



Научная статья
DOI [10.19181/nko.2025.31.1.5](https://doi.org/10.19181/nko.2025.31.1.5)
EDN [TPGVQL](https://edn.tpgvql.ru)
УДК 316.4



К. А. Галкин¹

¹СИ РАН – филиал ФНИСЦ РАН. Санкт-Петербург, Россия

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СПРАВЕДЛИВОСТИ В КОНТЕКСТЕ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО И МЕЖЛИЧНОСТНОГО ДОВЕРИЯ К МЕДИЦИНЕ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Аннотация. В статье рассматриваются индивидуальные представления пожилых людей о справедливости в системе здравоохранения через призму институционального и межличностного доверия. Эмпирическая база исследования включает 40 полуструктурированных интервью с жителями Санкт-Петербурга и сельских районов Республики Карелия в возрасте 66–85 лет. Полученные результаты позволили выделить в рамках анализа институционального и межличностного доверия маркеры, характеризующие сходства и различия в отношении к системе здравоохранения у рассмотренной категории граждан. Общими маркерами институционального доверия для всех респондентов выступает оснащённость медицинских учреждений современным оборудованием и наличие компетентного персонала. Пожилые люди в сельской местности проявляют значительное недоверие к местной медицине, предпочитая службы скорой помощи как более надёжный канал получения качественной медицинской помощи. Существенно зависит от места проживания отношение к статусу медицинских учреждений и доверию к ним. Общими межличностными маркерами доверия выступает наличие взаимодействий и контактов с врачами, минимизация бюрократизированного общения. Для сельских жителей также оказалась важна интегрированность медицинских работников в сельскую общность и соседская помощь, которая смягчала недоверие к сельской медицине и её возможным проблемам. Исследование показало, что индивидуальные представления о справедливости достаточно сильно зависят от доверия к здравоохранению, и отсутствие доверия влияет на понимание справедливости пожилыми людьми. Тесная связь между объективными характеристиками медицинской помощи и субъективным восприятием её справедливости требует разработки дифференцированных подходов к совершенствованию системы здравоохранения с учётом региональных особенностей.

Ключевые слова: здоровье, медицина, пожилые люди, справедливость в медицине, доверие к медицине

Для цитирования: Галкин К. А. Представления о справедливости в контексте институционального и межличностного доверия к медицине у пожилых людей // Наука. Культура. Общество. 2025. Т. 31, № 1. С. 59–70. DOI [10.19181/nko.2025.31.1.5](https://doi.org/10.19181/nko.2025.31.1.5). EDN [TPGVQL](https://edn.tpgvql.ru).

Введение. Доступность услуг здравоохранения является значимой социальной проблемой, сохраняющей свою актуальность для любого общества. Исследования показывают, что своевременное предоставление медицинской помощи способствует позитивным изменениям в состоянии здоровья населения [1; 2]. Качественное здравоохранение способствует снижению демографических проблем, уменьшению смертности и расширению возможностей социальной активности различных групп населения, включая пожилых людей. Очевидна взаи-

мосвязь качественного здравоохранения и с концепцией активного долголетия, с преодолением возрастных проблем со здоровьем [3]. При этом на фоне общей модернизации системы здравоохранения последних лет актуальной остаётся проблема неравенства доступа к медицинским услугам, в том числе основанная на месте проживания пациента [4], что приводит к ухудшению здоровья и снижению качества жизни жителей регионов [5].

Помимо количественно измеряемой материально-ресурсной базы, оценка качества здравоохранения зависит и от субъективных факторов, что подводит к такой многогранной категории как социальная справедливость. С одной стороны, она обеспечивается и регулируется законами через соответствующие государственные институты, распределение благ. С другой – существенно зависит от субъективного понимания справедливости получателями благ. Таким образом, в предлагаемой статье мы опираемся на подход Д. Эстлунда [6], С. Хаслангер [7] и др., ставящих моральные ориентиры в качестве доминирующих при оценке справедливости.

Проблемы несправедливости в вопросах доступа к медицинской помощи давно находятся в центре научного внимания, однако особую актуальность они приобретают в контексте изучения различных демографических групп и их субъективной удовлетворённости качеством медицинского обслуживания [8]. Несмотря на ряд преимуществ общих количественных исследований, стоит отметить, что они не всегда способны отразить индивидуальные нюансы, такие как субъективное восприятие справедливости оказания медицинской помощи и доверие к медицинской системе, которые могут значительно различаться в мегаполисах и регионах [9]. Эти категории сложнее измерить количественными методами, но они важны для понимания оценки справедливости медицинских услуг и особенностей доверия у различных социальных групп.

Пожилые люди являются одной из ключевых групп, нуждающихся в качественной медицинской помощи. Исследования показывают, что возможность самостоятельно контролировать процесс лечения и следить за своим здоровьем является важным фактором, влияющим на физическое благополучие пожилых людей [10]. Данные количественных исследований также свидетельствуют о том, что наличие контроля над получением и процессом лечения повышает уровень адаптации пожилых пациентов к возрастным изменениям, а также снижает риск соматических заболеваний и общий уровень стресса [11]. К числу факторов, ограничивающих возможность самостоятельного выбора и сохранения контроля за собственным здоровьем в жизни пожилых людей, можно отнести неравенство в оказании медицинской помощи, инфраструктурные проблемы, затрудняющие доступ к медицинским услугам, а также субъективное понимание справедливости пожилыми людьми [12]. Исследователи выделяют ключевые проблемы, связанные с автономностью и ответственностью за своё здоровье, а также с измерением неравенства в медицине и его влиянием на различные социальные группы [13; 14].

Выше мы уже отмечали институциональный элемент социальной справедливости, заключающийся в справедливом распределении государственными институтами ресурсов и общественных благ, что относится также и к сфере здравоохранения [15; 16]. А. Сен определяет справедливость через наличие власти и ресурсов в процессе принятия решений. Этот подход может быть полезен для анализа субъективного отношения к справедливости среди различных групп населения [17]. Исследования показывают, что достижение полного равенства в медицине маловероятно из-за различий в условиях жизни и уровне благосостояния насе-

ния [13]. Препятствуют равному доступу к качественным медицинским услугам и региональные различия [18]. Исследователями здравоохранения рассмотрены не только экономические факторы, влияющие на понятие справедливости в сфере медицины, но и субъективные аспекты, включающие потерю доверия к медицинской системе и снижение самоуважения среди пациентов [19].

Таким образом, условно можно выделить два дискурса справедливости в медицине. Первый – консервативный, экономический, поддерживаемый политиками и официальными институтами, направленный на сохранение существующего порядка. Второй – критический, субъективно-ценностный, отражающий отношение населения и медицинского сообщества к проблеме справедливости в медицине [15; 20].

В качестве меры измерения справедливости в ходе исследования будет использована категория доверия, как значимая для обоих выделенных выше дискурсов. В отечественной науке принято выделять два типа доверия: институциональное доверие и межличностное [21]. **Институциональное доверие** формирует между институтами и гражданами социальные связи, которые способствуют развитию стабильности в обществе. Важным в рамках рассмотрения институционального доверия выступает изучение не отдельных личностей, а институтов и особенностей доверия в рамках институтов – политических, экономических, института семьи и пр. [22; 23]. Доверие к здравоохранению как институту зависит от его прозрачности, доступности и равенства в предоставлении услуг. **Межличностное доверие** определяется сетью отношений индивидов с другими индивидами [24]. Здесь на восприятие качества медицинской помощи влияет доверие между пациентом и врачом, но не только. Социальная сеть в таком случае представляет собой устойчивую систему связей, взаимодействий не только с медицинскими специалистами, но и с родственниками и соседями, медицинскими учреждениями конкретного региона. Она также связана с тем, что в рамках взаимодействий происходит эффективный обмен информацией и формируется взаимная помощь и поддержка [25]. В рамках обоих определений доверия, как институционального, так и межличностного, мы рассматриваем доверие как культурный ресурс, поддерживающий социальную справедливость, стабильность и предсказуемость функционирования социальных институтов.

Медицина представляет собой сферу, подверженную постоянным изменениям в распределении власти между врачами и пациентами, а также между государством и гражданами. М. Ривкин-Фиш отмечает, что в медицинской системе присутствуют различные формы власти и контроля, создающие неравенство в медицине [26]. Исследования доверия в медицине показывают, что практики доверия могут варьироваться от критического анализа неравенства и выбора определённых медицинских услуг до эмоционально окрашенного доверия, основанного на культурных ожиданиях [27; 28]. В результате формируется амбивалентная модель доверия, включающая как пассивное принятие ситуации, так и активный поиск справедливого лечения и распределения ресурсов [29]. Такой выбор обусловлен наличием ресурсов, структурных ограничений и культурных представлений пациентов о доверии.

Цель настоящего исследования – рассмотреть представления пожилых людей о справедливости в медицине, проанализировав особенности институционального и межличностного доверия к здравоохранению в городе и в сельской местности.

Выделяют два блока факторов, влияющих на доверие к медицинской помощи. Первый включает характеристики системы здравоохранения, региональные

особенности, доступность медицинских услуг и влияние окружающей среды и соотносится с институциональным доверием к медицине. Второй блок связан с качеством услуг, присутствующих в конкретных клиниках, поддержкой родственниками и соседями и соотносится с межличностным доверием к здравоохранению [30]. Мы рассматриваем справедливость через изучение институционального и межличностного доверия, так как, формируя гипотезу настоящего исследования, мы предполагаем, что индивидуальное понимание пожилыми людьми справедливости неразрывно связано с доверием как на институциональном, так и на межличностном уровнях.

Методология исследования и эмпирическая база. В исследовании использованы эмпирические данные, собранные с помощью 40 полуструктурированных интервью с пожилыми людьми, проживающими в Санкт-Петербурге и в сельских районах Республики Карелия. Этот подход позволил охватить широкий спектр мнений и опыта, отражающих различия в обращении за медицинской помощью в зависимости от географического контекста. Развитие здравоохранения в регионах исследования демонстрирует разницу в доступности медицинских услуг. В Санкт-Петербурге существует развитая система здравоохранения, включающая научные медицинские центры и экстренные службы [31]. В сельской местности Республики Карелия существует нехватка врачей, особенно молодых специалистов, и отмечается дефицит первичной медико-санитарной помощи [32]. Однако реализуются проекты по улучшению ситуации, включая развитие фельдшерско-акушерских пунктов.

Интервью дополнялись данными из дневников наблюдений, где фиксировались особенности взаимодействия пожилых людей с системой здравоохранения, их поведение при обращении за медицинской помощью. Исследование проводилось с октября 2024 года по январь 2025 года. Средняя длительность интервью составила 48 минут, максимальная – 1 час 52 минуты. Большинство интервью проходило оффлайн, но 8 интервью были проведены в Skype с информантами из сельских районов Республики Карелия. Поиск информантов осуществлялся через комплексные центры социального обслуживания населения в Санкт-Петербурге и сельские администрации. Выборка включала 20 информантов из Санкт-Петербурга и 20 из Республики Карелия в возрасте от 66 до 85 лет. Хотя при планировании выборки учитывалась гетерогенность по полу, итоговая выборка оказалась с заметным перекосом в сторону женщин (12 мужчин и 28 женщин). Среди информантов были мужчины и женщины различного возраста и профессий, а также с разным уровнем образования, что обеспечило разнообразие эмпирического материала.

В рамках тематического анализа были выделены следующие ключевые темы:

- отношение пожилых людей к учреждениям здравоохранения и их доверие к системе здравоохранения в целом с акцентом на то, как информанты воспринимают качество и доступность медицинских услуг;
- опыт обращения за первичной медицинской помощью, включая обстоятельства, вынудившие обратиться за помощью, и субъективные оценки удовлетворённости оказанными услугами;
- оценка работы медицинских специалистов, их профессионализма и отзывчивости, что являлось важным аспектом общего впечатления от системы здравоохранения.

Итак, в рамках эмпирического исследования мы рассматриваем представления о справедливости в медицине у пожилых людей, проживающих в городе и в сельской местности, выделяя маркеры доверия в рамках институционального и межличностного подходов. Данные маркеры влияют на представления пожилых людей о справедливости.

Представления о справедливости в контексте институционального доверия к медицине. При рассмотрении полученных результатов в контексте институционального доверия важно отметить, что доверие к медицине коренным образом отличается в городской и сельской местности. Ключевым маркером доверия к институту здравоохранения в сельской местности выступает наличие необходимых ресурсов для оказания медицинской помощи. К таким ресурсам пожилые люди относили полностью укомплектованный медицинским персоналом фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) или амбулаторию и наличие у фельдшера опыта работы, желательно в сельской местности. Информанты отмечали, что работа в сельской местности требует более высокого профессионализма, так как врачи и фельдшеры, работающие в ФАПах, ощущают себя профессионально изолированными, следовательно значимой становится способность к оперативности и самостоятельности принятия решений по лечению:

«Хорошо, когда есть всё в пункте медицинском, но конечно без нормальных рук это всё кажется достаточно ненужным. Например, вот у нас ЭКГ-аппарат поставили, и очень хорошо, что старая фельдшер наша вернулась работать, и следовательно, нашла в себе силы и терпение, и всё это изучила. И вот тогда наконец-то всё заработало. А что толку-то было раньше, когда фельдшер молоденькая и вообще ничего не знала про работу этого аппарата» (ж., 73 года, село, Республика Карелия).

Другим важным маркером доверия к медицине у пожилых жителей сельской местности стало знание персоналом современных технологий. Модернизация и цифровизация системы здравоохранения и, в частности, современные способы записи на приём ко врачам, как правило, создавали для пожилых людей дополнительные барьеры. Возможность прийти в амбулаторию и беспрепятственно получить необходимое направление или рецепт на лекарства нередко сравнивалась пожилыми людьми в сёлах с доступностью подобных действий в городе и была одним из маркеров доверия и понимания более справедливого отношения медицинской помощи к пожилым людям:

«Раньше все было просто, а теперь я скажу так – черт ногу сломит вообще в этом вот всем, потому что надо в этом во всем разбираться. А как разбираться-то? И я вот скажу, очень ценю нашего фельдшера, потому что она, как вам сказать, достаточно быстро может по клавишам постучать и также быстро все сделать – будь то запись на приём к врачу в городе или же направление, рецепт на лекарство. Все это ей легко удаётся, и следовательно, вот это для меня очень важно и значимо в целом, потому что я сама старая и во всех этих системах разобраться не могу» (ж., 80, село, Республика Карелия).

Ещё одним важным маркером доверия пожилых людей в сельской местности была возможность быстрого приезда скорой помощи. Скорая помощь выступала для пожилых людей в сельской местности нередко единственным способом получения экстренной помощи. Именно служба скорой помощи воспринималась пожилыми людьми связующим звеном с городской медициной, возможностью получения качественной медицинской помощи, в то время как возможности и оснащённость местных пунктов сельские жители оценивали довольно низко:

«У нас здесь в селе в принципе на скорую только одна и надежда есть, потому что судите сами: в городе ты сам можешь дойти или хотя бы доползти до больницы, то здесь в сельской местности таких возможностей в принципе нет. И конечно, все это связано с тем, что вся надежда тогда на скорую. Ведь если что, они могут и помочь тебе быстро, и в город доставят. Важно, чтобы они хотя бы приезжали – пусть долго, но приезжали» (ж., 80, село, Республика Карелия).

Наши данные показали, что помимо получения экстренной помощи, через службу скорой помощи информанты в сельской местности пытались решить вопросы доступа к лекарствам. Иногда, не имея необходимой дозы жизненно важного лекарства, скорую помощь могли вызывать для его получения. Также вызов скорой помощи и её приезд были важны с точки зрения постановки правильного диагноза. Информанты отмечали, что такой диагноз было достаточно сложно получить в ФАП или в амбулатории. Таким образом можно отметить, что служба скорой помощи компенсировала множество несовершенств в вопросах оказания медицинской помощи пожилым жителям сельской местности.

Информанты в сельской местности подчёркивали, что отсутствие справедливости, выраженное в разрыве качества оказываемой медицинской помощи в городе и в сельской местности, является одним из значимых факторов, подрывающих доверие к сельской медицине. Они считали возможности сельских медицинских учреждений недостаточными для лечения различных заболеваний, особенно хронических и требующих консультаций квалифицированных специалистов.

Для информантов в городе ключевым маркером доверия к оказываемым медицинским услугам оказалось их качество. При этом качество медицинских услуг ранжировалось городскими информантами в зависимости от статуса самого учреждения. Так, «внизу» подобного рейтинга доверия оказывались поликлиники и районные больницы, «вверху» рейтинга были крупные медицинские центры федерального значения и центры, имеющие научную и исследовательскую базу:

«Я бы никогда не решилась просто делать операцию в какой-то больнице районного значения. Это в целом вообще даже не безопасно. Поэтому я сразу легла в этот центр (название удалено ввиду анонимизации данных исследования, – прим. автор), и в этом центре я в итоге и сделала операцию, и пока все хорошо» (ж., 69, Санкт-Петербург).

Также важным маркером доверия к медицинским учреждениям для пожилых горожан является опыт и статус врача в профессиональном сообществе. Ещё одним важным маркером для них стало оснащение самой поликлиники и больницы, наличие необходимой техники, а также специалистов, готовых на этой технике работать. Обобщим: наиболее важными маркерами доверия для пожилых людей-жителей города стали статус врача и медицинского учреждения, а также оснащённость медицинских учреждений.

Рассмотрев маркеры институционального доверия пожилых людей в городе и в сельской местности, отметим, что значимость оснащённости медицинского учреждения и наличие компетентного персонала, знакомого с имеющимся оборудованием, является важным маркером доверия для всех интервьюируемых вне зависимости от места жительства. Дальше начинаются различия, в которых прослеживается влияние существующего неравенства в доступе регионов к медицинской инфраструктуре и ресурсам: у пожилых жителей сельской местности в подавляющем большинстве прослеживается недоверие к качеству сельской медицины по сравнению с городской как в вопросах оснащённости, так и в вопросах качества оказываемых услуг (корректности поставленного ди-

агноза). Городские информанты, в свою очередь, имея больший выбор, в иерархии медицинских учреждений отводят районным поликлиникам самый низкий уровень, предпочитая центры федерального уровня, что тоже демонстрирует низкий уровень институционального доверия к медицине.

Представления о справедливости в контексте межличностного доверия к медицине. Значимым маркером доверия к медицине в сельской местности для пожилых людей выступает проживание фельдшера или врача ФАП в данной местности и его/её включение в сельское сообщество. Как правило, соседство и знакомство с фельдшером и врачами выступает залогом установления достаточно тесного общения и включения медика в сеть местных взаимодействий и в соседскую сеть на селе.

При этом те фельдшеры, которые приезжают в село из города или других сел и недостаточно интегрированы в локальное сообщество, расценивались пожилыми людьми негативно с точки зрения возможного доверия им:

«Раньше была у нас фельдшер Тамара, так она здесь сама выросла, и мы с ней с детства были знакомы. И вот до того момента, пока она не умерла, и потом как она скончалась, так и не смогли нам нормального фельдшера вообще-то прислать. То есть все присылали каких-то молодых, а они что, они же не знают, как это работать на селе в принципе-то, вот у них поэтому и возникает очень много проблем с такой работой, и в итоге, конечно, сейчас такая фельдшер, что к ней лучше и не ходить» (м., 69, село, Республика Карелия).

Другим важным маркером доверия стала значимость соседского общения и взаимодействий в соседском сообществе. Этот маркер напрямую не относится к медицинской помощи и связан скорее с недоверием к системе здравоохранения, однако для пожилых людей такой маркер подкреплял утраченное доверие к оказываемой медицинской помощи в сельской местности и служил возможностью для получения необходимого совета по лечению или покупки необходимых лекарств при наличии сложностей с обращением за помощью в ФАП или амбулаторию:

«Если бы не соседи, то, наверное, очень сложно было бы в принципе что-либо предпринимать, поскольку все-таки вы же понимаете, что здесь все достаточно сложно в плане того, чтобы хоть какую-то помощь получить в принципе. И вот, конечно, вся надежда на соседей. Они, если нужно, ведь могут и лекарства необходимые привезти, и, конечно, если это необходимо, как-то помочь вообще в целом. А так получается, что здесь по-другому и вообще не выжить в принципе, потому что нет здесь как таковой медицины» (м., 65, село, Республика Карелия).

Таким образом, для информантов из сельской местности важна интегрированность врачей в локальное сообщество и умение ориентироваться в нём. Не менее значимо наличие соседских сетей поддержки, доверие к которым в случае проблем со здоровьем могло быть выше, чем к местной медицине в контексте региональных инфраструктурных проблем оказания медицинской помощи в сельской местности.

Для пожилых жителей города основным маркером межличностного доверия стала налаженная коммуникация с врачами и медицинскими сотрудниками, работающими в поликлиниках и больницах. Значима возможность обратиться к врачу напрямую и получить консультацию в любое время. Также важной оказалось терапевтическое общение с пациентами, которое способствовало получению необходимой информации и улучшало взаимопонимание между врачом и пациентом:

«Я считаю, что самое главное — это когда ты можешь к своему врачу обратиться и позвонить ему в любое время, и он откликается. Это не так, как в поликлиниках, когда на приёме вам говорят: «Пришли!? И что вам надо!?» Здесь важно, что твой знакомый врач он всегда тебе может что-то подсказать и что-то посоветовать, это крайне важно в целом. И также важным выступает и то, что такие врачи должны быть хорошими профессионалами» (ж., 69, Санкт-Петербург).

Данный маркер доверия для пожилых горожан связан также со статусом медицинского работника-профессионала, который, как правило, определялся его статусом в профессиональном сообществе. О статусе врачей в профессиональном сообществе пожилые люди старались узнавать заранее из интернета, а затем уже обращаться к нужному специалисту. При выборе специалиста важным маркером доверия было наличие стажа работы в крупных медицинских центрах и в частных клиниках:

«Я вообще считаю, знаете, что все от врачей зависит и от того, насколько врач, который тебя лечит, профессионал. Потому что если врачу, скажем так, профессионализма не достаёт, то здесь очень много проблем потом начинает возникать. И конечно, если врач там работает в районной поликлинике и он уже по возрасту не молодой, да и плюс к тому, к примеру, видит плохо, то конечно, какое там лечение. Важен стаж, наличие степени тоже неплохо и, конечно же, наличие большого практического опыта» (ж., 65, Санкт-Петербург).

При этом пожилые люди в городах не считали важной соседскую поддержку и поддержку родственников. Они отмечали в интервью, что при оказании медицинской помощи наиболее значимы именно знакомство с врачом и медицинским работником, наличие межличностных взаимодействий, которые затем могли образовывать сеть поддержки пожилого человека в процессе лечения. Немаловажным для них является и статус медицинского работника, его профессиональные знания и навыки, а также опыт работы.

Врачам часто не хватает времени на спокойное общение с пациентами, имеющее важное терапевтическое значение. Все информанты подчёркивают недостаток такого взаимодействия, свободной коммуникации с медиками, попытки решения этой проблемы зависят от региона проживания. Так, сельские информанты отмечали, что интегрированность сельских врачей и фельдшеров в местное сообщество открывает возможности к неформальной коммуникации с ними, что играет важную роль в формировании доверия к врачам. Пожилые жители города старались наладить коммуникацию для непосредственного постоянного контакта с врачом, которого они тщательно отбирают на основании профессионального статуса, опыта и компетенций.

В контексте межличностного доверия все пожилые люди критиковали модель медицинской помощи, предполагающую «быстрые» визиты и ограниченное взаимодействие между врачом и пациентом. Все они подчёркивали, что бюрократизированность системы здравоохранения является одним из ключевых факторов её несправедливости и отмечали важность создания доверительных отношений через длительное общение и углублённое взаимодействие.

Заключение. При проведении исследования мы проанализировали данные интервью пожилых жителей Санкт-Петербурга и жителей сельских регионов Республики Карелия, опираясь на представления о справедливости в медицине через описание институциональных и межличностных маркеров доверия к системе здравоохранения.

Анализ показал, что оснащённость медицинских учреждений современным оборудованием и наличие компетентного персонала являются универсальными маркерами институционального доверия для всех информантов независимо от места проживания. Однако при сравнении городского и сельского контекстов проявились существенные различия, обусловленные структурным неравенством в доступе к медицинским ресурсам. Особенно заметным оказалось недоверие пожилых жителей сельской местности к качеству предоставляемых медицинских услуг. Это недоверие распространяется как на техническую оснащённость учреждений, так и на профессиональную компетентность медицинского персонала. Служба скорой помощи, по их мнению, предпочтительней и с точки зрения постановки диагноза, и как шанс попасть на лечение в больницу районного центра. Городские информанты демонстрируют более высокие стандарты выбора медицинских учреждений, при этом отдавая предпочтение федеральным центрам и академическим клиникам, что тоже подчёркивает неоднородность уровня доверия внутри системы здравоохранения.

С точки зрения межличностного доверия важной составляющей является качество взаимодействия между врачом и пациентом, возможность обсудить проблемы, почувствовать себя вовлечённым в проводимое лечение. Недостаток времени на полноценное терапевтическое общение был отмечен всеми информантами как серьёзный недостаток современной модели медицинской помощи. Однако стратегии преодоления этой проблемы различаются в зависимости от места проживания. Сельские информанты указывали на важность неформальной коммуникации, возможной благодаря тесной интеграции медицинских работников в местное сообщество. Пожилые жители города стремятся создать долгосрочные отношения с конкретными врачами, которых они тщательно выбирают по профессиональным критериям. Отметим, что для пожилых жителей сельской местности профессиональные критерии имеют меньшее значение, при отсутствии доверенного врача, межличностное доверие компенсируется соседскими взаимоотношениями.

Проведённое исследование подтверждает существование связи между представлениями о справедливости и доверием к оказываемым медицинским услугам. Доверие в сфере здравоохранения формируется под влиянием как объективных факторов (оснащённость учреждений, квалификация персонала), так и субъективных (качество межличностного взаимодействия). Особое внимание следует обратить на региональные различия в уровне доверия, которые требуют разработки дифференцированных подходов к совершенствованию системы здравоохранения. Дальнейшие исследования могли бы сосредоточиться на изучении эффективности различных моделей взаимодействия между врачами и пациентами, а также на анализе влияния цифровизации здравоохранения на уровень доверия среди пожилых людей. Все эти факторы оказывают влияние на индивидуальные представления о справедливости пожилых людей, что подчёркивает важность дальнейшего рассмотрения данной темы.

Библиографический список / References

1. Шарабчиев Ю. Т., Дудина Т. В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. 2013. № 4(4). С. 16–34. EDN [RHDHPF](#).
Sharabchiev Yu. T., Dudina T. V. Accessibility and quality of medical care: components of success. *Mezhdunarodnye obzory: klinicheskaya praktika i zdorov'e*. 2013;(4):16–34. (In Russ.).

2. Русинова Н. Л., Панова Л. В., Бурмыкина О. Н. Предикторы удовлетворённости потребителей услугами первичного здравоохранения // Социология медицины. 2006. № 2(9). С. 24–31. EDN [HDVKDI](#).
Rusinova N. L., Panova L. V., Burmykina O. N. The predictors of consumers' satisfaction of primary health care services. *Sociology of Medicine*. 2006;(2):24–31. (In Russ.).
3. Rojo-Pérez F, Fernández-Mayoralas G., Rodríguez-Rodríguez V. Active ageing and quality of life: A systematized literature review. In: Rojo-Pérez F, Fernández-Mayoralas G. (eds) *Handbook of active ageing and quality of life: From concepts to applications*. Cham: Springer; 2021. P. 63–96. DOI [10.1007/978-3-030-58031-5_4](#).
4. Вялых Н. А. Механизмы дифференциации потребления медицинской помощи в России: методологический поворот в современных социологических исследованиях // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2018. № 45. С. 122–137. DOI [10.17223/1998863X/45/13](#). EDN [YRWVLJ](#).
Vyalykh N. A. Differentiation mechanisms of medical care consumption in Russia: a methodological turn in contemporary sociological research. *Tomsk State University Journal of Philosophy, Sociology and Political Science*. 2018;(45):122–137. (In Russ.). DOI [10.17223/1998863X/45/13](#).
5. Галкин К. А. Особенности социальных неравенств в здоровье пожилых людей в России и Европе: обзор исследований // *Nomothetika: Философия. Социология. Право*. 2022. Т. 47, № 1. С. 14–22. DOI [10.52575/2712-746X-2022-47-1-14-22](#). EDN [DCKNDL](#).
Galkin K. A. features of social inequalities in the health of older people in Russia and Europe: research review. *Nomothetika: Philosophy, Sociology, Law*. 2022;47(1):14–22. (In Russ.). DOI [10.52575/2712-746X-2022-47-1-14-22](#).
6. Estlund D. Human Nature and the Limits (if Any) of Political Philosophy. *Philosophy & Public Affairs*. 2011;39(3):207–237. DOI [10.1111/j.1088-4963.2011.01207.x](#).
7. Haslanger S. *Resisting Reality: Social Construction and Social Critique*. Oxford: Oxford University Press; 2012. DOI [10.1093/acprof:oso/9780199892631.001.0001](#). EDN [UUVIMX](#).
8. Poortinga W., Bird N., Hallingberg B. [et al.]. The role of perceived public and private green space in subjective health and wellbeing during and after the first peak of the COVID-19 outbreak. *Landscape and Urban Planning*. 2021;211:104092. DOI [10.1016/j.landurbplan.2021.104092](#). EDN [VQIRVO](#).
9. Ugur Z. B. How does inequality hamper subjective well-being? The role of fairness. *Social Indicators Research*. 2021;158(2):377–407. DOI [10.1007/s11205-021-02711-w](#). EDN [HYOIDL](#).
10. Klabbers G., Bosma H., Kempen G.I.J.M. [et al.]. Do psychosocial profiles predict self-rated health, morbidity and mortality in late middle-aged and older people? *Journal of Behavioral Medicine*. 2014;37(3):357–368. DOI [10.1007/s10865-013-9493-x](#). EDN [SRYNOD](#).
11. Barlow J, Singh D, Bayer S, Curry R. A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2007;13(4):172–179. DOI [10.1258/135763307780908058](#).
12. Luo W., Yao J., Mitchell R. [et al.]. Locating emergency medical services to reduce urban-rural inequalities. *Socio-Economic Planning Sciences*. 2022;84:101416. DOI [10.1016/j.seps.2022.101416](#). EDN [ONNZNH](#).
13. Marmot M. Social justice, epidemiology and health inequalities. *European Journal of Epidemiology*. 2017;32(7):537–546. DOI [10.1007/s10654-017-0286-3](#). EDN [IXWKFO](#).
14. Arcaya M. C., Arcaya A. L., Subramanian S. V. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*. 2015;8(1):27106. DOI [10.3402/gha.v8.27106](#).
15. Савельева Ж. В., Мухарьямова Л. М., Кузнецова И. Б. Социальная справедливость в здравоохранении: опыт и оценки россиян // Мир России. Социология. Этнология. 2018. Т. 27, № 3. С. 154–179. DOI [10.17323/1811-038X-2018-27-3-154-179](#). EDN [RTFQEX](#).
Saveleva Zh. V., Mukharyamova L. M., Kuznetsova I. B. Social justice in healthcare in the experiences and judgments of Russians. *Universe of Russia*. 2018;27(3):154–179. (In Russ.). DOI [10.17323/1811-038X-2018-27-3-154-179](#).
16. Cookson R., Dolan P. Principles of justice in health care rationing. *Journal of Medical Ethics*. 2000;26(5):323–329. DOI [10.1136/jme.26.5.323](#). EDN [EPUCJH](#).
17. Sen A. Social justice and the distribution of income. In: *Handbook of income distribution*. 2000;1:59–85. DOI [10.1016/S1574-0056\(00\)80004-4](#).

18. Oliver A., Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2004;58(8):655–658. DOI [10.1136/jech.2003.017731](https://doi.org/10.1136/jech.2003.017731).
19. Dover D. C., Belon A. P. The health equity measurement framework: a comprehensive model to measure social inequities in health. *International Journal for Equity in Health*. 2019;18(1):1–12. DOI [10.1186/s12939-019-0935-0](https://doi.org/10.1186/s12939-019-0935-0). EDN [XTXWNQ](#).
20. Темницкий А. Л. Феномен справедливости в оплате труда медицинских работников // Мир России. Социология. Этнология. 2017. Т. 26, № 3. С. 64–89. DOI [10.17323/1811-038X-2017-26-3-64-89](https://doi.org/10.17323/1811-038X-2017-26-3-64-89). EDN [YZIDEF](#).
Temnitsky A. L. The phenomenon of justice in the labour remuneration of medical workers. *Universe of Russia*. 2017;26(3):64–89. (In Russ.). DOI [10.17323/1811-038X-2017-26-3-64-89](https://doi.org/10.17323/1811-038X-2017-26-3-64-89).
21. Кошарная Г. Б. Институциональное и межличностное доверие в консолидации российского общества // Власть. 2015. № 9. С. 125–129. EDN [UMYFOT](#).
Kosharnaya G. B. Institutional and interpersonal trust in the process of consolidation of the Russian society. *Vlast'*. 2015;(9):125–129. (In Russ.).
22. Kaasa A., Andriani L. Determinants of institutional trust: the role of cultural context. *Journal of Institutional Economics*. 2022;18(1):45–65. DOI [10.1017/s1744137421000199](https://doi.org/10.1017/s1744137421000199). EDN [IBCXQY](#).
23. Bornstein B. H., Tomkins A. J. Institutional trust: an introduction. In: Bornstein B., Tomkins A. (eds) *Motivating cooperation and compliance with authority*. Nebraska symposium on motivation. Cham: Springer; 2015. P. 1–11. DOI [10.1007/978-3-319-16151-8_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-16151-8_1).
24. Кученкова А. В. Межличностное доверие в российском обществе // Социологические исследования. 2016. № 1(381). С. 26–36. EDN [VSLWUH](#).
Kuchenkova A. V. Interpersonal trust in Russian society. *Sociological Studies*. 2016;(1):26–36. (In Russ.).
25. Hupcey J. E., Miller J. Community dwelling adults' perception of interpersonal trust vs. trust in health care providers. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15(9):1132–1139. DOI [10.1111/j.1365-2702.2006.01386.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01386.x).
26. Temkina A., Rivkin-Fish M. Creating health care consumers: The negotiation of un/official payments, power and trust in Russian maternity care. *Social Theory & Health*. 2020;18(4):340–357. DOI [10.1057/s41285-019-00110-3](https://doi.org/10.1057/s41285-019-00110-3). EDN [MBGPKH](#).
27. Здравомыслова Е. А., Темкина А. А. «Врачам я не доверяю», но... Преодоление недоверия к репродуктивной медицине // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине. Санкт-Петербург : ЕУ СПб, 2009. С. 179–210. EDN [NQKYKZ](#).
Zdravomyslova E. A., Temkina A. A. 'I don't trust doctors', but... Overcoming mistrust in reproductive medicine. In: *Health and trust: gender approach to reproductive medicine*. St. Petersburg: EU SPb; 2009. P. 179–210. (In Russ.).
28. Natalier K., Willis K. Taking responsibility or averting risk? A socio-cultural approach to risk and trust in private health insurance decisions. *Health, Risk & Society*. 2008;10(4):399–411. DOI [10.1080/13698570802167413](https://doi.org/10.1080/13698570802167413).
29. Holt-Lunstad J., Uchino B. N. Social ambivalence and disease (SAD): a theoretical model aimed at understanding the health implications of ambivalent relationships. *Perspectives on Psychological Science*. 2019;14(6):941–966. DOI [10.1177/1745691619861392](https://doi.org/10.1177/1745691619861392).
30. Talbert N., Wong N. In whom we trust: the effect of trust, subjective norms, and socioeconomic status on attitudes and COVID-19 vaccination intentions. *Health Communication*. 2025:1–14. DOI [10.1080/10410236.2025.2456995](https://doi.org/10.1080/10410236.2025.2456995).
31. Торхова Е. Л. Анализ цифровой трансформации учреждений здравоохранения в Санкт-Петербурге // Экономика и бизнес: теория и практика. 2020. № 7(65). С. 230–233. DOI [10.24411/2411-0450-2020-10628](https://doi.org/10.24411/2411-0450-2020-10628). EDN [HRHCHO](#).
Torkhova E. L. Analysis of digital transformation of health care institutions in St. Petersburg. *Ekonomika i biznes: teoriya i praktika*. 2020;(7):230–233. (In Russ.). DOI [10.24411/2411-0450-2020-10628](https://doi.org/10.24411/2411-0450-2020-10628).
32. Кадникова Т. Г. Некоторые аспекты реализации государственной программы в сфере здравоохранения на примере Республики Карелия // Вектор экономики. 2017. № 11(17). С. 28. EDN [ZWPKJX](#).
Kadnikova T. G. Some aspects of the implementation of the state program in the sphere of public health in the example of the republic of Karelia. *Vektor ekonomiki*. 2017;(11):28. (In Russ.).

Поступила: 21.01.2025. Доработана: 01.03.2025. Принята: 13.03.2025.

Сведения об авторе:

Галкин Константин Александрович, кандидат социологических наук,
старший научный сотрудник, Социологический институт РАН – филиал ФНИСЦ РАН.
Санкт-Петербург, Россия.

Kgalkin1989@mail.ru

Author ID РИНЦ: 850737; ORCID: 0000-0002-6403-6083

K. A. Galkin¹

¹ SI RAS – FCTAS RAS. St. Petersburg, Russia

INDIVIDUAL PERCEPTIONS OF EQUITY IN THE CONTEXT OF INSTITUTIONAL AND INTERPERSONAL TRUST IN MEDICINE BY THE OLDER

Abstract. The article examines individual perceptions of older people about fairness in the health care system through the prism of institutional and interpersonal trust. The empirical base of the study includes 40 semi-structured interviews with residents of St. Petersburg and rural areas of the Republic of Karelia aged 66-85. The results obtained allowed us to identify markers within the framework of the analysis of institutional and interpersonal trust that characterise similarities and differences in attitudes to the health care system among the considered category of citizens. The common markers of institutional trust for all respondents are the availability of modern equipment and competent staff. Older people in rural areas show significant distrust in local medicine, preferring ambulance services as a more reliable channel for receiving quality medical care. Attitudes towards the status of and trust in medical institutions vary significantly depending on the place of residence. Common interpersonal markers of trust include the presence of interactions and contacts with doctors and minimisation of bureaucratised communication. The integration of medical workers into the rural community and neighbourly help, which mitigated distrust in rural medicine and its possible problems, also proved to be important for rural residents. The study showed that individual perceptions of fairness were quite strongly influenced by trust in health care, and lack of trust affected older people's understanding of fairness. The close relationship between objective characteristics of medical care and subjective perception of its fairness requires the development of differentiated approaches to improving the health care system, taking into account regional peculiarities.

Keywords: health, medicine, older people, justice in medicine, trust in medicine

For citation: Galkin K. A. Individual perceptions of equity in the context of institutional and interpersonal trust in medicine by the older. *Science. Culture. Society.* 2025;31(1):59–70. (In Russ.). <https://doi.org/10.19181/nko.2021.31.1.5>

Received: 21.01.2025. Corrected: 01.03.2025. Accepted: 13.03.2025.

Information about the author:

Konstantin A. Galkin, Candidate of Sociology, Senior researcher, Sociological Institute,
Federal Center of Theoretical and Applied Sociology,
Russian Academy of Sciences, St. Petersburg, Russia.

Kgalkin1989@mail.ru

ORCID: 0000-0002-6403-6083