common features, as well as significant differences, for various age groups. The practical value and special relevance of the results obtained is due to their correlation with the practices of healthcare commercialization, the division of respondents' assessments between public and private medical organizations. The novelty of the study consists in testing an alternative methodological approach to assessing healthcare access and quality, identifying age differences and the specifics of elderly patients' response to changes in healthcare in the context of the COVID-19 pandemic.

Key words: older adults, healthcare access, healthcare quality, healthcare, public sector, private sector, Vologda Region.

Information about the Author

Konstantin N. Kalashnikov — Candidate of Sciences (Economics), Senior Researcher, Vologda Research Center, Russian Academy of Sciences (56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation; e-mail: konstantino-84@mail.ru)

Статья поступила 09.01.2025.