

СОЦИОЛОГИЯ

УДК 316.334

DOI: 10.17223/1998863X/56/16

Н.А. Вялых

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ¹

На основе интерпретации социологической информации показаны особенности представлений общества о национальной модели здравоохранения и раскрыты поведенческие установки, дифференцирующие потребление медицинской помощи. Обоснована необходимость методологической переориентации современных социологических исследований с изучения институциональных ограничений доступности медицинской помощи на выявление социальных представлений, ценностей и установок общества, сдерживающих развитие института здравоохранения в современной России.

Ключевые слова: социальные представления, потребление медицинской помощи, модель здравоохранения, социальное поведение, социальная дифференциация.

Введение

В современных социологических исследованиях до сих пор прослеживается когнитивная мода на анализ факторов макроуровня, сдерживающих эффективное развитие института здравоохранения в нашей стране. Большая часть публикаций в российской научной периодике объясняет социальное неравенство в доступе к медицинской помощи институциональными барьерами, которые ограничивают удовлетворение медицинских потребностей в пространстве здравоохранения, и неэффективной государственной политикой в этой сфере [1]. Вместе с тем сегодня можно наблюдать тенденцию методологического поворота, когда с позиции парадигмы социологического конструктивизма фокус эмпирических исследований дифференциации в сфере здравоохранения смещается с анализа внешних барьеров оказания медицинской помощи на изучение моделей социального поведения людей и ментальных программ, «отвечающих» за характер этих моделей [2. С. 127]. Многообразие исследовательских традиций в социологии здоровья и здравоохранения обусловлено опциональностью общей методологии социологического познания. В связи с этим актуализируется значение не только «социологии социологии» в духе лумановской теории аутопойесиса, но и «социологии отраслевых социологий», поскольку без надежного идейно-теоретического обоснования и моделирования методологического пространства исследовательского поля эмпирические замеры различных сторон общественного здоровья лишены смысловых оснований и возможностей имплементации в повседневность

¹ Статья подготовлена в рамках реализации гранта Президента РФ № МК-4089.2018.6 «Социальная сущность и механизмы дифференциации потребления медицинской помощи в российском обществе».

здравоохранения. С учетом высказанных суждений научная новизна данной статьи выражается, с одной стороны, в формулировании методологических ориентиров социологического исследования представлений общества о модели здравоохранения, с другой стороны, в презентации эмпирических данных, в том числе добытых лично автором, которые демонстрируют вектор социальных ожиданий россиян от института здравоохранения.

Социальные представления в сфере здравоохранения: методологические ориентиры социологического исследования

Медико-социальные, ментальные, социокультурные и институциональные проблемы формирования и воспроизводства практик медицинской активности – это мейнстрим современной социологической мысли в России и за рубежом. Современные подходы в данной области исследований можно рубрицировать по-разному: по преобладающей теоретико-методологической ориентации авторов (структурализм / конструктивизм, конфликтологический подход / функционализм, субъективизм / объективизм и т.д.) либо по конкретной проблемной сфере: социальная сущность медицинской активности; особенности трансформации здравоохранения и концептуальные подходы к коррекции вектора изменений в нем; несправедливые социальные различия в здоровье и в доступе к медицинским услугам; мотивационные факторы и микросоциальный контекст обращения населения за медицинской помощью; динамика социального настроения, представлений и жизненных ценностей ключевых акторов (прежде всего пациентов и медицинских работников).

Несмотря на обозначенный в начале статьи тренд к макросоциологической диагностике институциональной реальности здравоохранения, социальные представления о здравоохранении в том или ином качестве становились предметом множества научных исследований минувшего десятилетия.

При оценке современного состояния разработанности темы социальных представлений о модели здравоохранения в России следует учитывать методологический крен исследований именно в сторону социологии медицины, а не социологии здоровья и здравоохранения. Если в современной социологии медицины социальные представления исследуются преимущественно в контексте нозологической проблематики, вопросов социальной гигиены и общественного здоровья, медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации, конфликтов в медицине [3–8], то в рамках социологической специальности 22.00.04 «Социальная структура, социальные институты и процессы» изучаются факторы социального неравенства в доступе к медицинской помощи, роль здравоохранения как социального института в трансформации социальной структуры общества, проблемы социальной адаптации различных акторов к изменениям в сфере здравоохранения [9–17].

Российскими социологами и гуманитариями активно проводятся научные исследования, в которых педалируются идеи личной ответственности населения за свое здоровье, анализируется роль поведенческих факторов, психологических ресурсов личности и социально-статусных переменных в формировании медицинской активности [18–21]. В российской научной периодике также обсуждаются социальные феномены болезни и здоровья, факторы терапевтического выбора пациентов, модели взаимодействия потребителей медицинской помощи с медперсоналом [22–24]. Среди особенностей

современных социологических концепций здоровья Е.С. Богомягкова и Е.А. Орех называют переход от попыток объяснения благополучия человека зависимостью от успешности медицинского лечения или результатов личных целенаправленных усилий, характерных для концепций XX столетия, к постмодернистскому пониманию «возможностей получения виртуально-телесного опыта, обеспечиваемого интегрированностью в социальные сети» [25. С. 135]. Обзор современных научных исследований демонстрирует крайнюю заинтересованность как зарубежных [26–30], так и российских авторов социальными проблемами здравоохранения и медицинской активности, однако эти исследования, как правило, выполнены либо в методологических рамках классической модели социологического познания, либо неклассической модели.

В ракурсе интегративной матрицы социологического исследования, которая базируется на синтезе познавательных установок объективистской и субъективистской парадигм [31. С. 161], социальные представления в сфере здравоохранения являются системой практических знаний об условиях, возможностях, наиболее общих закономерностях функционирования пространства профессионального сектора медицины. Особенность социальных представлений в здравоохранении заключается в том, что они формируются в результате интериоризации институционально заданных формальных и неформальных норм и интерпретации человеком ситуации в здравоохранении на основе личного опыта взаимодействия с медицинскими организациями либо опыта социального окружения (как правило, референтных групп).

Таким образом, социальное неравенство в доступе к медицинской помощи воспроизводится не только из-за ограничений и фильтров, которые уславливает институт здравоохранения в интересах рационализации потребления медицинской помощи, но и из-за дифференциации представлений людей по различным социальным критериям. На первый взгляд может показаться, что первичным фактором неравенства потребителей медицинской помощи являются внешние условия ее оказания (финансовая и территориальная доступность, наличие кадров, техники, технологий, информационного сопровождения и пр.). Однако при более детальном рассмотрении можно убедиться в том, что доступность медицинской помощи и неравенство в данной сфере обусловлены сложной конфигурацией надындивидуальных структур, биосоциопсихологических особенностей личности пациента и «предпациента» и, разумеется, воздействием чисто случайных ситуативных факторов. Следовательно, первичным фактором неравенства (но необязательно, что главным) все-таки будет социальное поведение потребителя медицинской помощи, которое в свою очередь зависит от его социальных представлений.

Однако социология в отличие от психологии не занимается изучением индивидуальных практик медицинской активности. Объектом социологии здравоохранения скорее являются большие социальные группы как потенциальные и реальные потребители медицинской помощи, поэтому социология имеет дело с моделями потребления медицинской помощи. Модель потребления медицинской помощи является когнитивным аналогом комплекса поведенческих реакций и практик личности, обусловленных рефлексивными и нерефлексивными структурами ментальной программы, актуализирующихся в результате осознания проблемной ситуации относительно индивидуального статуса здоровья. Мы исходим из допущения о том, что люди, занимающие

близкие социальные позиции и обладающие схожими социальными представлениями, способны производить аналогичные поведенческие практики в пространстве здравоохранения. Пожалуй, в этом заключается одновременно и величие, и уязвимость социологии как науки, ибо социология постоянно стремится быть реалистичнее, она стремится оказаться ближе к человеку, к его повседневности и его потребностям, и вместе с тем она от человека удаляется, изучая типические формы социальности, социальные модели, которые существуют лишь в сознании исследователя, научного коллектива или научной школы, но никак не «за окном» академического пространства.

Механизмы дифференциации потребления медицинской помощи актуализируются из-за несоответствия между субъективно ощущаемой медицинской потребностью и связанными с ней ожиданиями человека от институциональной среды здравоохранения, с одной стороны, и возможностями, условиями, ограничениями удовлетворения медицинских потребностей в пространстве института здравоохранения – с другой. Социальные ожидания и институциональные барьеры здравоохранения, преломляясь в сознании человека, формируют предрасположенность к определенному типу реагирования на проблему со здоровьем. Представления, ценности и установки продуцируют относительно устойчивые модальные (осознаваемые) поведенческие комплексы – модели потребления медицинской помощи, выступающие основой дифференциации в сфере здравоохранения. Впоследствии неравенство в сфере потребления медицинской помощи формируется, герметизируется и воспроизводится из-за социальных аномалий, представляющих собой наблюдаемые последствия дисфункции национальной системы здравоохранения. В дуальности факторов объективного и субъективного уровня и выражается основной методологический посыл исследования социальных представлений о модели здравоохранения в современном российском обществе.

Факторы дифференциации представлений о модели здравоохранения в современном российском обществе

Особенности социальных представлений россиян о модели здравоохранения и факторы, влияющие на их дифференциацию, проиллюстрируем результатами эмпирических данных, добытых автором в 2019 г. в рамках реализации технического задания гранта Президента РФ МК-4089.2018.6 «Социальная сущность и механизмы дифференциации потребления медицинской помощи в российском обществе». Способ отбора респондентов – квотная целевая выборка. Всего было опрошено 853 человека посредством личного анкетирования (по месту работы или проживания) и онлайн-опросника¹. Выборочную совокупность составили жители регионов юга России, а именно Ростовской области, Краснодарского края, Республики Крым, Адыгеи, Астраханской и Волгоградской областей, Ставропольского края.

На этапе разработки методологического раздела программы социологического исследования мы исходили из возможности сведения многообразных

¹ Пользуясь случаем, автор выражает благодарность студентам Института социологии и регионоведения Южного федерального университета (первый курс направления «Конфликтология», четвертый курс направления «Зарубежное регионоведение», третий и четвертый курсы направления «Социология» 2019/20 учебного года), которые приняли непосредственное участие в отборе респондентов, отвечающих параметрам выборочной совокупности, и сборе первичной социологической информации. – *Примеч. автора.*

социальных представлений о модели здравоохранения к двум альтернативным типам – консервативному и либеральному. Однако в чистом виде консервативные и либеральные представления в повседневной жизни встречаются не так часто, поэтому статистически более распространенными являются гибридные (смешанные) типы представлений, которые можно назвать неоконсервативными (с преобладанием консервативного типа мышления и элементами либерального) и неолиберальными (с преобладанием либерального типа мышления и элементами консервативного).

К консервативным относятся представления о том, что медицинская помощь – общественное благо, а государство несет ответственность за здоровье человека и доступность медицинской помощи. В консервативной версии социальных представлений доминирует обостренное чувство справедливости в распределении ресурсов института здравоохранения, склонность к потреблению медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий, ориентация на авторитет врача. Либеральные представления основаны на отношении к институту здравоохранения как к рынку медицинских услуг с имманентными механизмами саморегуляции. Отличительной особенностью либеральных представлений является осознанный выбор человеком стратегии поведения в ситуации заболевания, медицинской организации, страховой медицинской организации и врача, выражающийся в стремлении целерационально конвертировать экономический, социальный и культурный капиталы в доступ к эффективной медицинской помощи.

На вопрос «Какой должна быть, по Вашему мнению, система здравоохранения в России?» 50,8% респондентов ответили, что система российского здравоохранения должна быть полностью бесплатной для всего населения, 39,2% остановили свой выбор на «смешанной» системе, в которой есть как бесплатная, так и платная медицинская помощь. Только 9,5% опрошенных поддержали идею преимущественно платного здравоохранения для трудоспособного населения, но с гарантиями оказания бесплатной медицинской помощи отдельным группам населения (детям, пенсионерам, инвалидам, больным тяжелыми хроническими заболеваниями), и всего лишь 0,6% участников опроса остановили свой выбор на полностью платной для всего населения системе здравоохранения. Если проводить сравнение с общероссийскими показателями, то, по данным ВЦИОМ¹, для каждого второго россиянина (52%) бесплатная медицинская помощь – одна из важнейших социальных гарантий [32].

Дифференциация социального благополучия и адаптационные практики населения сильно зависят от территориального фактора, влияющего на социальный контекст процессов в сфере здравоохранения [33. С. 2353]. Корреляционный анализ показал обратную зависимость числа респондентов, считающих, что система здравоохранения должна быть полностью бесплатной с типом населенного пункта: чем больше город, поселение (по численности проживающих), тем меньше доля респондентов, отметивших вариант полностью бесплатной для всего населения системы здравоохранения (табл. 1).

¹ Опрос ВЦИОМ проведен 17 октября 2018 г. по заказу Центра социального проектирования «Платформа». В опросе приняли участие россияне в возрасте от 18 лет. Метод опроса – телефонное интервью по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров объемом 1 600 респондентов. – *Примеч. автора.*

Таблица 1. Представления населения о должном устройстве системы здравоохранения в зависимости от типа поселения, % ответов по столбцу

Какой должна быть, по Вашему мнению, система здравоохранения в России?	Тип поселения					
	Свыше 1 млн. человек	От 250 тыс. до 999,9 тыс. человек	От 100 тыс. до 249,9 тыс. человек	От 50 тыс. до 99,9 тыс. человек	От 5 до 49,9 тыс. человек	До 4,9 тыс. человек
Полностью бесплатной для всего населения	41,7	48,3	54,8	53,1	59,1	60
Смешанной (должна быть как платная, так и бесплатная медицинская помощь)	46,3	39,3	38,9	35,7	32,7	35
Преимущественно платной для трудоспособного населения	11,3	11,7	5,6	10,5	8,2	5
Полностью платной для всего населения	0,8	0,7	0,8	0,7	0	0
Итого	100	100	100	100	100	100

Данные опроса демонстрируют различия в представлениях о должной организации системы здравоохранения в группах респондентов, которым приходилось и не приходилось отказываться от лечения или диагностики в медицинских организациях из-за отсутствия финансовой возможности оплатить услугу. Логично, что опрошенным, которым приходилось в течение года отказываться от медицинской помощи из-за невозможности ее оплатить¹, в большей степени импонирует модель здравоохранения, в которой медицинская помощь оказывается бесплатно всему населению, в то время как в группе респондентов, которым не приходилось отказываться от медицинской помощи по финансовым соображениям, обнаружено сравнительно больше сторонников смешанной и преимущественно платной для трудоспособного населения системы здравоохранения (табл. 2). В целом по стране, по оценкам аналитиков ФОМ², рост доли платных медицинских услуг входит в пятерку наиболее острых проблем здравоохранения в регионах России (29% респондентов указали на данную проблему) [34].

Таблица 2. Сопряженность представлений о модели здравоохранения в России с частотой отказов от медицинской помощи по финансовым основаниям, % ответов по столбцу

Какой должна быть, по Вашему мнению, система здравоохранения в России?	Приходилось ли Вам в течение последнего года частично или полностью отказываться от лечения или диагностики в медицинских учреждениях из-за отсутствия финансовой возможности оплатить услугу?		% по выборке
	Да, приходилось	Нет, не приходилось	
Полностью бесплатной для всего населения	62,1	42	50,8
Смешанной (должна быть как платная, так и бесплатная медицинская помощь)	30,1	46,2	39,2
Преимущественно платной для трудоспособного населения	7,5	11	9,5
Полностью платной для всего населения	0,3	0,8	0,6
Итого	100	100	100

Парный корреляционный анализ выявил связь доверия респондентов к медицинским организациям с представлениями о системе здравоохранения: в подгруппах респондентов, доверяющих очень мало или совсем не доверяю-

¹ Таких в целом по выборке – 43,6% респондентов! – *Примеч. автора.*

² «ФОМнибус» – опрос граждан РФ от 18 лет и старше 14 апреля 2019 г. 53 субъекта РФ, 104 населенных пункта, 1 500 респондентов. Статпогрешность не превышает 3,6%. – *Примеч. автора.*

щих медицинским учреждениям, в которые приходится обращаться постоянно или время от времени, значительно выше доля респондентов, полагающих, что медицинская помощь должна оказываться бесплатно всему населению (табл. 3).

Таблица 3. Корреляция представлений о модели здравоохранения в России с уровнем доверия к медицинским организациям, % ответов по столбцу

Какой должна быть, по Вашему мнению, система здравоохранения в России?	Доверяете ли Вы в целом медицинским учреждениям, в которые Вам приходится обращаться постоянно или время от времени?				% по выборке
	Вполне доверяю	По большей части доверяю	Очень мало доверяю	Не доверяю совсем	
Полностью бесплатной для всего населения	45,7	45,7	60,6	64,5	50,8
Смешанной (должна быть как платная, так и бесплатная медицинская помощь)	43,4	43,7	31,3	19,4	39,2
Преимущественно платной для трудоспособного населения	10,1	9,9	8,0	12,9	9,5
Полностью платной для всего населения	0,8	0,7	0	3,2	0,6
Итого	100	100	100	100	100

В целом по выборке опрос продемонстрировал относительно высокий уровень доверия к медицинским организациям, в которые потребителям медицинской помощи приходится обращаться постоянно или время от времени¹. Причем уровень доверия заметно выше среди группы населения, имеющей постоянного врача в поликлинике по месту жительства, с которым есть возможность советоваться по всем или многим вопросам личного здоровья (табл. 4). Поэтому одним из стратегических направлений конструирования доверия общества к системе здравоохранения является развитие института семейного врача и усиление первичного звена оказания медицинской помощи. Согласно результатам нашего исследования, две трети респондентов (66,9%) не имеют постоянного врача в поликлинике по месту жительства, с которым они могут обсуждать вопросы своего здоровья.

Таблица 4. Уровень доверия населения к медицинским организациям в зависимости от наличия / отсутствия постоянного врача в поликлинике по месту жительства, % ответов по столбцу

Доверяете ли Вы в целом медицинским учреждениям, в которые Вам приходится обращаться постоянно или время от времени?	У Вас есть постоянный врач в поликлинике по месту жительства, с которым Вы советуетесь по всем или многим вопросам Вашего здоровья?	
	Есть	Нет
Вполне доверяю	18,1	13,7
По большей части доверяю	60,3	48
Очень мало доверяю	20,2	33,6
Не доверяю совсем	1,4	4,7
Итого	100	100

Представления о системе российского здравоохранения существенно варьируются в социальных группах, различающихся по возрасту, уровню образования, типу поселения, самооценке здоровья, профессиональному статусу. Так, в старших возрастных когортах чаще наблюдается предпочтение полностью бесплатной для всего населения системы здравоохранения и, соответственно, менее частотен выбор в пользу смешанной и преимущественно

¹ 15,1% – вполне доверяют, 52,1% – по большей части доверяют, 29,2% – очень мало доверяют, 3,6% – не доверяют совсем. – *Примеч. автора.*

платной системы здравоохранения (табл. 5). В подгруппе неработающих пенсионеров полностью бесплатная для всего населения модель здравоохранения снискала популярность у 72,3% опрошенных, а, например, в профессиональной подгруппе предпринимателей – всего 39%.

Таблица 5. Представления о модели здравоохранения в России различных возрастных групп, % ответов по столбцу

Какой должна быть, по Вашему мнению, система здравоохранения в России?	Возраст, лет				% по выборке
	18–30	31–45	46–59	старше 60	
Полностью бесплатной для всего населения	42,8	49	56,1	69,5	50,8
Смешанной (должна быть как платная, так и бесплатная медицинская помощь)	45,5	38,6	37,1	23,8	39,2
Преимущественно платной для трудоспособного населения	11,1	11,4	6,8	5,7	9,5
Полностью платной для всего населения	0,6	1	0	1	0,6
Итого	100	100	100	100	100

Показательной является зависимость представлений населения от самооценки здоровья (табл. 6). Группы опрошенных, оценивающие свое состояние здоровья как удовлетворительное и плохое, чаще останавливали свой выбор на системе здравоохранения, полностью бесплатной для всего населения (56,8 и 67,9% соответственно). Вместе с тем связь распределений ответов на данный вопрос с наличием / отсутствием хронических заболеваний не выявлена.

Таблица 6. Представления населения о должном устройстве системы здравоохранения в зависимости от самооценки здоровья, % ответов по столбцу

Какой должна быть, по Вашему мнению, система здравоохранения в России?	Самооценка здоровья				Итого
	Отличное	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	
Полностью бесплатной для всего населения	48,9	44,2	56,8	67,9	50,8
Смешанной (должна быть как платная, так и бесплатная медицинская помощь)	39,8	45,8	34	14,3	39,2
Преимущественно платной для трудоспособного населения	10,2	9,8	8,6	14,3	9,5
Полностью платной для всего населения	1,1	0,3	0,6	3,6	0,6
Итого	100	100	100	100	100

Значимым показателем консервативности / либеральности отношения общества к модели здравоохранения являются представления об основных агентах, несущих ответственность за здоровье человека. Согласно полученным данным, с возрастом у человека увеличивается склонность делегировать ответственность за здоровье другим агентам, прежде всего государству. Молодые респонденты, напротив, сравнительно чаще других отмечали, что сам человек несет основную ответственность за здоровье (табл. 7).

Таблица 7. Представления об ответственности за здоровье в различных возрастных группах, % ответов по столбцу

На Ваш взгляд, кто несет основную ответственность за здоровье человека?	Возраст, лет				% по выборке
	18–30	31–45	46–59	старше 60	
Работодатель	2,6	2	1	1,9	2
Страховые медицинские организации	5,6	4,5	2,4	6,7	4,7
Сам человек	73,9	69,3	57,6	54,3	66,5
Лечебно-профилактические учреждения и медицинский персонал	10,3	9,9	15,1	18,1	12,3
Государство	7,6	14,4	23,9	19	14,5
Итого	100	100	100	100	100

Представляют исследовательский интерес типичные формы поведения респондентов в ситуации заболевания. 53,6% опрошенных отметили, что когда заболевают – лечатся самостоятельно, не обращаясь к врачам. Несмотря на внушительный объем расходов населения на платные медицинские услуги¹, социологические данные фиксируют сравнительно невысокий по выборке процент участников опроса, предпочитающих сразу обращаться в платные клиники и / или к частнопрактикующим врачам (12,2%). Можно сделать вывод о том, что обращение за платными медицинскими услугами, как правило, вторично и мотивировано недоступностью медицинской помощи, оказываемой в рамках государственных гарантий. 27,4% респондентов в случае возникновения проблем со здоровьем обращаются в поликлинику, больницу по месту жительства, 1,9% – к народным целителям, нетрадиционной медицине, 4,9% – ничего не делают, все пускают «на самотек». В возрастной группе 60+ лет выявлено отклонение от средних значений по выборке: представители старшей возрастной когорты реже прибегают к самолечению (42,9%), платным медицинским услугам (6,7%), предпочитая сразу посетить врача в медицинской организации по месту жительства (39%).

Стоит отметить, что социальные представления о недоступности здравоохранения и, как следствие, нежелательности обращения за профессиональной медицинской помощью складываются во многом из-за отрицательного жизненного опыта и значительных институциональных ограничений, а не только из-за безответственного отношения к личному здоровью. Об этом свидетельствуют распределения ответов на вопрос о мотивах самолечения в случае существенного недомогания: «длительное время ожидания приема врача из-за очередей, постоянного недостатка номерных талонов» (32,7%), «недостаток личного времени для посещения врача» (17,7%), «боязнь боли, страх посещения кабинета врача» (10,4%), «недоверие к знаниям и опыту медицинского персонала» (10,4%), «отсутствие индивидуального подхода, внимания, заинтересованности со стороны медицинского персонала» (9,6%), «удаленность, территориальное неудобство расположения медицинских учреждений» (5,9%), «лень и безответственность по отношению к собственному здоровью» (4,7%), «неудобные графики работы врачей» (4,6%), «нежелание беспокоить врачей по пустякам» (3,2%), отсутствие полиса медицинского страхования или иных документов (0,7%)².

Данные 27-й волны Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) подтверждают результаты нашего исследования по югу России. Так, 56% россиян, испытывавших проблемы со здоровьем в течение 30 дней до проведения опроса (N = 5 060 чел., 2018 г.)³, не обращались к медработникам и / или занимались лечением самостоятельно [35].

Для определения представлений респондентов о справедливости в сфере здравоохранения мы задали следующий вопрос: «Согласны ли Вы с тем, что

¹ По нашим подсчетам, в течение года 87,7% респондентов несли расходы на медицинскую помощь в диапазоне от 10 до 50 тыс. руб. и выше, исключая покупку лекарств. – *Примеч. автора.*

² Указан валидный процент (всего на вопрос ответили 87,6% респондентов, 12,4% не лечились самостоятельно в случае существенного недомогания либо не испытывали потребности в медицинской помощи). – *Примеч. автора.*

³ Общее число опрошенных составило 12 161 человек, из них – 5 060 человек указали, что в течение последних 30 дней до опроса РМЭЗ испытывали какие-либо проблемы со здоровьем. – *Примеч. автора.*

человек, имеющий сравнительно большие финансовые ресурсы, должен иметь возможность получить медицинскую помощь более высокого качества, чем человек со сравнительно меньшими финансовыми ресурсами?». 79,4% опрошенных не согласились с этим провокационным тезисом, в то время как 20,6% лояльны к перспективе дифференциации качества медицинской помощи по критерию платежеспособности. Выявленная разница в ответах свидетельствует о выраженном консервативном характере ценностей социума в сфере здравоохранения и обостренном чувстве социальной справедливости. По данным аналитического агентства «Левада-Центр», 86% российских граждан признают, что получить качественную медицинскую помощь в нашей стране могут лишь те, у кого есть деньги [36]. Причем данное мнение высказано респондентами вне зависимости от достатка или типа населенного пункта¹. Вместе с тем, согласно данным ФОМ, «39% россиян – среди молодых 47% – утверждают, что готовы платить за медицинские услуги, которые в принципе можно было бы получить и бесплатно» (в интересах экономии времени, получения более качественной медицинской помощи и по другим основаниям) [37]².

Обобщая анализ эмпирических данных, добытых в ходе авторского исследования, можно очертить социальные портреты типичных носителей консервативных, либеральных и гибридных представлений в сфере здравоохранения (табл. 8).

Таблица 8. Социальные портреты носителей консервативных, либеральных и гибридных (неоконсервативных и неолиберальных) представлений о модели здравоохранения

Социальные и социально-психологические характеристики потребителей	Представления			
	Консервативные	Неоконсервативные	Неолиберальные	Либеральные
Пол	Женский	Не имеет значения		Мужской
Возраст, лет	60+	46–59	18–30	18–45
Доход, тыс. руб.	7–25	25–45		45+
Уровень образования	Среднее специальное	Среднее общее, высшее	Неоконченное высшее	Высшее, неоконченное высшее
Тип населенного пункта (по численности жителей), человек	До 49,9 тыс.	От 250 до 999,9 тыс. От 100 до 249,9 тыс.	Свыше 1 млн	Свыше 1 млн. От 250 до 999,9 тыс.
Локус контроля по отношению к здоровью	Экстернальный		Интернальный	
Самооценка здоровья	Низкая	Выше среднего	Высокая	
Уровень доверия	Низкий	Средний	Высокий	Выше среднего

Хочется подчеркнуть условность выделения социальных и социально-психологических особенностей приверженцев различных типов представлений, ибо в каждом из четырех типов мы можем обнаружить потребителей с самой непредсказуемой конфигурацией социально-статусных параметров. Поэтому представленную эмпирическую типологию следует рассматривать как матрицу переменных, отражающих повышенную вероятность людей

¹ Всероссийский опрос городского и сельского населения страны старше 18 лет по репрезентативной выборке 1 600 человек из 137 населенных пунктов 48 регионов страны. Статистическая погрешность не превышает 3,4%. – *Примеч. автора.*

² «ФОМнибус» – опрос граждан РФ от 18 лет и старше. 14 апреля 2019 г. 53 субъекта РФ, 104 населенных пункта, 1 500 респондентов. Статпогрешность не превышает 3,6%. – *Примеч. автора.*

с определенным сочетанием социальных и социально-психологических свойств выбирать консервативную, либеральную либо (сравнительно чаще) смешанные стратегии поведения в сфере здравоохранения.

Заключение

Посредством когнитивного моделирования и эмпирического анализа социологических данных многообразные представления в сфере здравоохранения можно свести к двум базовым типам – консервативному и либеральному и двум гибридным – неоконсервативному и неолиберальному, основные отличия между которыми заключаются в особенностях ментальных программ людей, составляющих различные социальные группы российского общества.

Консервативный тип социальных представлений, как правило, приводит пациента к инерционной стратегии поведения и предполагает конформистский стиль социальной адаптации к условиям внешней среды и полное принятие формальных правил игры в здравоохранении. Отличительным признаком консервативных представлений являются экстернальный локус контроля личности в восприятии агентов, несущих ответственность за здоровье человека, и доступность медицинской помощи, патерналистские ожидания, вера в авторитет медицинского сообщества.

Либеральный тип социальных представлений предполагает отношение общества к здравоохранению как к рынку медицинских услуг и ориентацию на эгалитарный тип взаимоотношений с врачом. Данный тип отличает стремление личности к свободе выбора врача, медицинской организации и максимизации полезности от взаимодействия с ними вопреки экстернальным и интернальным ограничениям.

Интерпретация эмпирической информации, полученной в масштабах южнороссийского макрорегиона, показывает, что статистически наиболее распространенным является смешанный (неоконсервативный) тип социальных представлений о модели здравоохранения, в котором присутствуют когнитивные, аксиологические и конативные структуры как консервативного (в большей степени), так и либерального (в меньшей степени) характера.

Социальные представления о модели здравоохранения во многом зависят от индивидуальных социально-психологических особенностей человека, его социального статуса, определяя наиболее предпочтительную для него стратегию и тактику поведения в случае возникновения медицинской потребности. Социокультурные условия и институциональные барьеры, главным из которых является невозможность оказаться на приеме у врача в момент возникновения потребности, также влияют на формирование типичных для регионального социума представлений о здравоохранении. С учетом характера социальных ожиданий россиян необходимы качественные изменения в ментальной программе общества посредством формирования нового типа мышления, в котором ценности, установки и представления о здоровье будут синхронизированы с трансформационными процессами в социальной сфере, поскольку институт здравоохранения не функционирует автономно, а является одним из полей социального пространства с признаками избыточного неравенства [2]. Отдельного внимания в данном контексте заслуживают врачи, средний медицинский персонал и руководители медицинских организаций как особая профессиональная группа [38–40], чьи интересы, ценности, иден-

тичность и установки также нуждаются в гармонизации с интересами других агентов, учитывая вектор трансформации института здравоохранения, поскольку доступность и качество медицинской помощи в конечном итоге зависят от профессионального мышления, мастерства и компетентности медицинского персонала.

Литература

1. Вялых Н.А. Модели социального поведения в сфере здравоохранения как предмет социологических исследований на юге России // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1: Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. 2019. № 3. С. 112–120.
2. 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. 122–138.
3. Решетников А.В., Присяжная Н.В., Павлов С.В., Петров М.А., Исенов С.К. Медико-социологические исследования проблем здоровья: зона социальной ответственности // Социология медицины. 2016. Т. 15, № 2. С. 68–72.
4. Седова Н.Н. Проблематика, методология и практический смысл инициативных исследований в отечественной социологии медицины // Социология медицины. 2012. № 2 (21). С. 15–17.
5. Юдин С.А., Барканова О.Н., Борзенко А.С., Деларю В.В. Комплементарность оказания медицинской, социальной и психологической помощи во фтизиатрии (в оценках врачей и пациентов) // Туберкулез и болезни легких. 2017. Т. 95, № 4. С. 7–10.
6. Юдин С.А., Барканова О.Н., Борзенко А.С., Деларю В.В. Оценка информированности врачей о социальных проблемах пациентов // Туберкулез и болезни легких. 2015. № 12. С. 23–25.
7. Деларю В.В., Вершинин Е.Г. Комплаентность: клинический, социологический и психологический подходы к ее оценке // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2015. № 3 (55). С. 100–102.
8. Волчанский М.Е., Фомина Т.К. Основные направления современных исследований в медицинской конфликтологии // Социология медицины. 2012. № 2 (21). С. 45–46.
9. Аверина Е.А., Попова А.В. Оценка доступности среды для людей с ограниченными возможностями здоровья (на примере г. Новосибирска) // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2016. № 1 (33). С. 5–14.
10. Меренков А.В., Антонова Н.Л., Клейменов М.В. Социальное неравенство в системе медицинского обслуживания на селе // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2017. Т. 19, № 10. С. 397–399.
11. Савельева Ж.В., Кузнецова И.Б., Мухарямова Л.М. Информационная доступность медицинских услуг в контексте справедливости здравоохранения // Казанский медицинский журнал. 2017. Т. 98, № 4. С. 613–617.
12. Мухарямова Л.М., Кузнецова И.Б. Равенство и справедливость в отношении здоровья: к поиску аналитических инструментов оценки // Журнал исследований социальной политики. 2017. Т. 15, № 4. С. 651–659.
13. Чирикова А.Е., Шишкин С.В. Эффективный контракт и мотивация: способны ли реформы улучшить работу российских врачей? // Социологические исследования. 2019. № 5. С. 36–44.
14. Чирикова А.Е. О мотивации российских врачей: мифы и реалии // Интеракция. Интервью. Интерпретация. 2019. Т. 11, № 20. С. 54–76.
15. Шилова Л.С. Трансформация условий профессиональной деятельности врачей в процессе оптимизации здравоохранения. Ч. 1 // Социологическая наука и социальная практика. 2018. Т. 6, № 4 (24). С. 148–160.
16. Шилова Л.С. Трансформация условий профессиональной деятельности врачей в процессе оптимизации здравоохранения. Ч. 2 // Социологическая наука и социальная практика. 2019. Т. 7, № 2 (26). С. 117–131.
17. Журавлева И.В. Актуальные проблемы социальной политики в сфере здоровья // Социология медицины. 2017. Т. 16, № 1. С. 4–9.

18. Рушинова Н.Л., Сафронов В.В. Психологические медиаторы социальных неравенств в здоровье: «уверенность в себе» в Европе и России // Социологический журнал. 2018. Т. 24, № 4. С. 30–53.
19. Рушинова Н.Л., Сафронов В.В. Социальные неравенства в здоровье и психологические ресурсы личности: проект сравнительного исследования в странах Европы и России // Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований. 2018. № 1. С. 21–29.
20. Недоспасова О.П., Шибалков И.П. Социально-экономический статус человека как один из факторов формирования его здоровья // Азимут научных исследований: экономика и управление. 2017. Т. 6, № 1 (18). С. 140–144.
21. Лебедева-Несевря Н.А., Соловьев С.С. Медицинская активность и состояние здоровья работающих различных отраслей промышленности // Медицина труда и промышленная экология. 2017. № 6. С. 48–51.
22. Антонова Н.Л., Клейменов М.В. Патерналистские ориентации в системе медицинского обслуживания на селе // Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Социально-экономические науки. 2017. № 2. С. 54–62.
23. Антонова Н.Л. Социальная роль пациента в системе взаимодействия с медперсоналом на селе // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2017. Т. 19, № 7. С. 168–170.
24. Лехциер В.Л., Готтлиб А.С., Финкельштейн И.Е. Медицинский выбор хронических больных в крупном российском городе: ситуации, практики, факторы // Социологический журнал. 2019. Т. 25, № 2. С. 78–98.
25. Богомякова Е.С., Орех Е.А. Современные концепции здоровья: от качества жизни к ее наполненности // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2019. № 51. С. 129–139.
26. Shultz J.M., Sullivan L., Galea S. Public Health: An Introduction to the Science and Practice of Population Health. N.Y.: Springer Publishing Company, 2019. 450 p.
27. Kelly M.P. Cognitive biases in public health and how economics and sociology can help overcome them // Public health. 2019. Vol. 169. P. 163–172.
28. Caló F. et al. Exploring the contribution of social enterprise to health and social care: A realist evaluation // Social Science & Medicine. 2019. Vol. 222. P. 154–161.
29. Craig N., Robinson M. Towards a preventative approach to improving health and reducing health inequalities: a view from Scotland // Public health. 2019. Vol. 169. P. 195–200.
30. Braveman P., Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes // Public Health Rep. 2014. № 129 (suppl 2). P. 19–31.
31. Вялых Н.А. Социальные факторы дифференциации потребления медицинской помощи: объективизм VS субъективизм // Вестник науки Сибири. 2018. № 4. С. 158–170.
32. Бесплатная медицина и ОМС как гарантии нормальной жизни россиян // Аналитический обзор ВЦИОМ № 3820 от 21.11.2018. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9440>.
33. Panfilova Y.S., Dyatlov A.V., Popov A.V., Goloborodko A.Y., Skudnova T.D. Social well-being and adaptive practices of the Russian population in the context of settlement differentiation (a case study of the Rostov region) // Opcion. 2019. Vol. 35, № Special Issue 20. P. 2337–2354.
34. Состояние здравоохранения и самые острые проблемы этой сферы // Фонд «Общественное мнение», 2019. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14202>.
35. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS HSE), проводимый Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, 2019. URL: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms>; <http://www.hse.ru/rlms>.
36. «Противостояние логик»: врач, пациент и власть в условиях реформирования системы здравоохранения. Сводный аналитический отчет / Левада-Центр, 2016. URL: http://www.levada.ru/cp/wp-content/uploads/2016/05/299_1-15_Svodnyj-analiticheskij-otchet.pdf.
37. Платные медуслуги // Фонд «Общественное мнение», 2019. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14207>.
38. Volchik V.V., Posukhova O.Y. Institute of professional dynasties in the context of crony capitalism // Journal of Institutional Studies. 2019. Vol. 11, № 4. P. 77–89.
39. Volchik V., Klimenko L., Posukhova O. Socio-economic sustainable development and the precariat: a case study of three Russian cities // Entrepreneurship and sustainability issues. 2019. Vol. 6, № 1. P. 411–428.

40. Posukhova O.Y., Maskaev A.I. Precarity of megapolis and professional identity in the context of tacit knowledge // Journal of Institutional Studies. 2016. Vol. 8, № 4. P. 92–105.

Nikita A. Vyalykh, Southern Federal University (Rostov-on-Don, Russian Federation).

E-mail: sociology4.1@yandex.ru

Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Sotsiologiya. Politologiya – Tomsk State University Journal of Philosophy, Sociology and Political Science. 2020. 56. pp. 157–172.

DOI: 10.17223/1998863X/56/16

SOCIAL REPRESENTATIONS ON THE HEALTHCARE MODEL IN RUSSIAN SOCIETY

Keywords: social representations; medical care consumption; healthcare model; social behavior; social differentiation.

The executive order of the President of the Russian Federation “On the Strategy for the Development of Health Care in the Russian Federation Until 2025” outlines significant challenges to national security in the field of public health along with positive indicators of the health care dynamics. These challenges include the dissatisfaction with the availability and quality of health care, the substitution of free health care by paid services, etc. Moreover, the need to activate social reserves of human capital and to ensure the conditions for the active longevity of the Russians becomes urgent in terms of the pension reform and the problem of the aging of the society. The spontaneously formed existing practices of the population’s medical activity can hardly be called positive, i.e. contributing to the positive dynamics of the health status of an individual, the members of most social groups, and the society as a whole. The ideology of health and the culture of health care consumption have not yet been formed in Russian society. At least these two circumstances contribute to the intensification of social inequality among patients and potential patients (“pre-patients”) in the access to health care. The relevance of the subject area of the article is determined by the need to overcome the existing differences in understanding the social connotation of medical care consumers’ representations and its factors in terms of the transformation of the healthcare institution. The novelty of the research is determined by the use of the neoclassical model of scientific rationality and the methodology of sociological constructivism in the study of internal and external factors that determine the social representations on the healthcare model of the Russians. On the basis of empirical data across the South of Russia, the distinctive features of the two alternative types of social representations on the healthcare model—liberal and conservative—are identified. However, in real life, social representations acquire a hybrid nature. The number of the hybrid type supporters is significant and heterogeneous by its composition. The representatives of this type recognize the necessity and inevitability of market regulators’ intervention in the health sector, but suggest that there should be a package of guaranteed free aid and that the state should also bear the burden of financial expenses and responsibility for the quality and availability of medical care. Depending on the direction of the social expectations and demands of medical care consumers, the hybrid type of social representations may manifest itself as neoconservative or neoliberal, integrating the elements of conservative and liberal representations.

References

1. Vyalykh, N.A. (2019) Modeli sotsial'nogo povedeniya v sfere zdravookhraneniya kak predmet so-tsologicheskikh issledovaniy na Yuge Rossii [Social behavior patterns in health care as a subject of sociological researches in the South of Russia]. *Vestnik Adygeyskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 1. Regionovedenie: filosofiya, istoriya, sotsiologiya, yurisprudentsiya, politolo-giya, kul'turologiya – The Bulletin of Adyghe State University, Series: Region Studies: Philosophy, History, Sociology, Jurisprudence, Political Sciences and Cultural Studies.* 3. pp. 112–120.
2. Vyalykh, N.A. (2018) Differentiation mechanisms of medical care consumption in Russia: a methodological turn in contemporary sociological research. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Sotsiologiya. Politologiya – Tomsk State University Journal of Philosophy Sociology and Political Science.* 45. pp. 122–138. (In Russian). DOI: 10.17223/1998863X/45/13
3. Reshetnikov, A.V., Prisyazhnaya, N.V., Pavlov, S.V., Petrov, M.A. & Isenov, S.K. (2016) Mediko-sotsiologicheskie issledovaniya problem zdorov'ya: zona sotsial'noy otvetstvennosti [Medical and sociological research of health problems: social responsibility zone]. *Sotsiologiya meditsiny – Sociology of Medicine.* 15(2). pp. 68–72.
4. Sedova, N.N. (2012) Problematika, metodologiya i prakticheskiy smysl initsiativnykh issledovaniy v otechestvennoy sotsiologii meditsiny [Problems, methodology and practical meaning of

initiative research in the Russian sociology of medicine]. *Sotsiologiya meditsiny – Sociology of Medicine*. 2(21). pp. 15–17.

5. Yudin, S.A., Barkanova, O.N., Borzenko, A.S. & Delaryu, V.V. (2017) Complementarity of medical, social and psychological care in tuberculosis control (as reported by doctors and patients). *Tuberkulez i bolezni legkikh – Tuberculosis and Lung Diseases*. 95(4). pp. 7–10. (In Russian).

6. Yudin, S.A., Barkanova, O.N., Borzenko, A.S. & Delaryu, V.V. (2015) Evaluation of doctors' awareness about social problems of the patients. *Tuberkulez i bolezni legkikh – Tuberculosis and Lung Diseases*. 12. pp. 23–25. (In Russian).

7. Delaryu, V.V. & Vershinin, E.G. (2015) Compliance: clinical, sociological and psychological approaches to its assessment. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta – Journal of Volgograd State Medical University*. 3(55). pp. 100–102. (In Russian).

8. Volchansky, M. E. & Fomina, T. K. (2012) Osnovnye napravleniya sovremennykh issledovaniy v meditsinskoj konfliktologii [Main directions of modern research in medical conflictology]. *Sotsiologiya meditsiny – Sociology of Medicine*. 2(21). pp. 45–46.

9. Averina, E.A. & Popova, A.V. (2016) Evaluation of environment accessibility for people with disabilities in Novosibirsk. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Sociologiya. Politologiya – Tomsk State University Journal of Philosophy Sociology and Political Science*. 1(33). pp. 5–14. (In Russian). DOI: 10.17223/1998863/33/1

10. Merenkov, A.V., Antonova, N.L. & Kleymenov, M.V. (2017) Social inequality in medical service system of rural areas. *Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke – Health and Education Millennium*. 19(10). pp. 397–399. (In Russian). DOI: 10.26787/nydha-2226-7425-2017-19-10-397-399

11. Saveleva, Zh.V., Kuznetsova, I.B. & Mukharyamova, L.M. (2017) The accessibility of information about medical services in the context of the social justice of health care. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal – Kazan Medical Journal*. 98(4). pp. 613–617. (In Russian). DOI: 10.17750/KMJ2017-613

12. Mukharyamova, L.M. & Kuznetsova, I.B. (2017) Health equality and justice: searching for analytical tools in evaluating healthcare. *Zhurnal issledovaniy sotsialnoy politiki – The Journal of Social Policy Studies*. 15(4). pp. 651–659. (In Russian). DOI: 10.17323/727-0634-2017-15-4-651-659

13. Chirikova, A.E. & Shishkin, S.V. (2019) Effective contract and motivation: can reforms improve the work of the Russian doctors? *Sotsiologicheskie issledovaniya – Sociological Studies*. 5. pp. 36–44. (In Russian).

14. Chirikova, A.E. (2019) About the motivation of Russian doctors: myths and realities. *Interaktsiya. Interv'yu. Interpretatsiya – INTERaction. INTERview. INTERpretation*. 11(20). pp. 54–76. (In Russian). DOI: 10.19181/inter.2019.20.3

15. Shilova, L.S. (2018) Transformation of Professional Values of Doctors in the Process of Optimization of the Public Health Service. *Sotsiologicheskaya nauka i sotsial'naya praktika – Sociological Science and Social Practice*. 4(24). pp. 148–160. (In Russian).

16. Shilova, L.S. (2019) Transformation of Professional Values of Doctors in the Process of Optimization of the Public Health Service. *Sotsiologicheskaya nauka i sotsial'naya praktika – Sociological Science and Social Practice*. 2(26). pp. 117–131. (In Russian).

17. Zhuravleva, I.V. (2017) The actual problems of social policy in health sphere. *Sotsiologiya meditsiny – Sociology of Medicine*. 16(1). pp. 4–9. (In Russian). DOI 10.18821/1728-2810-2017-16-1-4-9

18. Rusinova, N.L. & Safronov, V.V. (2018) The Psychological Mediators of Social Inequalities in Health: Self-efficacy in Europe and Russia. *Sotsiologicheskii zhurnal – Sociological Journal*. 24(4). pp. 30–53. (In Russian).

19. Rusinova, N.L. & Safronov, V.V. (2018) Sotsial'nye neravenstva v zdorov'e i psikhologicheskie resursy lichnosti: proekt sravnitel'nogo issledovaniya v stranakh Evropy i Rossii [Social inequalities in health and psychological resources of the individual: comparative research project in Europe and Russia]. *Teleskop: zhurnal sotsiologicheskikh i marketingovykh issledovaniy – Telescope: Journal of Sociological and Marketing Research*. 1. pp. 21–29.

20. Nedospasova, O.P. & Shibalkov, I.P. (2017) Socioeconomic status (SES) of a person as a health factor. *Azimut nauchnykh issledovaniy: ekonomika i upravlenie – ASR: Economics and Management*. 1(18). pp. 140–144. (In Russian).

21. Lebedeva-Nesevrya, N.A. & Solovyev, S.S. (2017) Medical activity and health state of workers in various industries. *Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya – Russian Journal of Occupational Health and Industrial Ecology*. 6. pp. 48–51. (In Russian).

22. Antonova, N.L. & Klejmenov, M.V. (2017) Paternalist orientations in healthcare system of rural areas. *Vestnik Permskogo natsional'nogo issledovatel'skogo politekhnicheskogo universiteta*.

Sotsial'no-ekonomicheskie nauki – PNRPU Sociology and Economics Bulletin. 2. pp. 54–62. (In Russian). DOI: 10.15593/2224-9354/2017.2.4

23. Antonova, N.L. (2017) *Sotsial'naya rol' patsienta v sisteme vzaimodeystviya s medpersonom na sele* [Social role of the patient in interaction system with the medical staff in the village]. *Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke – Health and Education Millennium*. 7. pp. 168–170.

24. Lekhcier, V.L., Gotlib, A.S. & Finkelshtein, I.E. (2019) Medical Choice of Chronic Patients in a Large Russian City: Situations, Practices, Factors. *Sotsiologicheskii zhurnal – Sociological Journal*. 2. pp. 78–98. (In Russian).

25. Bogomyagkova, E.S. & Orekh, E.A. (2019) The current concepts of health: from quality of life to fullness of life. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Sotsiologiya. Politologiya – Tomsk State University Journal of Philosophy, Sociology and Political Science*. 51. pp. 129–139. (In Russian). DOI: 10.17223/1998863X/51/13

26. Shultz, J.M., Sullivan, L. & Galea, S. (2019) *Public Health: An Introduction to the Science and Practice of Population Health*. New York: Springer Publishing Company.

27. Kelly, M.P. (2019) Cognitive biases in public health and how economics and sociology can help overcome them. *Public Health*. 169. pp. 163–172. DOI: 10.1016/j.puhe.2019.02.012

28. Caló, F. et al (2019) Exploring the contribution of social enterprise to health and social care: A realist evaluation. *Social Science & Medicine*. 222. pp. 154–161. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.01.007

29. Craig, N. & Robinson, M. (2019) Towards a preventative approach to improving health and reducing health inequalities: a view from Scotland. *Public Health*. 169. pp. 195–200. DOI: 10.1016/j.puhe.2019.02.013

30. Braveman, P. & Gottlieb, L. (2014) The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep*. 129(2). pp. 19–31. DOI: 10.1177/00333549141291S206

31. Vyalykh, N.A. (2018) Socialnye faktory differenciacii potrebleniya medicinskoj pomoshchi: obektivizm VS subektivizm [Social differentiation factors of medical care consumption: objectivism VS subjectivism]. *Vestnik nauki Sibiri – Siberian Journal of Science*. 4. pp. 158–170.

32. WCIOM.ru. (2018) *Besplatnaya meditsina i OMS kak garantii normal'noy zhizni rossiyan* [Free medicine and OMI as a guarantee of a normal life for the Russians]. [Online] Available from: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9440> (Accessed: 20th January 2020).

33. Panfilova, Y.S., Dyatlov, A.V., Popov, A.V., Goloborodko, A.Y. & Skudnova, T.D. (2019) Social well-being and adaptive practices of the Russian population in the context of settlement differentiation (a case study of the Rostov region). *Opcion*. 35(20). pp. 2337–2354.

34. Fond Obshchestvennoe Mnenie. (2019a) *Sostoyanie zdoravookhraneniya i samye ostrye problemy etoy sfery* [The state of health care and its most acute problems]. [Online] Available from: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14202> (Accessed: 20th January 2020).

35. National Research University Higher School of Economics, OOO Demoscope, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, Institute of Sociology of Federal Sociological Research Center for RAS. (2019) *Russia Longitudinal Monitoring survey, RLMS-HSE*. [Online] Available from: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms> and <http://www.hse.ru/rlms> (Accessed: 20th January 2020).

36. Levada Center. (2016) *“Protivostoyanie logic”: vrach, patsient i vlast' v usloviyakh reformirovaniya sistemy zdoravookhraneniya. Svodnyy analiticheskiy otchet* [“Opposing logic”: doctor, patient, and government in the context of health care reform. Summary analytical report]. [Online] Available from: http://www.levada.ru/cp/wp-content/uploads/2016/05/299_1-15_Svodnyj-analiticheskij-otchet.pdf (Accessed: 20th January 2020).

37. Fond Obshchestvennoe Mnenie. (2019b) *Platnye meduslugi* [Paid medical services]. [Online] Available from: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14207> (Accessed: 20th January 2020).

38. Volchik, V.V. & Posukhova, O.Y. (2019) Institute of professional dynasties in the context of crony capitalism. *Journal of Institutional Studies*. 11(4). pp. 77–89. DOI: 10.17835/2076-6297.2019.11.4.077-089

39. Volchik, V., Klimenko, L. & Posukhova, O. (2019) Socio-economic sustainable development and the precariat: a case study of three Russian cities. *Entrepreneurship and Sustainability Issues*. 6(1). pp. 411–428. DOI: 10.9770/jesi.2018.6.1(25)

40. Posukhova, O.Y. & Maskae, A.I. (2016) Precarity of megapolis and professional identity in the context of tacit knowledge. *Journal of Institutional Studies*. 8(4). pp. 92–105. DOI: 10.17835/2076-6297.2016.8.4.092-105