

УДК 303.423.3:303.61:614.44(47+57)

ФАКТОРЫ И ПРОБЛЕМЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИЗМЕРЕНИЯ ДОВЕРИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА К СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Вялых Никита Андреевич,
sociology4.1@yandex.ru

Беспалова Анна Александровна,
anna_isir@mail.ru

Зарбалиев Вадим Загиддинович,
zarbaliev@mail.ru

Южный федеральный университет,
Россия, 344006, г. Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, 160

Вялых Никита Андреевич, кандидат социологических наук, доцент кафедры теоретической социологии и методологии региональных исследований Института социологии и регионоведения Южного федерального университета.

Беспалова Анна Александровна, кандидат социологических наук, старший преподаватель кафедры теоретической социологии и методологии региональных исследований Института социологии и регионоведения Южного федерального университета.

Зарбалиев Вадим Загиддинович, аспирант Института социологии и регионоведения Южного федерального университета.

*В статье рассматриваются особенности и методологические основания социологического исследования социального доверия в сфере здравоохранения. **Актуальность** продиктована практической и научной значимостью преодоления разногласий в понимании социальной сущности феномена доверия в контексте вынужденной коррекции вектора трансформации института здравоохранения в современной России. **Цель** – создание интегративного теоретического подхода к комплексной оценке факторов формирования и воспроизводства социального доверия потребителей медицинской помощи в условиях пандемии COVID-19. Новизна работы заключается в применении **методологии** социологического конструктивизма, которая делает возможным исследовать одновременно ментальные и институциональные факторы, конституирующие дискурс кризиса доверия общества к услугам здравоохранения. **По результатам** системно-семантического анализа проблемно-предметной области определены познавательные ограничения современных концепций, связанные с редукцией социального доверия исключительно к позитивному восприятию медицинских услуг и их объективированной доступности. Параметрами оценки социального доверия к системе здравоохранения в период пандемии COVID-19 являются: отношение потребителей медицинской помощи к врачам и медицинским организациям; степень удовлетворения медицинских потребностей и самооценка статуса здоровья; типичные практики самосохранительного поведения; согласованность интересов различных агентов; эмоциональный настрой, страхи и ожидания от медицинского вмешательства (включая вакцинацию); макроуровневый социально-психологический контекст, вектор государственной политики здравоохранения и культуру общественного здоровья. На основе эмпирических данных проанализирована динамика общественного мнения об эффективности системы российского здравоохранения и ее основных проблемах в сложной эпидемиологической ситуации. Сделан **вывод** о необходимости как системной регуляции институциональных механизмов доверия, так и повышения резерва личной ответственности и адаптационного потенциала потребителей медицинской помощи.*

Ключевые слова: Институт здравоохранения, социальное доверие, российское общество, социологический конструктивизм, пандемия COVID-19, потребители медицинской помощи.

Введение

Отношение населения к здравоохранению является важной составляющей социальной стабильности в стране и условием снижения издержек институциональной трансформации. С экспансией пандемии COVID-19 социологи реанимировали подзабытые после глобальных экономических кризисов штампы – «новая нормальность», «новая повседневность» (она же «сломанная») и стали активно подставлять их ко всем темам своих научных изысканий. В условиях пресловутой новой нормальности российское здравоохранение дрейфует последние 20–30 лет, а пандемия не оказала кардинального влияния на дифференциацию социального настроения российских потребителей медицинской помощи. Она лишь обострила хронический институциональный кризис, поскольку социальные различия в доступе к услугам здравоохранения наиболее болезненно переживаются российским социумом. Вместе с тем пандемия новой коронавирусной инфекции существенно скорректировала вектор трансформации института здравоохранения в России и мире, а организационно-финансовая перестройка отрасли под условия сложной эпидемиологической ситуации неизбежно приводит, как правило, с задержкой, к изменению поведенческих здравоохранительных практик.

Противоречие между непростыми условиями функционирования института здравоохранения, вектором его модификации в период пандемии COVID-19, с одной стороны, и с другой – потребностями, ожиданиями, запросами людей в сфере медицинского обеспечения расширяет зону социальной конфликтности в обществе. Причем если раньше, до экспансии новой коронавирусной инфекции, речь преимущественно шла только о недоверии потребителей медицинской помощи к институту здравоохранения, то теперь проблема носит многосторонний и многоуровневый характер [1], поскольку власть и представители профессионального медицинского сообщества тоже не доверяют обществу и друг другу. Добавим к этому коктейлю интересы других игроков, о которых обычно говорят реже: страхового медицинского бизнеса, производителей медикаментов и медтехники, территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ОМС), региональных минздравов и горздравов, рекламных агентов, медицинские вузы, средства массовой коммуникации, аптеки. Смесь получается довольно взрывоопасной.

Тему статьи актуализируют также чисто научные дискуссии, а точнее – возможные когнитивные ловушки, заблуждения и штампы, которые существенно сужают потенциал щедрой на разнообразные инструменты познания методологии и техники социологического мышления. Большинство авторов, как российских, так и зарубежных, оперируют понятием доверия аксиоматически, лишь подразумевая между строк его атрибутивные признаки, но не уточняя вкладываемый смысл. Посредством системно-семантического анализа мы предпримем попытку концептуально выйти из логического порочного круга, когда на практике данный феномен измеряют вопросом «Доверяете ли вы ...?» и всевозможными ранговыми шкалами. В самом вопросе ничего плохого нет. Он обязательно должен присутствовать в инструментарии, хотя бы как контрольный, причем не так важно, применяем ли мы количественную или качественную стратегию. Дело совсем в ином: у любого социолога осознанно или неосознанно присутствует искушение переложить решение основной научной проблемы на респондентов, задавая им прямые вопросы. Проведение исследований феномена доверия в здравоохранении, равно как и любой социально значимой проблемы, целесообразно только тогда, когда ученые посредством методологии социологического познания готовы «договариваться» о понятиях, признаках и их эмпирических аналогах с коллегами и прежде всего с самими собой, как бы странно это не звучало.

Проблемы концептуализации социального доверия общества к системе здравоохранения в социологии

Амбивалентность общей методологии социального познания проецируется и на частные социологические концепции. Когнитивное разнообразие трактовок доверия к системе здравоохранения связано прежде всего с методологической и парадигмальной ориентацией, в рамках которой отдельный исследователь или проектная группа осуществляют свою деятельность. Методологическая платформа авторского коллектива – неоклассическая модель социологического познания, предполагающая интеграцию, а не противопоставление принципов объективистского и субъективистского подходов [2]. Поэтому статья фокусируется и на ментальных, и на институциональных факторах, конституирующих доверие и недоверие общества к системе здравоохранения в период пандемии.

Мы исходим из научной целесообразности изучения структурных компонентов здравоохранения и поведенческих паттернов потребителей медицинской помощи в их диалектической взаимосвязи. В границах методологического пространства интегративной социологической парадигмы социальная реальность предстает как конструируемая, а значит, динамическая, заранее не заданная, регулируемая на социальном уровне в зависимости от потребностей, ожиданий, установок, субъективного восприятия ситуации. Такой взгляд делает возможным рассматривать макро- и микропроцессы повседневной реальности здравоохранения как взаимосвязанные и взаимообусловленные. Доверие и копинг-стратегии потребителей медицинской помощи представляют собой не просто формы и эмоциональные оттенки реагирования личности на стрессовые ситуации, а динамические аспекты взаимодействия между человеком и контекстом кризисной эпидемиологической ситуации в здравоохранении [3].

Представители современной западной социологии уделяют особое внимание выявлению корреляционной связи между доверием и базовыми социально-демографическими характеристиками потенциальных пациентов (пол, возраст, этническая принадлежность) [4]. Ряд исследователей смещает фокус на параметры функционирования медицинских организаций, личные качества медработников (компетентность, коммуникативные навыки, социальное самочувствие) [5–7]. При этом значение когнитивных (взаимодействие с информацией, логика выбора модели поведения, внимание к здоровью) и некогнитивных (эмоциональный интеллект, мотивация, локус контроля) аспектов медицинской активности населения обычно остается за скобками социологической экспертизы. К примеру, в условиях цифровизации основную функцию по поддержанию социального доверия к институту здравоохранения, по данным А.С. Федонникова и Е.А. Андрияновой, выполняет онлайн-коммуникация, обеспечивающая партисипативность – активное участие пациента в управлении своим здоровьем. Пациентоориентированная, персонализированная парадигма лечения и реабилитации помогает сгладить, на взгляд ученых, «противоречие между технократическим и ценностным подходами к регулированию отношений между субъектами здравоохранения» [8, с. 95], т. е. нивелировать издержки парадоксальной культуры российского здравоохранения, постоянно балансирующей между стандартизованными регламентами оказания медицинской помощи и необходимостью учета индивидуальных для каждого пациента биопсихосоциальных факторов.

Доверие является в первую очередь социальной конструкцией, которая связана с отношениями между различными субъектами общества. Решающее значение и наиболее высокие ставки проблема доверия приобретает в сфере здравоохранения. Если в бытовой повседневности, например на фруктово-овощном рынке, мы можем адекватно

оценить качество товара и обслуживания, не имея экспертных знаний, специального образования и практики ведения сельского хозяйства, то на рынке медицинских услуг все уже совсем по-другому. Обычно доверие рассматривается как одно из условий эффективного функционирования системы здравоохранения, поскольку приводит к уменьшению сложности во взаимодействии между социальными агентами. Однако, на наш взгляд, это достаточно поверхностное, стереотипное понимание феномена. Социальное доверие может выполнять как позитивную, так и негативную роль. То же, вопреки расхожему мнению, касается и его дихотомической пары – недоверия. Социальное доверие/недоверие – это прежде всего механизм адаптации (индивидуальной и коллективной), дифференцирующий и одновременно интегрирующий общественное мнение о здравоохранении на микро- и макроуровне его организации.

В социальном управлении главным условием институционального доверия обычно понимается наличие «достаточного уровня технического оснащения и квалификации, чтобы в достаточной мере реализовать поставленные цели, удовлетворить социальную потребность и, что немаловажно, информированность об уровне оснащения другой стороны, вступающей в институциональные взаимоотношения» [9, с. 121]. Идея вполне ясная и рациональная, но в социологических исследованиях надо брать в расчет также социально-психологические условия и критерии, а именно доверие человека самому себе, своей интуиции, эмоциям, эмпатическим откликам, а не только репутации провайдера медицинской помощи и его ресурсной базе. Это своего рода «проклятие знанием» социологического метода – пытаться сделать жизнь людей, общества лучше, видя в человеке всего лишь индивида, социально-ролевого робота, номинальную личность как сгусток общественных отношений. Нельзя списывать со счетов иллюзию потребительского выбора в сфере здравоохранения. Можно ли назвать ситуацией выбора согласие на госпитализацию (операцию, рискованное лечение) или несогласие (отказ от лечения, процедур), когда человек получает только одно предложение, рекомендацию или вообще не располагает какими-то достоверными сведениями о своей внутренней картине болезни/здоровья? Кроме того, малоизученным остается вклад семейного доверия в отношение к социальным эффектам пандемии и посредническая роль семьи в формировании здоровьесберегающих практик [10].

Н.Н. Камынина, К.О. Короткова и Ю.Н. Скулкина подчеркивают проблематичность имплементации позитивного опыта формирования доверия развитых стран, потому что структура различных национальных моделей здравоохранения уникальна и «доверительные отношения индивида или общества к врачам, учреждениям и институтам формируются историей, структурой и особенностями участников этих отношений» [11, с. 90]. Так, успех, пусть и переменный, борьбы с коронавирусом в Израиле исследователи объясняют результатом десятилетнего предоставления надежных и профессиональных медицинских услуг, позволяющих населению полагаться на систему здравоохранения в период неопределенности с вакцинацией [12]. Это говорит о том, что элиминировать недоверие невозможно только средствами информационной пропаганды и основанной на фактах прозрачной коммуникации, если имеется противоречивый и неоднозначный исторический бэкграунд взаимоотношения потребителей с другими агентами здравоохранения [13].

Широко распространен подход, согласно которому доверие в системе здравоохранения рассматривается в трех проекциях: доверие к личности медицинского работника, которое складывается в процессе непосредственного взаимодействия (межличностное доверие); к медицинским организациям (институциональное доверие); к системе здравоохранения в целом (системное доверие) [14]. Зарубежные авторы, придержи-

вающиеся акционистских позиций, подчеркивают гетерогенность социального доверия в здравоохранении, т. к. потребительский выбор – это не игра в казино или подбрасывание монеты. С каждым годом, тем более с началом пандемии, повышаются автономия пациента и его роль в осознанном принятии решений, основанных на принципах доказательной медицины и здравого скепсиса [15]. Но системный взгляд не менее популярен в науке. Существенное внимание уделяется ресурсной составляющей государств как фактору социальной устойчивости института здравоохранения [16, 17]. Особенно значим данный параметр для стран с низким и средним уровнем финансового и технологического развития общественного здравоохранения.

Характер отношения населения к институту здравоохранения, с одной стороны, является социокультурным условием повышения доступности и качества медицинской помощи, с другой – показателем результативности и согласованности действий различных акторов. Социальное доверие, как и доступность услуг здравоохранения, существует не объективированно, а конституируется в головах людей, являясь субъективной оценкой доброжелательности, открытости и эффективности системы. При этом мало кто из социологов обращает внимание на поведенческий фактор доступности медицинской помощи, анализируя преимущественно ее контекстуальные измерения. Доступность зависит не только от ресурсности института здравоохранения и внешних условий (финансовых, организационных, территориальных, кадровых, технологических, технических), хоть они и очень важны, но от типичных моделей поведения потребителей медицинской помощи, от осознания медицинской потребности, выбора варианта действия (либо уклонения от такового, терпения, избегания), мобилизации личного капитала (социального, культурного, экономического) и, наконец, от самооценки здоровья и ощущаемой степени удовлетворения контактами с медицинскими организациями.

Несмотря на длительную историю социологических исследований доверия в различных сегментах общественной жизни, поиск системы индикаторов, позволяющих эмпирически определить его степень, до сих пор остается актуальным [18]. О.В. Васильева, рассуждая о подходах к операционализации категории качества жизни, отмечает, что объективные показатели «представляют собой внешнюю (экспертную) оценку достаточности ресурсов, которые необходимы для удовлетворения потребностей, лежащих в основе высокого качества жизни, а субъективные – как показатель того, насколько эти потребности удовлетворяются с точки зрения их носителей» [19, с. 65]. То же самое справедливо и по отношению к проблеме социального доверия в российском здравоохранении, ресурсы которого ограничены, исчерпаемы и территориально не равномерны.

А.В. Саблуков и И.И. Никулина предлагают методику оценки уровня доверия по ряду индексов: индексу общего доверия компонентам системы здравоохранения, индексу удовлетворенности услугами и индексу уверенности [20]. А.В. Лядова и М.В. Лядова называют несформированность здоровьесберегающего поведения и ценности здоровья среди населения одной из ключевых причин завышенных ожиданий от здравоохранения и, как следствие, недоверия к нему [21]. А.М. Сорокина делает акцент на институциональном характере социальных взаимодействий, т. к. внутри системы здравоохранения происходят процессы переноса восприятия от отдельного человека на системный уровень и обратно на уровень межличностной коммуникации [22, с. 586], что вполне логично, если опираться на психологические концепты проекции/интроекции.

Эмпирическими индикаторами доверия пациента к конкретному врачу и медицинской организации могут служить: характер нормативно-правовой базы и правовой

культуры агентов, степень анонимности и конфиденциальности, качество и достоверность информации о медицинском вмешательстве, уровень автономии, доля риска и неопределенности, опыт и история обращений за медицинской помощью, интуиция (доверие себе) [23, 24]. Система социологической оценки доверия/недоверия должна включать наряду с субъективными ощущениями потребителей объективные показатели доступности и качества медицинской помощи, а именно: соответствие ожиданий и результатов оказания медицинской помощи, назначение правильной дозировки медикаментов, способов диагностики и лечения, возможность оперативной записи на прием, своевременное направление на лечение и выписку из больницы, риторику политических решений в сфере медицинского обеспечения [25].

Р. Дж. Ковач, М. Лагард и Дж. Кэрнс тоже считают важным в ходе исследования учитывать в равной мере индивидуальные и контекстуальные измерения микроуровневого доверия: образование пациентов, продолжительность медицинского наблюдения, вид оказываемой медицинской помощи, социально-статусные качества медицинских работников, возможность оперативной связи пациента с лечащим врачом, ценность здоровья в диспозиционной структуре личности, специфику социокультурного окружения потенциального пациента, страх врачебной ошибки, боязнь телесного дискомфорта [4].

Итак, общепринятого определения доверия к институту здравоохранения в социологической науке не представлено, поскольку изучение данного феномена ведется в рамках разных парадигм, концепций и подходов. К тому же каждый ученый стремится предложить оригинальную трактовку и фокусируется, как правило, на каких-то отдельных аспектах. Поэтому возникают сложности социологического измерения общественных настроений в динамике и сопоставления результатов различных эмпирических проектов. Впрочем, не будет ошибкой признать, что социальное доверие – неписаное соглашение между двумя или более акторами, в соответствии с которым выполняется ряд согласованных действий, когда опасения изменений правил игры по ходу самой игры с какой-либо стороны минимальны. Оно подразумевает признание пациентом своей уязвимости и уверенность в эффективности медицинского вмешательства [15]. Его ключевыми атрибутивными признаками в сфере здравоохранения являются: эмоциональная окрашенность, присутствие риска и неопределенности, наличие социального взаимодействия. Формами проявлениями доверительного отношения, по мнению М.С. Моисеенко, являются ориентация на вероятность благоприятного будущего, взаимные моральные либо ценностные обязательства, конвенции, убеждения, интересы, санкции и даже принуждение [26]. Пандемия показала, что все перечисленные инструменты реально работают в системе здравоохранения любой страны, пусть и в разной конфигурации.

Здравоохранение в современной России: от факторов доверия к фактору пандемии

С начала пандемии и до сего дня российское здравоохранение испытывает колоссальную нагрузку, рабочий процесс в регионах перманентно перестраивается и корректируется с учетом эпидемиологической обстановки в конкретный диапазон времени. В таких условиях неизбежны сбои, задержки, ошибки, даже если не брать в расчет не самые благоприятные входные данные системы здравоохранения в России на начало 2020 г. Но нужно быть объективными и признать, что правительство страны мобилизовало все доступные организационно-финансовые ресурсы, отреагировав на пандемию беспрецедентными по масштабу мерами, среди которых особо выделяются: бесплатное лекарственное обеспечение ковид-пациентов, подготовка специализированных госпи-

талей и отделений, форсированное переоснащение коечного фонда и переподготовка медицинского персонала, вакцинация населения, материальное стимулирование трудовой деятельности медицинских работников [27].

Новый формат работы медицинских организаций постоянно находится в сфере внимания различных каналов массовой коммуникации, роль которых очень неоднозначна. Влияние медиа на социальное доверие можно сравнить с воздействием всевозможных сообщений новостной ленты на котировки акций и биржевые индексы на фондовом рынке, когда без объективных фундаментальных предпосылок акции компаний становятся чересчур волатильными. То же, по сути, происходит и с доверием/недоверием российского общества к здравоохранению, которое еще никогда не было настолько политизировано как сейчас. Отсутствие корректной и прозрачной информации способно существенно снизить уровень доверия к системе здравоохранения, а дезориентация, порою целенаправленная и системная, конвертирует социальное доверие в недоверие. Во многих странах наблюдается увеличение числа популистских партий, политиков-демагогов, эксплуатирующих ковид-проблематику в своих личных и корпоративных интересах, из-за чего население утрачивает доверие сначала к властям, а затем и к профессиональному экспертному сообществу [28].

Социологи обращают внимание на подрывающие доверие характеристики информационного потока, среди них: акцент на ошибках медицины вместо ее достижений; противоречивость информации; расхождение между официальными декларациями о системе здравоохранения и реальным положением дел; фрагментарность информационной среды, существование негативных информационных пузырей; широкий спектр антинаучных заблуждений, спекуляции о завышенных ожиданиях, использование ложных аналогий [29]. М.О. Макушева и Т.А. Нестик добавляют к этому ряду «рассогласованность действий чиновников, подозрения в сокрытии информации, дефицит проявления эмпатии и двусторонних коммуникаций, чувство несправедливости и разочарование, вызванное нарушенными обещаниями» [30, с. 429]. Социальные психологи отмечают в целом агрессивный характер транслируемых сообщений в средствах массовой коммуникации, которые рисуют опасную картину мира, снижают доверие человека не только к другим, но и к себе, разрушают «его социальные связи и групповую сплоченность, а также актуализирует социальные страхи, усиливая ощущение социальной изоляции» [31, с. 27].

Одним из значимых показателей эффективности системы здравоохранения в России является степень удовлетворенности качеством и доступностью медицинских услуг. Для типичного российского пациента, в отличие, скажем, от североамериканского или западноевропейского, возможность просто физически попасть в кабинет врача куда важнее, чем пол, этнос и *soft skills* провайдера медицинской помощи.

В 2017 г. Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) представил данные социологического исследования, ориентированного на выявление оценок россиян по отношению к общей ситуации в здравоохранении и услугах, предоставляемым по программе ОМС. На тот момент отношение к системе здравоохранения в обществе не отличалось высокими показателями: всего 9 % опрошенных позитивно оценили положение дел в российской системе здравоохранения, 37 % – удовлетворительно, а 52 % – отрицательно. Среди проблем респонденты чаще других отмечали неудовлетворительный уровень профессионализма врачей (37 %); нехватку врачей (37 %); слабую доступность медицинской помощи для населения (35 %); ограниченную обеспеченность учреждений новейшим оборудованием (31 %) [32]. В 2019 г., согласно опросу Фонда «Общественное мнение» ($N = 1500$ чел. в возрасте старше 18 лет из

53 субъектов РФ) только 7 % респондентов считали, что дела в российском здравоохранении обстоят хорошо, 35 % – удовлетворительно, 53 % – плохо, 5 % – затрудняются ответить [33]. Конечно, приведенные данные дают лишь самое общее представление об отношении общества к услугам здравоохранения и не содержат конкретики, но в то же время тренд на снижение доверия был достаточно очевиден.

Согласно результатам регионального социологического обследования на Юге России, проведенного нами незадолго до пандемии в 2019 г. по гранту Президента РФ «Социальная сущность и механизмы дифференциации потребления медицинской помощи в российском обществе» ($N = 853$ чел., анкетный опрос жителей Ростовской области, Краснодарского края, Республики Крым, Адыгеи, Астраханской и Волгоградской областей, Ставропольского края; способ отбора респондентов – квотная целевая выборка), уровень обобщенного доверия к медицинским организациям, в которые жителям приходилось обращаться постоянно или время от времени был скорее выше среднего: 15,1 % – вполне доверяли, 52,1 % – по большей части доверяли, 29,2 % – очень мало доверяли, 3,6 % – не доверяли совсем. Только здесь нужно учитывать социальную неоднородность этого доверия. Оно было сравнительно выше, во-первых, среди людей 18–45 лет с отличной и хорошей самооценкой здоровья, без подтвержденных хронических заболеваний, во-вторых, в подгруппе имевших постоянного врача, в-третьих, в социальных группах с доходами от 45 тыс. руб. в месяц [34].

Опрос ВЦИОМ в 2021 г. ($N = 1600$ чел. в возрасте от 18 лет, метод опроса – телефонное интервью) зафиксировал сдержанно-оптимистический настрой общества. 46 % россиян отметили, что российская система здравоохранения в определенной степени справляется с большой нагрузкой в условиях пандемии (из них 40 % дали ответ «Скорее справляется» и 6 % указали вариант «Полностью справляется»), 49 % респондентов заняли противоположную позицию (33 % от всех опрошенных дали ответ «Скорее не справляется», а 16 % – «Совершенно не справляется»). При этом у половины респондентов (51 %) за время пандемии не изменилось отношение к представителям медицинских профессий (независимо от того, работают они с коронавирусными пациентами или нет), у четверти опрошенных (25 %) отношение улучшилось, у 18 % – ухудшилось [35].

Немаловажным фактором доверия к институту здравоохранения, который зачастую игнорируется в научных исследованиях, является самосохранительное поведение личности. Специалисты сектора социальных проблем здоровья Института социологии ФНИСЦ РАН пришли к выводу о том, что причина ухудшения здоровья российского общества кроется в низком уровне медицинской информированности, санитарно-гигиенической и экологической культуры [36, 37]. Если под социальным институтом здравоохранения мы подразумеваем не только систему оказания профессиональной медицинской помощи, но и модели самосохранительной активности, здоровьесберегающие практики человека и социальных групп, то в ходе социологической диагностики отношения общества к здравоохранению надо принимать в расчет самооценку физического, психического, душевного, социального здоровья и практики заботы о нем.

Ученые сходятся во мнении, что низкий уровень доверия между общественностью, правительствами, социальными системами, здравоохранением, наукой зачастую приводит к недопониманию и социальным разногласиям, которые препятствуют эффективному управлению социальными процессами в период пандемии. При этом не всегда наблюдается перекрестный характер отношения общества к различным институтам. Допустим, человек может демонстрировать высокий уровень доверия к национальной системе здравоохранения, но относительно низкий – к средствам массовой коммуникации или политическим элитам.

Изменились время и условия – поменялся общественный и научный дискурс доверия/недоверия к системе здравоохранения на социетальном уровне. Социально-экономические и социокультурные вызовы общественному здравоохранению в России и в мире дополнились политическим подтекстом. В период эскалации новой коронавирусной инфекции активизировались дискуссии о демократии и влиянии политических режимов на здоровье, остро встали вопросы тотального наблюдения, конфиденциальности персональных данных, социального контроля, свободы передвижения [38]. Ученые описывают сложившуюся ситуацию как парадокс приватности, при котором «государства, пытаясь решить краткосрочную проблему (ограничить распространение инфекции), подрывают доверие в долгосрочной перспективе» [39, с. 11].

Если говорить даже о социальном доверии/недоверии в узком смысле – только к медицинским организациям, то и здесь все очень опционально в зависимости от вида медицинской помощи (скорая, госпитальная, амбулаторная), типа учреждения (частная или бюджетная клиника), и, конечно, социально-статусных качеств пациентов (пол, возраст, профессия, образование, доход, территория постоянного проживания) и медицинских работников (сфера занятости, специализация, квалификация, опыт работы). Обращение к врачу муниципальной поликлиники по месту жительства в рамках программы ОМС – это одна история, где доверие пациента предполагает делегирование ответственности за свое здоровье в надежде на экспертное знание. Несколько иную значимость доверие приобретает в ситуациях, когда медицинская помощь превращается в товар и речь идет об экспорте услуги. Социальное доверие в этом случае становится «маркетинговым показателем в экономической системе, способным привлечь и удержать потенциального потребителя платных медицинских услуг, или, наоборот, снизить приток пациентов» [40, с. 728]. Ю.А. Зуенкова и С.В. Пронина по результатам маркетинговых исследований пришли к заключению о том, что в пандемию имеется спрос на платные медицинские услуги именно в государственном секторе здравоохранения, к которому у потребителей больше доверия, исходя из представлений о стабильности государственных учреждений, профессионализме медицинских работников, наличии полного спектра медицинского оборудования, информированности о качестве обслуживания [41].

Заключение

Современная методология социологического познания диктует курс на преодоление односторонности когнитивных установок классической (объективистской, реалистической) и неклассической (субъективистской, номиналистической) моделей научной рациональности за счет интеграции, на первый взгляд, несовместимых теорий и подходов. В русле этой тенденции социальное доверие потребителей медицинской помощи анализируется как следствие интерпретации личностного статуса здоровья и социальной ситуации в здравоохранении (на микро-, мезо- и макроуровне) и приписывания ей значений и смыслов в конкретном социокультурном контексте. Социокультурный контекст – это не просто фон социального доверия/недоверия потребителей медицинской помощи. С позиции неoinституционализма он налагает формальные и неформальные ограничения на реализацию позитивных практик здоровьесбережения либо предохраняет от ошибок в планировании индивидуальной стратегии и тактики медицинской активности.

Суть объективистского (макросоциологического) видения состоит в возможности исследовать поведенческие, культурные, социальные детерминанты доверия и недоверия в их целостности и взаимосвязи для объяснения дисфункциональных процессов в

системе здравоохранения в период пандемии. При этом существует вероятность недооценки ситуационных и внеинституциональных факторов социального доверия на микроуровне организации общественного здравоохранения. Методологические ограничения макросоциологического теоретизирования компенсируются концепциями субъективистского (микросоциологического) направления, открывающими путь к реконструкции доверия в качестве результата индивидуальных практик социальной адаптации акторов к новым условиям функционирования здравоохранения. Поведенческие, социально-конструктивистские концепции позволяют прочувствовать видимый, но незамеченный символический контекст преобразований в сфере здравоохранения, а также раскрыть глубину мотивов, ценностей и установок ключевых агентов.

В различных ситуациях как доверие, так и недоверие общества, социальных групп, человека могут выполнять и конструктивную и деструктивную функцию (зачастую одновременно). Дихотомическая пара «доверие/недоверие» в социологии является не каким-то статичным способом фиксации позитивной, нейтральной или негативной оценки социальных институтов и процессов, а ценностью, установкой, интегральным выражением представлений человека и общества, конструируемых в условиях деятельности и символического обмена. Следовательно, доверие/недоверие – результат индивидуального и коллективного жизненного опыта, в нашем случае – опыта взаимодействия с персоналом медицинских организаций и служб, включенности в сеть социальных коммуникаций (прямых и опосредованных), предметом которых так или иначе становятся вопросы общественного здоровья, медицинской практики и проблемы эффективности здравоохранения.

Исследование выполнено в рамках реализации гранта Президента РФ для государственной поддержки молодых российских ученых – кандидатов наук (МК-1818.2022.2) «Динамика социального доверия российского общества к институту здравоохранения в условиях пандемии COVID-19».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Understanding multilevel factors related to urban community trust in healthcare and research / M.W. Hooper, C. Mitchell, V.J. Marshall, C. Cheatham, K. Austin, K. Sanders, S. Krishnamurthi, L.L. Grafton // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2019. – V. 16. – № 18. URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/18/3280/htm> (дата обращения: 17.01.2022).
2. Вялых Н.А. Социальные факторы дифференциации потребления медицинской помощи: объективизм VS субъективизм // *Вестник науки Сибири*. – 2018. – № 4. – С. 158–170. URL: <https://jwt.su/journal/article/view/846/853> (дата обращения: 17.01.2022).
3. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. – New York: Springer, 1984. – 456 p.
4. Kovacs R.J., Lagarde M., Cairns J. Measuring patient trust: comparing measures from a survey and an economic experiment // *Health Economics*. – 2019. – V. 28. – № 5. – P. 641–652.
5. Methodological matrix for sociological study of social well-being of the professional medical community during a complex epidemiological situation / N.A. Vyalykh, O.A. Nor-Arevyan, O.Y. Posukhova, O.S. Mosienko, A.I. Cherevkova // *Turismo: Estudos & Práticas*. – 2021. – № 1. URL: <https://geplat.com/rtep/index.php/tourism/article/view/875/836> (дата обращения: 21.01.2022).
6. Нор-Аревян О.А. Консолидация профессионального медицинского сообщества в условиях пандемии коронавируса (на материалах глубинных интервью в Ростовской области) // *Гуманитарий Юга России*. – 2021. – № 3 (49). – С. 77–89.
7. An integrative total worker health framework for keeping workers safe and healthy during the COVID-19 pandemic / J.T. Dennerlein, L. Burke, E.L. Sabbath, J.A.R. Williams, S.E. Peters, L. Wallace, M. Karapanos, G. Sorensen // *Human Factors*. – 2020. – V. 62. – № 5. – P. 689–696.
8. Федонников А.С., Андриянова Е.А. Риски доверия к институту медицины в условиях цифрового здравоохранения: теоретический анализ и практика управления // *Саратовский научно-медицинский журнал*. – 2020. – Т. 16. – № 1. – С. 94–98.
9. Быстрянец П.С. Методология исследования и оценки институционального доверия в социальных институтах и управлении // *Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета*. – 2018. – № 2 (110). – С. 119–122.

10. Роль семьи в формировании отношения к здоровью молодежи в условиях пандемии / Т.Н. Каменева, И.Э. Бровкина, И.Э. Надуткина, М.В. Селюков, В.Е. Сакулин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. – № S1. – С. 758–762.
11. Камынина Н.Н., Короткова К.О., Скулкина Ю.Н. Обзор исследований доверия к системе здравоохранения // Здоровье мегаполиса. – 2020. – Т. 1. – № 1. – С. 87–95.
12. Levin-Zamir D. Communication, health literacy and a systems approach for mitigating the COVID-19 pandemic: the case for massive vaccine roll-out in Israel // Journal of Health Communication. – 2020. – V. 25 – № 10. – P. 816–818.
13. All we need is trust: how the COVID-19 outbreak reconfigured trust in Italian public institutions / R. Falcone, E. Coli, S. Felletti, A. Sapienza, C. Castelfranchi, F. Paglieri // Frontiers in Psychology. – 2020. – № 11. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.561747/full> (дата обращения: 17.01.2022).
14. Gille F., Smith S., Mays N. Towards a broader conceptualisation of public trust in the health care system // Social Theory & Health. – 2017. – V. 15. – № 1. – P. 25–43.
15. Gopichandran V. Trust in healthcare: an evolving concept // Indian Journal of Medical Ethics. – 2013. – V. 10. – № 2. – P. 79–82.
16. Trust in the health system and COVID-19 treatment / A. Antinyan, T. Bassetti, L. Corazzini, F. Pavese // Frontiers in psychology. – 2021. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.643758/full> (дата обращения: 17.01.2022).
17. Вялых Н.А. Институциональные условия и механизмы сглаживания социального неравенства потребителей медицинской помощи в российском обществе // Векторы благополучия. – 2019. – № 3 (34). – С. 32–47. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/institutsionalnye-usloviya-i-mehanizmy-sglazhivaniya-sotsialnogo-neravenstva-potrebiteley-meditsinskoj-pomoschi-v-rossiyskom> (дата обращения 20.01.2022).
18. Гужавина Т.А. Доверие в пандемию: сохранить нельзя изменить. А что чувствует регион? // Социологическая наука и социальная практика. – 2021. – Т. 9. – № 3. – С. 25–39.
19. Васильева О.В. Измерение качества жизни населения: субъективный и объективный подходы // Векторы благополучия: экономика и социум. – 2021. – № 4 (43). – С. 65–80. URL: <http://earchive.tpu.ru/bitstream/11683/69445/1/jwt-1127.pdf> (дата обращения 20.01.2022).
20. Саблуков А.В., Никулина И.И. Доверие молодежи системе здравоохранения // Вестник Московского государственного лингвистического университета. Общественные науки. – 2018. – № 2. – С. 277–288.
21. Лядова А.В., Лядова М.В. Особенности формирования взаимоотношений в системе врач-пациент в современных условиях // Социология медицины. – 2016. – № 15 (2). – С. 116–121.
22. Сорокина А.М. Доверие в практике медицинских учреждений. // Здоровье как ресурс: V. 2.0. – Н. Новгород: Изд-во НИ-СОЦ. – 2019. – С. 586–589.
23. Gille F., Smith S., Mays N. What is public trust in the healthcare system? A new conceptual framework developed from qualitative data in England // Social Theory & Health. – 2020. – V. 19. – P. 1–20.
24. LoCurto J., Berg G.M. Trust in healthcare settings: scale development, methods, and preliminary determinants // SAGE Open Medicine. – 2016. – V. 4. – № 1. – P. 1–12.
25. Straten G.F., Friele R.D., Groenewegen P.P. Public trust in Dutch health care // Social Science Medicine. – 2002. – V. 55. – № 2. – P. 227–234.
26. Моисеенко М.С. Доверие в организационной культуре: культурно-ценностный горизонт (дискурс) анализа // Векторы благополучия: экономика и социум. – 2021. – № 3 (42). – С. 154–158. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/doverie-v-organizatsionnoy-kulture-kulturno-tsennostnyy-gorizont-diskurs-analiza> (дата обращения: 19.01.2022).
27. Меры Правительства РФ по борьбе с коронавирусной инфекцией и поддержке экономики // Официальный портал Правительства РФ. URL: http://government.ru/support_measures/category/health/ (дата обращения 19.01.2022).
28. Factors influencing nursing students' intention to accept COVID-19 vaccination: a pooled analysis of seven European countries / E. Patelarou, P. Galanis, E.A. Mechili, (...), M. Zahaj, A. Patelarou // Nurse Education Today. – 2021. – № 104. URL: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.22.21250321v1.full.pdf> (дата обращения: 16.01.2022).
29. Богдан И.В., Чистякова Д.П., Праведников А.В. Проблематика доверия в социологии медицины // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2021. – № 2 (162). – С. 526–533.
30. Макушева М.О., Нестик Т.А. Социально-психологические предпосылки и эффекты доверия социальным институтам в условиях пандемии // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2020. – № 6. – С. 427–447.

31. Динамика социальных страхов у российских граждан в период первой и второй волны COVID-19 / В.В. Ермолаев, Ю. Воронцова, Д.К. Насонова, А.И. Четверикова // Национальный психологический журнал. – 2021. – № 1 (41). – С. 27–38.
32. Эффективность российского здравоохранения и система ОМС // Аналитический обзор ВЦИОМ от 17 ноября 2017 г. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/effektivnost-rossijskogo-zdravookhraneniya-i-sistema-oms> (дата обращения 21.01.2022).
33. Состояние здравоохранения и самые острые проблемы этой сферы // Аналитический обзор ФОМ от 7 мая 2019 г. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14202> (дата обращения 22.01.2022).
34. Вялых Н.А. Социальные факторы дифференциации моделей потребления медицинской помощи (на материалах социологического обследования на Юге России) // Социально-гуманитарные знания. – 2019. – № 11. – С. 16–24.
35. Российское здравоохранение: мнения и тренды // Аналитический обзор ВЦИОМ от 23 ноября 2021 г. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/rossiiskoe-zdravookhranenie-mnenija-i-trendy> (дата обращения 29.01.2022).
36. Здоровье подростков и окружающая среда: изменения за 20 лет / И.В. Журавлева, Л.Ю. Иванова, Г.А. Ивахненко, Н.В. Лакомова, Т.П. Резникова. – М.: ФНИСЦ РАН, 2021. – 309 с.
37. Журавлева И.В., Лакомова Н.В. Здоровье россиян в контексте международных исследований // Социология и общество: традиции и инновации в социальном развитии регионов: сборник докладов VI Всероссийского социологического конгресса. – М.: РОС; ФНИСЦ РАН, 2020. – С. 2594–2603.
38. Мухарямова Л.М., Заляев А.Р., Шаммазова Е.Ю. COVID-19: Политические вызовы для общественного здравоохранения // Казанский медицинский журнал. – 2021. – Т. 102. – № 1. – С. 39–46.
39. Южаков В.Н., Добролюбова Е.И., Покида А.Н., Зыбуновская Н.В. Деятельность государства по защите охраняемых законом ценностей в период пандемии: оценка гражданами / В.Н. Южаков, Е.И. Добролюбова, А.Н. Покида, Н.В. Зыбуновская // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2021. – № 3. – С. 7–30.
40. Гаврилик А.А. О новых методах оценки доверия иностранных потребителей медицинских услуг белорусским врачам // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2020. – Т. 18. – № 6. – С. 727–731.
41. Зуенкова Ю.А., Пронина С.В. Разработка стратегии развития платных медицинских услуг в бюджетной клинике в период COVID-19 // Практический маркетинг. – 2021. – № 6 (292). – С. 35–42.

Поступила 01.02.2022 г.

UDC 303.423.3:303.61:614.44(47+57)

FACTORS AND ISSUES OF SOCIOLOGICAL MEASUREMENT OF SOCIAL TRUST TO THE HEALTHCARE SYSTEM IN TERMS OF THE COVID-19 PANDEMIC IN RUSSIA

Nikita A. Vyalykh,
sociology4.1@yandex.ru

Anna A. Bespalova,
anna_isir@mail.ru

Vadim Z. Zarbaliev,
zarbalievv@mail.ru

Southern Federal University,
160, Pushkinsky avenue, Rostov-on-Don, 344006, Russia

Nikita A. Vyalykh, Cand. Sc., associate professor, Southern Federal University.

Anna A. Bespalova, Cand. Sc., senior lecturer, Southern Federal University.

Vadim Z. Zarbaliev, postgraduate student, Southern Federal University.

*The article deals with the features and methodological foundations of sociological study of social trust to the healthcare system. **The relevance** of the research is determined by the practical and scientific necessity to overcome the differences in understanding the phenomenon of trust, especially in modern Russia when the vector of transformation of the institute of healthcare is corrected forcedly. **The goal** is to create an integrative theoretical approach to assess the factors of construction and reproduction of social trust of medical care consumers in terms of the COVID-19 pandemic. **The methodology** of sociological constructivism, which makes it possible to study either mental or institutional factors of creating the crisis of social trust in health services establishes the novelty of the research. The system-semantic analysis of the topic results in determination of cognitive limitations of modern concepts, which reduce social trust exclusively to positive perception of medical services and its objectified accessibility. The authors suggest the following criteria to assess the social trust to the healthcare system during the COVID-19 pandemic: the attitude of medical care consumers to doctors and medical organizations; the degree of satisfaction in medical needs and self-assessment of one's health; typical practices of self-preservation behavior; consistency of interests of various agents; emotional mood, fears and expectations from medical intervention (including vaccination); macro-level socio-psychological context, vector of public health policy and culture of public health. Based on the empirical data, the dynamics of social opinion about the effectiveness of Russian healthcare system and its main problems in the epidemiological situation are analyzed. The authors conclude that there is the need for both systemic regulation of institutional mechanisms of trust, and the increasing of personal responsibility and adaptive potential of consumers of medical care.*

Key words: Healthcare institute, social trust, Russian society, sociological constructivism, COVID-19 pandemic, medical care consumers.

The study was carried out as part of the implementation of the grant of the President of the Russian Federation for state support of young Russian scientists – candidates of sciences (MK-1818.2022.2) «Dynamics of social trust of the Russian society in the healthcare institution in the context of the COVID-19 pandemic».

REFERENCES

1. Hooper M.W., Mitchell C., Marshall V.J., Cheatham C., Austin K., Sanders K., Krishnamurthi S., Grafton L.L. Understanding multilevel factors related to urban community trust in healthcare and research. *Interna-*

- tional Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, vol. 16, no. 18. Available at: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/18/3280/htm> (accessed 17 January 2022).
2. Vyalykh N.A. Social differentiation factors of medical care consumption: objectivism vs subjectivism. *Siberian Journal of Science*, 2018, no. 4, pp. 158–170. In Rus. Available at: <https://jwt.su/journal/article/view/846/853> (accessed 17 January 2022).
 3. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer, 1984. 456 p.
 4. Kovacs R.J., Lagarde M., Cairns J. Measuring patient trust: Comparing measures from a survey and an economic experiment. *Health Economics*, 2019, vol. 28, no. 5, pp. 641–652.
 5. Vyalykh N.A., Nor-Arevyan O.A., Posukhova O.Y., Mosienko O.S., Cherevkova A.I. Methodological matrix for sociological study of social well-being of the professional medical community during a complex epidemiological situation. *Turismo: Estudos & Práticas*, 2021, no. 1. Available at: <https://geplat.com/rtep/index.php/tourism/article/view/875/836> (accessed 21 January 2022).
 6. Nor-Arevyan O.A. Konsolidatsiya professionalnogo meditsinskogo soobshchestva v usloviyakh pandemii koronavirusa (na materialakh glubinykh intervyyu v Rostovskoy oblasti) [Consolidation of the professional medical community in the context of the coronavirus pandemic (based on in-depth interviews in the Rostov region)]. *Humanitarian of the South of Russia*, 2021, no. 3 (49), pp. 77–89.
 7. Dennerlein J.T., Burke L., Sabbath E.L., Williams J.A.R., Peters S.E., Wallace L., Karapanos M., Sorensen G. An integrative total worker health framework for keeping workers safe and healthy during the COVID-19 pandemic. *Human Factors*, 2020, vol. 62, no. 5, pp. 689–696.
 8. Fedonnikov A.S., Andriyanova E.A. Riski doveriya k institutu meditsiny v usloviyakh tsifrovogo zdravookhraneniya: teoreticheskiy analiz i praktika upravleniya [Risks of trust in the institution of medicine in the context of digital healthcare: theoretical analysis and management practice]. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*, 2020, vol. 16, no. 1, pp. 94–98.
 9. Bystryantsev P.S. Metodologiya issledovaniya i otsenki institutsionalnogo doveriya v sotsialnykh institutakh i upravlenii [Methodology of research and assessment of institutional trust in social institutions and management]. *Proceedings of the St. Petersburg State University of Economics*, 2018, no. 2 (110), pp. 119–122.
 10. Kameneva T.N., Brovkina I.E., Nadutkina I.E., Selyukov M.V., Sakulin V.E. Rol semi v formirovanii otnosheniya k zdorovyyu molodezhi v usloviyakh pandemii [The role of the family in shaping attitudes towards youth health in a pandemic]. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*, 2021, vol. 29, no. S1, pp. 758–762.
 11. Kamynina N.N., Korotkova K.O., Skulkina Yu.N. Obzor issledovaniy doveriya k sisteme zdravookhraneniya [Review of studies of trust in the healthcare system]. *Health of the metropolis*, 2020, vol. 1, no. 1, pp. 87–95.
 12. Levin-Zamir D. Communication, health literacy and a systems approach for mitigating the COVID-19 pandemic: the case for massive vaccine roll-out in Israel. *Journal of Health Communication*, 2020, vol. 25, no. 10, pp. 816–818.
 13. Falcone R., Coli E., Felletti S., Sapienza A., Castelfranchi C., Paglieri F. All we need is trust: how the COVID-19 outbreak reconfigured trust in Italian public institutions. *Frontiers in Psychology*, 2020, no. 11. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.561747/full> (accessed 17 January 2022).
 14. Gille F., Smith S., Mays N. Towards a broader conceptualisation of public trust in the health care system. *Social Theory & Health*, 2017, vol. 15, no. 1, pp. 25–43.
 15. Gopichandran V. Trust in healthcare: an evolving concept. *Indian Journal of Medical Ethics*, 2013, vol. 10, no. 2, pp. 79–82.
 16. Antinyan A., Bassetti T., Corazzini L., Pavesi F. Trust in the health system and COVID-19 treatment. *Frontiers in psychology*, 2021. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.643758/full> (accessed 17 January 2022).
 17. Vyalykh N.A. Institutsionalnye usloviya i mekhanizmy obrashcheniya s potrebitelyami meditsinskoy pomoshchi v rossiyskom obshchestve [Institutional conditions and mechanisms for dealing with consumers of medical care in the Russian society]. *Vectors of well-being: economics and society*, 2019, no. 3 (34), no. 32–47. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/institutsionalnye-usloviya-i-mekhanizmy-sglazhivaniya-sotsialnogo-neravenstva-potrebiteley-meditsinskoy-pomoschi-v-rossiyskom> (accessed 20 January 2022).
 18. Guzhavina T.A. Doverie v pandemiyu: sokhranit nelzya izmenit. A chto chuvstvuet region? [Confidence in a pandemic: save cannot be changed. how does the region feel?]. *Sociological science and social practice*, 2021, vol. 9, no. 3, pp. 25–39.
 19. Vasileva O.V. Izmerenie kachestva zhizni naseleniya: subyektivny i obyektivny podkhody [Measuring the quality of life of the population: subjective and objective approaches]. *Vectors of well-being: economics and*

- society*, 2021, no. 4 (43), pp. 65–80. Available at: <http://earchive.tpu.ru/bitstream/11683/69445/1/jwt-1127.pdf> (accessed 20 January 2022).
20. Sablukov A.V., Nikulina I.I. Doverie molodezhi sisteme zdravookhraneniya [Youth confidence in the health care system]. *Bulletin of the Moscow State Linguistic University. Social Sciences*, 2018, no. 2, pp. 277–288.
 21. Lyadova A.V., Lyadova M.V. Osobennosti formirovaniya vzaimootnosheniy v sisteme vrach–patsiyent v sovremennykh usloviyakh [Features of the formation of relationships in the doctor–patient system in modern conditions]. *Sociology of Medicine*, 2016, no. 15 (2), pp. 116–121.
 22. Sorokina A.M. Doverie v praktike meditsinskikh uchrezhdeniy [Trust in the practice of medical institutions]. *Health as a resource: V. 2.0*. Nizhny Novgorod, NI-SOC Publ. house, 2019. pp. 586–589.
 23. Gille F., Smith S., Mays N. What is public trust in the healthcare system? A new conceptual framework developed from qualitative data in England. *Social Theory & Health*, 2020, vol. 19, pp. 1–20.
 24. LoCurto J., Berg G.M. Trust in healthcare settings: scale development, methods, and preliminary determinants. *SAGE Open Medicine*, 2016, vol. 4, no. 1, pp. 1–12.
 25. Straten G.F., Friele R.D., Groenewegen P.P. Public trust in Dutch health care. *Social Science Medicine*, 2002, vol. 55, no 2, pp. 227–234.
 26. Moiseenko M.S. Doverie v organizatsionnoy kulture: kulturno-tsennostny gorizont (diskurs) analiza [Trust in organizational culture: cultural and value horizon (discourse) of analysis]. *Vectors of well-being: economics and society*, 2021, no. 3 (42), pp. 154–158. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/doverie-v-organizatsionnoy-kulture-kulturno-tsennostnyy-gorizont-diskurs-analiza> (accessed 19 January 2022).
 27. Mery Pravitelstva RF po borbe s koronavirusnoy infektsiyey i podderzhke ekonomiki [Measures of the Government of the Russian Federation to combat coronavirus infection and support the economy]. *Website of the Government of Russia*. Available at: http://government.ru/support_measures/category/health/ (accessed 19 January 2022).
 28. Patelarou E., Galanis P., Mechili E.A., (...), Zahaj M., Patelarou A. Factors influencing nursing students' intention to accept COVID-19 vaccination: a pooled analysis of seven European countries. *Nurse Education Today*, 2021, no. 104. Available at: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.22.21250321v1.full.pdf> (accessed 16 January 2022).
 29. Bogdan I.V., Chistyakova D.P., Pravednikov A.V. Problematika doveriya v sotsiologii meditsiny [Issues of trust in the sociology of medicine]. *Public opinion monitoring: economic and social changes*, 2021, no. 2 (162), pp. 526–533.
 30. Makusheva M.O., Nestik T.A. Sotsialno-psikhologicheskie predposylki i efekty doveriya sotsialnym institutam v usloviyakh pandemii [Socio-psychological prerequisites and effects of trust in social institutions in a pandemic]. *Public opinion monitoring: economic and social changes*, 2020, no. 6, pp. 427–447.
 31. Ermolaev V.V., Vorontsova Yu., Nasonova D.K., Chetverikova A.I. Dinamika sotsialnykh strakhov u rossiyskikh grazhdan v period pervoy i vtoroy volny COVID-19 [Dynamics of social fears among Russian citizens during the first and second waves of COVID-19]. *National Psychological Journal*, 2021, no. 1 (41), pp. 27–38.
 32. Effektivnost rossiyskogo zdravookhraneniya i sistema OMS [The effectiveness of Russian health care and the OHI system]. *Analytical review of WCIOM dated November 17, 2017*. Available at: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/effektivnost-rossiyskogo-zdravookhraneniya-i-sistema-oms> (accessed 21 January 2022).
 33. Sostoyanie zdravookhraneniya i samye ostrye problemy etoy sfery [The state of health care and the most acute problems in this area]. *Analytical review of the FOM dated May 7, 2019*. Available at: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14202> (accessed 22 January 2022).
 34. Vyalykh N.A. Sotsialnye faktory differentsiatsii modeley potrebleniya meditsinskoy pomoshchi (na materialakh sotsiologicheskogo obsledovaniya na Yuge Rossii) [Social factors of differentiation of models of consumption of medical care (on the materials of a sociological survey in the South of Russia)]. *Socio-humanitarian knowledge*, 2019, no. 11, pp. 16–24.
 35. Rossiyskoe zdravookhranenie: mneniya i trendy [Russian healthcare: opinions and trends]. *Analytical review of WCIOM dated November 23, 2021*. Available at: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/rossiyskoe-zdravookhranenie-mneniya-i-trendy> (accessed 29 January 2022).
 36. Zhuravleva I.V., Ivanova L.Yu., Ivakhnenko G.A., Lakomova N.V., Reznikova T.P. *Zdorove podrostkov i okruzhayushchaya sreda: izmeneniya za 20 let* [Adolescent health and the environment: changes in 20 years]. Moscow, FNISTS RAN Publ., 2021. 309 p.
 37. Zhuravleva I.V., Lakomova N.V. Zdorove rossiyan v kontekste mezhdunarodnykh issledovaniy [Health of the Russians in the context of International research]. *Sotsiologiya i obshchestvo: traditsii i innovatsii v sotsialnom razvitiy regionov. Sbornik dokladov VI Vserossiyskogo sotsiologicheskogo kongressa* [Sociology and Society: Traditions and Innovations in the Social Development of Regions: Collection of Reports of the

- VI All-Russian Sociological Congress]. Moscow, ROS, Federal Scientific Research Center of the Russian Academy of Sciences, 2020. pp. 2594–2603.
38. Mukharyamova L.M., Zalyaev A.R., Shammazova E.Yu. COVID-19: Politicheskie vyzovy dlya obshchestvennogo zdravookhraneniya [COVID-19: Political challenges for public health]. *Kazan Medical Journal*, 2021, vol. 102, no. 1, pp. 39–46.
 39. Yuzhakov V.N., Dobrolyubova E.I., Pokida A.N., Zybunovskaya N.V. Deyatel'nost gosudarstva po zashchite okhranyaemykh zakonov tsennostey v period pandemii: otsenka grazhdanami [State activities to protect legally protected values during a pandemic: assessment by citizens]. *Issues of state and municipal management*, 2021, no. 3, pp. 7–30.
 40. Gavrilik A.A. O novykh metodakh otsenki doveriya inostrannykh potrebiteley meditsinskikh uslug belorusskim vracham [On new methods for assessing the trust of foreign consumers of medical services to Belarusian doctors]. *Journal of the Grodno State Medical University*, 2020, vol. 18, no. 6, pp. 727–731.
 41. Zuenkova Yu.A., Pronina S.V. Razrabotka strategii razvitiya platnykh meditsinskikh uslug v byudzhethoy klinike v period COVID-19 [Development of a strategy for the development of paid medical services in a budgetary clinic during COVID-19]. *Practical Marketing*, 2021, no. 6 (292), pp. 35–42.

Received: 01 February 2022.