



УДК 316.334

DOI 10.52575/2712-746X-2023-48-3-458-470

## Доверие и недоверие российского общества к институту здравоохранения: социальные индикаторы и постпандемические эффекты

Вялых Н.А., Беспалова А.А., Зарбалиев В.З.

Южный федеральный университет,  
Россия, 344006, г. Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, 160  
[sociology4.1@yandex.ru](mailto:sociology4.1@yandex.ru)

**Аннотация.** Уязвимое место большинства исследований феномена доверия/недоверия локализуется в аксиоматическом предубеждении о якобы существующем конвенциональном понимании доверительного отношения. Поэтому попытки его социологической диагностики сводятся к выявлению различных индексов и средних значений доверия, удовлетворенности, ожиданий потребителей медицинской помощи. В связи с этим цель исследования состоит в оценке социальных представлений, практик, поведенческих установок, образующих систему индикаторов доверия населения к институту здравоохранения. На материалах межрегионального анкетного опроса, а также на основе вторичных социологических данных, показана структура дихотомии доверия/недоверия российского общества к здравоохранению на этапе нормализации эпидемиологической ситуации в стране. Полученные результаты показали, что обобщенное доверие к медицинским организациям во многом декларативно и носит гибкий авансовый характер, зачастую безотчетно для самих пациентов и предпациентов. Кроме того, доверие дифференцируется по критерию социального капитала, поскольку зависит от наличия знакомых медработников, личных, семейных врачей. Сделан вывод о том, что доверие/недоверие в здравоохранении – лишь идейно-теоретический конструкт, интуитивная динамическая матрица, посредством которой воспроизводится индивидуальный для каждого человека комплекс адаптивных самосохранительных реакций, приводящий как к положительным, так и к нежелательным эффектам.

**Ключевые слова:** социальное доверие, институт здравоохранения, пандемия COVID-19, потребители медицинской помощи, медицинский выбор, российское общество

**Финансирование:** 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».

**Для цитирования:** Вялых Н.А., Беспалова А.А., Зарбалиев В.З. 2023. Доверие и недоверие российского общества к институту здравоохранения: социальные индикаторы и постпандемические эффекты. *НОМОТНЕТИКА: Философия. Социология. Право*, 48(3): 458–470. DOI: 10.52575/2712-746X-2023-48-3-458-470

---

## Russian Society's Trust and Distrust to the Institution of Healthcare: Social Indicators and Post-pandemic Effects

Nikita A. Vyalykh, Anna A. Bepalova, Vadim Z. Zarbaliev

Southern Federal University,  
160 Pushkinsky Av., Rostov-on-Don 344006, Russian Federation  
[sociology4.1@yandex.ru](mailto:sociology4.1@yandex.ru)

**Abstract.** The topicality of the article stems from the necessity for a sociological interpretation and measurement of public confidence in the institution of healthcare in terms of changes, caused by the COVID-19

pandemic during the last years. The disadvantage of most studies of trust/distrust, regardless of the scientific field, is the confidence in a generally accepted concept of trust. Therefore, most sociological diagnostics are usually reduced to identifying some kinds of indices and averages of trust, satisfaction, and expectations of medical care consumers. In this regard, the purpose of the research is to conduct a comprehensive assessment of social perceptions, practices, behavioral attitudes that form a system of indicators of public confidence in the institution of healthcare. The structure of trust/distrust of Russian society towards healthcare at the stage of normalization of the epidemiological situation is shown based on the materials of an interregional questionnaire survey conducted by the team of contributors, as well as on the basis of secondary sociological data. The results lead to a paradoxical conclusion that generalized confidence in medical organizations has largely declarative and flexible nature and it is often unfocused for the patients and pre-patients. In real life situations requiring adequate therapeutic choice, medical care consumers demonstrate a fairly high degree of personal responsibility, moderately risky strategies of medical activity, an average level of compliance and a desire to receive medical care outside the region of permanent residence. In addition, trust is differentiated by the criteria of social capital, since it depends on having the familiar health workers, personal, family doctors. At the same time, trust/distrust towards healthcare is just an ideological and theoretical construct, an intuitive dynamic matrix. Due to this matrix an individual complex of adaptive self-preservation reactions is reproduced for each person, leading to both positive and undesirable effects.

**Keywords:** social trust, institution of healthcare, COVID-19 pandemic, consumers of medical care, medical choice, Russian society

**Funding:** 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 (МК-1818.2022.2) "Dynamics of social trust of the Russian society in the healthcare institution in the context of the COVID-19 pandemic".

**For citation:** Vyalykh N.A., Bepalova A.A., Zarbaliev V.Z. 2023. Russian Society's Trust and Distrust to the Institution of Healthcare: Social Indicators and Post-pandemic Effects. *NOMOTHETIKA: Philosophy. Sociology. Law*, 48(3): 458–470 (in Russian). DOI: 10.52575/2712-746X-2023-48-3-458-470

---

## Введение

О доверии как необходимом герметике успешных коммуникаций на межличностном и институциональном уровне в научных исследованиях до сих пор говорится много, но о том, что действительно скрывается за данным феноменом, каковы его составные элементы, признаки, индикаторы, ученые обычно умалчивают, пребывая в когнитивной ловушке обыденного «автопилотного» мышления. При более детальном рассмотрении становится очевидной абстрактность существенной доли попыток не только психологических и философских нарративов, но и социологических замеров доверия, сводящихся, как правило, к простой констатации субъективно оцениваемой респондентами интенсивности этого вроде бы понятного и самоочевидного всем чувства. Особенно возрастает значение эмпирической интерпретации и практического изучения институционального доверия/недоверия в сфере здравоохранения в контексте социальных эффектов пандемии COVID-19, ибо социологическая методология и техника исследований позволяет фиксировать комплекс когнитивно-поведенческих показателей, определяющих общее восприятие социальных процессов в системе медицинского обеспечения и фундаментальные закономерности медицинского выбора. Именно пациенты и предпациенты зачастую оказываются в уязвимом положении, в ситуации неопределенности, когда им необходимо полагаться в решении своих личных вопросов на экспертное знание врачей.

В современных научных трудах раскрываются вопросы обобщенного доверия и поведенческих самосохранительных практик населения, в том числе связанных с вакцинацией в отдельных странах [Баранова, 2022], определяется влияние культурных, политических и экономических факторов на ожидания пациентов и принятия ими значимых терапевтических решений [Belfrage, Helgesson, Lynøe, 2022; Сачкова, Семенова, 2022]. Исследовательский интерес представляют работы, в которых анализируется перекрестное доверие другим социаль-



ным институтам (средствам массовой коммуникации, власти), а также подчеркивается роль постправды и фейк-ньюс в формировании критических настроений общества по отношению к медицинским услугам на глобальном уровне [Тартаковская, 2021]. Вместе с тем мы солидаризируемся с точкой зрения В.Г. Федотовой, согласно которой дискурс социального недоверия к системе здравоохранения был сконструирован задолго до пандемии COVID-19 [Федотова, 2021].

Отдавая должное внушительному теоретическому и практическому опыту, близкому к тематике нашего исследования, нельзя не отметить черту, характерную для многих работ, когда доверие предлагается измерять через «доверие» или его производные – веру, уверенность, недоверие, а кризис доверия предлагается решать через «политику доверия». Однако вопросы о том, кто должен быть субъектом этой политики, каковы ее механизмы и ожидаемые последствия ещё не получили должного рассмотрения в научной литературе. Сложившаяся гносеологическая ситуация послужила импульсом к проведению собственного разведывательного социологического опроса в рамках реализации гранта Президента РФ «Социальная сущность и механизмы дифференциации потребления медицинской помощи в российском обществе» (№ МК-1818.2022.2).

Новизна нашего проекта по отношению к накопленному предшественниками знанию заключается в предварительной интерпретации и операциональной апробации системы косвенных признаков и показателей, впоследствии конвертированных в вопросы анкеты, которые помогли лучше понять социальные представления и поведенческие установки, формирующие фон социального настроения потребителей медицинской помощи. Гипотеза была основана на предположении о том, что уровень обобщенного (институционального) и персонифицированного доверия населения к медицинским организациям связан с личным положительным опытом взаимодействия с системой здравоохранения, а также с наличием постоянного (семейного) врача, в том числе в ближнем круге.

### **Объекты и методы исследования**

Эмпирическую архитектуру социологического опроса предопределили идеи социально-конструктивистского толка, с позиции которых смысл социального доверия содержится вовсе не в транзакционных издержках пациентов, связанных с необходимостью контроля и верификации действий, решений, назначений медицинских работников и организаций, а также иных агентов, включенных в систему общественного здравоохранения. Условием формирования и воспроизводства доверия является целерациональная деятельность, активная жизненная позиция самого потребителя медицинской помощи, его эмоции, смыслы, ощущения, «культурное знание» [Финкельштейн, 2022, с. 113]. Такой ракурс отличается от изучения статичных социоструктурных барьеров терапевтического выбора гуманистической направленностью, поскольку в центре внимания оказывается человек, его смысложизненные ценности, установки и потребности, что в целом отражает тренд методологического камбека феноменологической традиции в российской и зарубежной социологии [Глушко, Зуева, 2018; Jabeen and others, 2018; Hong, Deng, Zhang, 2019; Макушева, Нестик, 2020; Lee, 2022]. Вместе с тем нельзя пренебрегать факторами давления институциональной среды, порождаемой взаимодействиями различных акторов, на формирование моделей медицинской активности. Именно поэтому социальный конструктивизм в лучших познавательных традициях концепции П. Бергера и Т. Лукмана [1995], делающий упор на социальные практики, но отнюдь не отмечающий самодостаточность социальных структур, до сих пор так востребован учеными в области социологии здоровья и здравоохранения [Лядова, 2021; Финкельштейн, 2021; Трапезникова, Гордеева, 2022].

Посредством анкетирования в 27 российских регионах (N = 834; целевая выборка кво-тирована по типу поселения, полу, возрасту; опрос проведен в ноябре 2022 г. – январе 2023 г.) нам удалось определить ключевые содержательные аспекты структуры институционального доверия/недоверия к медицинским организациям, а также выявить ряд

противоречий между мнениями, оценками ситуации, с одной стороны, и реальным медицинским поведением, – с другой. Специальный фокус исследования состоял в фиксации социальных ожиданий и проблем потребителей медицинской помощи в острую фазу пандемии новой коронавирусной инфекции (март 2020 г. – март 2022 г.).

В основе инструментария заложен ряд индикаторов. В данной работе остановимся лишь на некоторых из них, а именно: способ принятия медицинских решений в ситуации заболевания (выраженного осознанного недомогания); оценка шансов на получение адекватной потребностям медицинской помощи; наличие и степень мобилизации социального капитала в медицинской среде; субъективная оценка барьеров и трудностей при оказании услуг здравоохранения в период пандемии COVID-19. Более обстоятельно с теоретико-методологическими проблемами социологической категоризации социального доверия и недоверия потребителей медицинской помощи в условиях пандемии COVID-19 читатели могут ознакомиться в предыдущих публикациях авторов [Вялых, 2022; Вялых, Беспалова, Зарбалиев, 2022; Вялых, Беспалова, Зарбалиев, 2023].

### Результаты исследования и обсуждение

Пациент может прибегать к дифференциальным стратегиям в ситуации недомогания, в числе которых стоит выделить наиболее распространенные: обращение в медицинские организации (коммерческие и бюджетные); самостоятельное лечение; применение средств народной (нетрадиционной) медицины. В определенных случаях при возникновении болезненного состояния люди могут вовсе не предпринимать усилий для решения проблемы. Согласно данным нашего опроса, в случае возникновения существенного недомогания или выраженного физического дискомфорта 27,3 % респондентов сразу обращаются в медицинскую организацию по полису обязательного медицинского страхования (то есть условно «бесплатно»), 9,6 % – прибегают к платным медицинским услугам, 5 % – используют средства народной (нетрадиционной) медицины, а 9,1 % ничего не предпринимает, надеясь, что недомогание пройдет само собой. Треть опрошенных (35,6 %) лечится самостоятельно медицинскими препаратами, не обращаясь к врачам. 12,7 % ответивших мобилизуют социальный капитал, обращаясь неформально за помощью к хорошо знакомым медицинским работникам (например, близким родственникам и друзьям, работающим в сфере здравоохранения). Также была предложена открытая позиция «другое», которая, впрочем, не оказалась популярной (0,6 %). Среди свободных ответов упоминались такие практики, как сочетание различных способов поведения, самолечение (респонденты-врачи), поиск информации и советов в Интернете, самостоятельное использование ранее полученных медицинских предписаний.

Подчеркнем, что вопрос был нацелен на выявление именно первичной поведенческой реакции на довольно интенсивный осознаваемый недуг (например, боль, утрату работоспособности). В действительности медицинская активность в случае манифестации симптомов заболевания имеет как правило комбинированный характер, если говорить о более-менее продолжительном недомогании.

Самолечение обусловлено стремительным ростом темпа жизни людей, жесткими условиями современного рынка труда, не дающими свободы маневра для осознанного квалифицированного решения проблем со здоровьем, а также связано с психологическими особенностями людей, предпочитающих обращаться к врачу в исключительных случаях. Помимо этого, на распространение практики самолечения среди населения оказывает влияние когнитивное разнообразие – прежде всего это касается легкодоступной информации о лекарственных средствах и симптомах заболеваний, тиражируемой рекламными изданиями, включая сетевые блоги и форумы [Умерова, Каштанова, Новосельцева, 2010]. В то же время различные практики самолечения (в том числе ответственного самолечения) формируют независимость людей в принятии медицинских решений, не угрожающих жизни, содействуя подоб-



ным образом повышению личных прав и возможностей и разгрузке системы медицинского обеспечения.

Если обратиться к проблеме доверия врачам и их профессионализму, показательные данные опроса Фонда общественного мнения (ФОМ), проведенного в сентябре 2020 года (N = 1 000 чел. в возрасте от 18 лет, метод опроса – всероссийский телефонный опрос). Треть опрошенных (33 %) считает, что врачи обладают высоким уровнем квалификации и профессиональных знаний, а 42 % – что низким. Примечательно, что представители молодого поколения (18–30 лет) дали наиболее высокую оценку профессионализму медиков среди других возрастных групп: 45 % – заявили о высоком уровне профессионализма врачей, а 36 % – о низком<sup>8</sup>.

Особое место в вопросах поддержания здоровья занимает медицинская грамотность, которую можно трактовать в широком смысле как умение получать доступ к информации, понимать ее и применять таким образом, чтобы способствовать поддержанию и укреплению своего здоровья. Медицинская грамотность рассматривается в качестве не только индивидуального, но и социального ресурса, ибо ее высокий уровень среди населения в целом формирует отложенные общественные выгоды<sup>9</sup>. Одним из поведенческих измерений медицинской грамотности можно считать комплаентность – приверженность терапевтической программе (лечению) и сотрудничеству с врачами [Шакирова, Селянцева, 2022, с. 43].

В рамках социологического исследования поднимался вопрос о степени потенциальной опциональности действий после получения медицинских рекомендаций и назначений. Это достаточно важный индикатор, позволяющий не столько выявить, сколько спрогнозировать тренд межличностного доверия в системе «врач – пациент». 41 % опрошенных сначала изучил бы аннотации рекомендованных препаратов, возможные эффекты и противопоказания, отзывы в сети Интернет, и только потом принял решение о стратегии лечения. Значительная доля респондентов (38 %) готова безоговорочно в полном объеме выполнять медицинские предписания, назначения и рекомендации. Определенный интерес вызывает позиция 11 % участников анкетирования, которые обратились бы к другому врачу с целью верификации диагноза и уточнения полученных назначений. 10 % испытуемых заявили о том, что не станут сразу же предпринимать какие-либо действия, а предпочтут выждать определенное время, чтобы по возможности обойтись без выполнения медицинских предписаний. Такое распределение ответов позволяет предполагать, что при достаточно высоком уровне обобщенного доверия к медикам (о чем мы еще скажем несколько позже) респонденты не склонны полностью перекладывать ответственность за собственное здоровье на специалистов. Вместе с тем надо помнить, что поведение в реальных жизненных обстоятельствах может значительно отклоняться от декларируемой поведенческой установки.

Такие нежелательные явления, как территориальная недоступность квалифицированной медицинской помощи, нерегулируемое распределение лекарственных препаратов, кадровый дефицит, существенные расходы на платные медицинские услуги можно отнести к основным причинам самолечения. Стоит отметить системный характер этих проблем, а также их роль в качестве внешних факторов медицинской активности населения. Парадокс заключается в том, что при ответе на вопрос «С какими проблемами оказания медицинской помощи Вы лично сталкивались в период пандемии COVID-19?» почти половина респондентов (41,7 %) отметила, что трудностей не возникало (табл. 1).

<sup>8</sup> Престиж профессии врача. О доверии врачам и их профессионализме. Влияние пандемии на выбор профессии. Аналитический обзор ФОМ от 26 сентября 2020 г. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14462> (дата обращения: 22.01.2023).

<sup>9</sup> The mandate for health literacy. Publication of the World Health Organization. URL: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy> (accessed: 01 January 2023).

Таблица 1  
Table 1Проблемный фон оказания медицинской помощи  
в острую фазу пандемии COVID-19 (% от выборочной совокупности)  
Problematic background of medical care  
in the acute phase of the COVID-19 pandemic (% of the sample population)

Вариант ответа Response option	Количество ответов, % Number of responses, %
Трудностей и проблем в указанный период не возникало. There were no difficulties or problems during this period	41,7
Существенные для личного (семейного) бюджета расходы на лекарственные препараты. Essential expenses on medicine for personal (family) budget	24,3
Отсутствие необходимых медикаментов в аптечных пунктах. Lack of necessary medicine in pharmacy points	22,7
Ожидание бригады скорой медицинской помощи более двух часов с момента вызова. Waiting for an ambulance for more than two hours	17,3
Высокая стоимость платных медицинских услуг. High cost of paid medical services	16
Формализм и незаинтересованность медицинских работников. Formalism and disinterest of medical workers	15,9
Отсутствие условий и необходимых медицинских технологий для диагностики, лечения, реабилитации. Lack of conditions and necessary medical technologies for diagnosis, treatment, rehabilitation	13,7
Отсутствие возможности получения бесплатной медицинской помощи. Lack of the access to free medical care	12,4
Ожидание медицинской помощи более 15 дней с момента записи. Waiting for medical care for more than 15 days from the date of registration	12
Неприемлемое (грубое, неэтичное) отношение медицинского персонала. Unacceptable (rude, unethical) behave of medical workers	7,6
Удалённость, территориальное неудобство расположения медицинских организаций. Remoteness, territorial inconvenience of the medical organizations location	7,1
Собственная лень, бездействие и невнимание к проблемам со здоровьем. My own laziness, inaction and inattention to health problems	5,2
Отказ в выдаче медицинского отвода от вакцинации. I was refused in medical counterindication to vaccination	3,1

Примечание: Множественный вопрос, допускался неограниченный выбор вариантов ответа, поэтому итог больше 100 %.

Note: Multiple question, unlimited choice of answer options was allowed, therefore the total percent is more than 100 %.

По прошествии времени негативные воспоминания смягчились, респонденты не заостряли внимание на тех глобальных проблемах, которые тиражировались в СМИ и сети Интернет. При этом россияне выше оценивают по пятибалльной шкале шансы на получение своевременной медицинской помощи в настоящее время по сравнению с периодом острой



фазы пандемии COVID-19 (март 2020 г. – март 2022 г.). Статистическая мода в первом случае составила четыре балла, а во втором – три (средние значения 3,73 и 3,12 соответственно). Это различие может свидетельствовать опосредованным образом о положительной динамике доверия общества. Следовательно, негативистский осадок восприятия доступности услуг здравоохранения в пандемию COVID-19 все-таки остался, несмотря на то, что социологический замер проводился почти год спустя после отмены всех ограничений в оказании плановой медицинской помощи и снятия требований обязательной вакцинации в регионах.

Социальные связи потребителей в медицинской сфере занимают значимую позицию в конструировании позитивного образа системы здравоохранения и, как следствие, стимулируют эффективные практики медицинской активности. Экстраполируя на эту почву методологические разработки П. Бурдьё, писавшего о значении сети социальных отношений и взаимного признания [Bourdieu, 1986], можно говорить о специфическом габитусе доверия/недоверия потенциальных и реальных пациентов. Больше половины (67,4 %) опрошенных указали, что среди их близких родственников, друзей есть представители медицинской профессии. Правда, степень мобилизации социального ресурса оказалась разной, но большинство интеракций с ближайшим окружением оценивалось весьма позитивно. Так, 76 % от общего числа ответов на прямой вопрос «Доверяете ли Вы медицинским организациям, в которые Вам приходится обращаться постоянно или время от времени» имеют положительную оценку («вполне доверяю», «по большей части доверяю»). Только 2 % отметили вариант «не доверяю совсем». Данные результаты соотносятся с проверочным вопросом о динамике обобщенного отношения к медицинским работникам. Каждый второй (54 %) за прошедшее с начала пандемии COVID-19 время не поменял к ним существенным образом своего отношения. 27 % участников анкетирования отметили, что стали относиться к врачам лучше. Только 9 % заявили о переменах в худшую сторону, выражающихся в субъективном ощущении падения авторитета медицинского персонала и снижения значимости медицинской профессии для общества.

Сопоставляя обобщенное доверие/недоверие с фактом наличия или отсутствия близко знакомых медицинских работников, можно обнаружить существенное влияние социального капитала личности на воспроизводство позитивного отношения к здравоохранению в целом. Исследование показало, что в подгруппе доверяющих медицинским организациям (суммарно «вполне» и «по большей части») сравнительно больше было респондентов, у которых имеются среди близких родственников и друзей представители медицинской профессии, фармацевты, провизоры, с которыми они советовались по различным вопросам пандемии COVID-19. В консолидированной подгруппе условно недоверяющих, наоборот, просматриваются либо отсутствие таких знакомых, либо низкая продуктивность социальных контактов с близкими людьми, занятыми в сфере здравоохранения (табл. 2).

Небезынтересна социологическая картина лидеров мнения в контексте информационного сопровождения пандемии COVID-19 (табл. 3).

Как следует из результатов опроса, россияне в большей степени доверяют источникам информации ближнего круга, включая доверие самим себе, а всевозможные институты и институции общественного мнения (как формальные, так и неформальные) следуют со значительным отрывом. Данный факт можно считать дополнительным аргументом в пользу методологии социального конструктивизма, признающей первичность микроуровневого социального взаимодействия в формировании невидимого, но вполне реального по своему возвратному давлению институционального доверия/недоверия. Так, даже уровень обезличенного доверия членам экспертного научного и медицинского сообщества коррелирует с доверием лично знакомым медицинским работникам.

Значимое место в современной индустрии здравоохранения занимает медицинский туризм, предполагающий выезды пациентов за пределы постоянного места жительства с целью

укрепления или восстановления здоровья [Крестьянинова, 2019]. Это явление свидетельствует, с одной стороны, об определенном уровне доходов и социальном статусе, позволяющем подобные путешествия, а с другой, о сравнительно большем резерве доверия к медицинским организациям вне региона проживания. Нельзя не учитывать и социально-психологические факторы медицинского туризма (способность преодолевать организационные издержки и территориальные барьеры), а не только финансовые, поскольку готовность и возможность подобного рода медицинской активности – две большие разницы.

В нашем исследовании одной из задач было выяснить наличие желания получать лечение, проходить оздоровительные процедуры и медицинскую диагностику за пределами территории постоянного проживания. Половина опрошенных (52 %) хотела бы в случае необходимости отправиться на лечение за границу. При этом внутренний медицинский туризм более предпочтителен: 62,9 % опрошенных указали на желание получать лечение, проходить оздоровительные процедуры и медицинскую диагностику в ином субъекте РФ в случае необходимости.

Таблица 2  
Table 2

Сопряженность обобщенного доверия с наличием близко знакомых медицинских работников (%)  
 The conjugacy of generalized trust with the presence of close acquaintances with medical workers (%)

<p><i>Есть ли среди Ваших близких родственников, друзей представители медицинской профессии, фармацевты, провизоры, с которыми Вы советовались по вопросам COVID-19 (лечения, диагностики, профилактики, реабилитации, вакцинации)?</i></p> <p><i>Have you the representatives of medical profession or pharmacists among your close relatives, friends, with whom you have consulted on COVID-19 (treatment, diagnosis, prevention, rehabilitation, vaccination)?</i></p>	<p><i>Доверяете ли Вы в целом медицинским организациям, в которые Вам приходится обращаться постоянно или время от времени?</i></p> <p><i>Do you trust medical organizations which you contact constantly or from time to time?</i></p>		<p>% по выборке % by sample</p>
	<p>«Вполне доверяю» и «по большей части доверяю» "I trust" and "I mostly trust"</p>	<p>«Очень мало доверяю» и «не доверяю совсем» "I trust very little" and "I don't trust at all"</p>	
<p>Да, есть, их помощь, советы оказались для меня эффективными и важными. Yes, I have, their help and advice were effective and important for me</p>	45,3	32,5	42,2
<p>Да, есть, однако существенной пользы их советы и рекомендации мне не принесли. Yes, I have, but their advice and recommendations were not useful for me</p>	7,9	9,9	8,4
<p>Да, есть, но обращаться к ним за помощью, советом с начала пандемии COVID-19 не доводилось. Yes, I have, but I have not asked them for help or advice since the beginning of the COVID-19 pandemic</p>	15,7	20,2	16,8
<p>Нет, такие люди в моем ближайшем окружении отсутствуют. No, I haven't such people in my immediate circle</p>	31,1	37,4	32,6
<p><b>Всего. Total</b></p>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>





Таблица 3  
 Table 3

Агенты социального доверия к системе здравоохранения в период пандемии COVID-19  
 The agents of social confidence in the healthcare system during the COVID-19 pandemic

Чье мнение о новой коронавирусной инфекции, ее особенностях, темпах распространения, способах профилактики для Вас было наиболее важным и достоверным в период с марта 2020 г. по март 2022 г.? Whose opinion about the new coronavirus infection, its features, the rate of spread, methods of prevention was the most important and reliable for you in the period from March 2020 to March 2022?	
Вариант ответа	Количество ответов, % Number of responses, %
Лично знакомых медицинских работников, включая участковых терапевтов <i>Personal network of medical workers, including district therapists</i>	41,2
Членов экспертного научного и медицинского сообщества, включая эпидемиологов, инфекционистов, иммунологов. <i>Members of the expert scientific and medical community, including epidemiologists, infectious disease specialists, immunologists</i>	38,7
Блиzkих родственников, друзей, коллег по работе/учебе. <i>Close relatives, friends, work/study colleagues</i>	34,3
Для меня имело значение только мое собственное мнение, логика, интуиция, знания. <i>For me, only my own opinion, logic, intuition and knowledge were important</i>	21,7
Официальных представителей власти федерального и регионального уровней. <i>Official representatives of the federal and regional levels of government</i>	16,2
Официальных средств массовой информации (центральных телеканалов, газет, радио). <i>Official mass media (central TV channels, newspapers, radio).</i>	13,4
Представителей неофициальных средств массовой коммуникации в интернет-пространстве. <i>Representatives of unofficial mass media in the Internet</i>	8,9
Никого из обозначенных субъектов. <i>None of the listed subjects</i>	4,1
Артистов, творческих деятелей, музыкантов, работников культуры. <i>Artists, creative figures, musicians, cultural workers</i>	1,6
<b>Всего. Total</b>	<b>180,1</b>

Примечание: Множественный вопрос, допускался выбор до трех вариантов ответа, поэтому итог больше 100 %.

Note: Multiple question, unlimited choice of answer options was allowed, therefore the total percent is more than 100 %.

Разумеется, здесь замешано не только социальное доверие/недоверие к отечественной медицине, но и реалистичная оценка финансовых возможностей и транспортной логистики с учетом внешнеполитической конъюнктуры и санкционного давления на граждан РФ. Зарубежные специалисты, рассматривая международный туризм, отмечают тренд рационализации потребления медицинской помощи, так как пациенты зачастую приезжают из развитых стран в менее развитые из-за привлекательно низкой стоимости качественных медицинских

услуг [Banerjee and others, 2015]. Тем не менее желание получить медицинские услуги за пределами своего места жительства может быть показателем недоверия медицинским организациям на локальном уровне, что уже само по себе вступает в противоречие с приведенным чуть выше распределением ответов на прямой вопрос об обобщенном доверии.

### Заключение

Не будем отрицать, что измерить характер доверия населения к здравоохранению через неявные признаки и параметры крайне непросто, поскольку конвертация теоретических понятий в эмпирические индикаторы, а затем в вопросы анкеты и шкалы (варианты ответов) требует, во-первых, умения разрывать привычные познавательные шаблоны и штампы, во-вторых, внушительного опыта обыденного восприятия и чувственных переживаний процессов в роли пациента. Имманентная сложность распределения доверия зачастую приводит к тому, что его содержательные критерии принимаются «по умолчанию» не только в повседневной реальности, но и среди профессиональных обществоведов.

В статье представлен анализ результатов исследования по ряду индикаторов, позволяющих определить характер практик потребителей медицинской и ценностные установки в данной сфере. Подводя итоги, можно сделать вывод о наличии зависимости уровня обобщенного (институционального) доверия потребителей медицинской помощи от их личного взаимодействия с системой здравоохранения. Пандемия COVID-19 не оказала существенного влияния на социальные настроения в обществе, но вместе с тем привела к повышению роли персональной и коллективной ответственности за здоровье. Наряду с позитивными сигналами трансформации ментальных и поведенческих аспектов медицинской активности, социологические данные фиксируют противоречивый характер социального отношения к услугам здравоохранения на этапе выхода из сложной эпидемиологической обстановки.

При сопоставлении ответов на различные вопросы возникает ощущение диссонанса, словно респонденты живут в некотором состоянии самообмана в системе «доверие другим – доверие себе». Но и мы – социологи – находимся в когнитивной ловушке своего дисциплинарного мышления, поскольку бесконечно измеряем всевозможные индексы доверия/недоверия населения политикам, институтам, источникам информации, близким людям. Сейчас можно наблюдать постепенную синхронизацию инерционной либерализации института здравоохранения последних трех десятилетий и общественного сознания застрахованных. Только роль и перспективы медицинского страхования (как обязательного, так и добровольного) в этом процессе становится все менее определенной.

Доверие и недоверие – не есть дихотомия признания/отрицания способности медицины улучшать индивидуальное и общественное здоровье, скорее – это механизм преобразования социальных связей, финансовых ресурсов и культурного капитала (знаний о здоровье и болезнях, санитарно-гигиенической просвещенности, осведомленности о базовых организационно-финансовых принципах национального здравоохранения, понимания своих прав и обязанностей как пациента) в сознательный медицинский выбор. Соотношение риска ошибочных или неэффективных терапевтических назначений, связанного с делегированием пациентом врачу полномочий за свое состояние с одной стороны и личной ответственности за свое самочувствие – с другой, можно считать узловым параметром индивидуальной для каждого человека тонкой балансировки доверия/недоверия на микроуровне института здравоохранения.

Размышляя над результатами опроса, отметим значимость не столько полученных частотных распределений, сколько социологическую функциональность выбранных эмпирических критериев. Надеемся, что изложенные методические разработки, концептуальные соображения и выдержки из инструментария окажутся полезными коллегам для последующих фундаментальных исследований доверия/недоверия как в сфере здравоохранения, так и в других социальных системах и сегментах повседневной реальности.

### Список литературы

- Баранова Е.А. 2022. Институциональное доверие как ключевой фактор в реакции общества на пандемию. *Russian Economic Bulletin*, 5(4): 272–275.
- Бергер П., Лукман Т. 1995. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. М., Медиум, 323 с.
- Вялых Н.А. 2022. Феномен социального (не)доверия российского общества к институту здравоохранения в контексте пандемии COVID-19: когнитивные иллюзии и методологические проблемы. *Вестник НГУЭУ*, 2: 178–193. [DOI 10.34020/2073-6495-2022-2-178-193](https://doi.org/10.34020/2073-6495-2022-2-178-193).
- Вялых Н.А., Беспалова А.А., Зарбалиев В.З. 2022. Факторы и проблемы социологического измерения доверия российского общества к системе здравоохранения в период пандемии COVID-19. *Векторы благополучия: экономика и социум*, 1(44): 129–144. [DOI 10.18799/26584956/2022/1/1150](https://doi.org/10.18799/26584956/2022/1/1150).
- Вялых Н.А., Беспалова А.А., Зарбалиев В.З. 2023. Социальное доверие и недоверие в сфере российского здравоохранения в период пандемии COVID-19: теоретико-методологические подходы и источники негативизации. *Caucasian Science Bridge*, 3(17): 12–20. [DOI 10.18522/2658-5820.2022.3.1](https://doi.org/10.18522/2658-5820.2022.3.1).
- Глушко И.В., Зуева Т.М. 2018. Доверие как ресурс изменения социальных практик и институтов современного российского общества. *Историческая и социально-образовательная мысль*, 10(2-2): 72–77. [DOI 10.17748/2075-9908-2018-10-2/2-72-77](https://doi.org/10.17748/2075-9908-2018-10-2/2-72-77).
- Крестьянинова О.Г. 2019. Медицинский туризм: сущность и перспективы развития. *Технико-технологические проблемы сервиса*, 3(49): 66–69.
- Лядова А.В. 2021. Социальные факторы здоровья в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции. *Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология*, 27(4): 134–156. [DOI 10.24290/1029-3736-2021-27-4-134-156](https://doi.org/10.24290/1029-3736-2021-27-4-134-156).
- Макушева М.О., Нестик Т.А. 2020. Социально-психологические предпосылки и эффекты доверия социальным институтам в условиях пандемии. *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*, 6: 427–447. [DOI 10.14515/monitoring.2020.6.1770](https://doi.org/10.14515/monitoring.2020.6.1770).
- Сачкова М.Е., Семенова Л.Э. 2022. Образ врача и доверие к себе и другим у студентов в период пандемии COVID-19. *Вестник психотерапии*, 83(88): 49–61. [DOI 10.25016/2782-652X-2022-0-83-49-6](https://doi.org/10.25016/2782-652X-2022-0-83-49-6).
- Тартаковская И.Н. 2021. Доверие перед лицом пандемии: в поисках точки опоры. *Социологический журнал*, 27(2): 68–89. [DOI 10.19181/socjour.2021.27.2.8087](https://doi.org/10.19181/socjour.2021.27.2.8087).
- Трапезникова Д.С., Гордеева С.С. 2022. Социальное конструирование здоровья и болезни. *Социальные и гуманитарные науки: теория и практика*, 1(6): 117–124.
- Умерова А.Р., Каштанова О.А., Новосельцева Т.В. 2010. Некоторые аспекты самолечения. *Астраханский медицинский журнал*, 5(1): 123–127.
- Федотова В.Г. 2021. Пандемия COVID-19 в 2021 году: проблемы доверия. *Знание. Понимание. Умение*, 4. [DOI: 10.17805/zpu.2021.4.9](https://doi.org/10.17805/zpu.2021.4.9).
- Финкельштейн И.Е. 2021. Правила принятия терапевтических решений хроническими больными. *Laboratorium: журнал социальных исследований*, 13(2): 267–291. [DOI 10.25285/2078-1938-2021-13-2-267-291](https://doi.org/10.25285/2078-1938-2021-13-2-267-291).
- Финкельштейн И.Е. 2022. Культурные (медицинские) представления хронических больных в период пандемии COVID-19: механизмы работы и формирования культурного знания в ситуации неопределенности. *Семиотические исследования*, 2(3): 110–118. [DOI 10.18287/2782-2966-2022-2-3-110-118](https://doi.org/10.18287/2782-2966-2022-2-3-110-118).
- Шакирова А.Ф., Селянцева А.А. 2022. Изучение уровня комплаентности у амбулаторных пациентов. *Архитектура здоровья*, 1: 42–46.
- Banerjee S., Nath S.S., Dey N., Eto H, 2015. Global Medical Tourism: A Review. In: *New Business Opportunities in the Growing E-Tourism Industry*. IGI Global, 114–131. [DOI 10.4018/978-1-4666-8577-2.ch007](https://doi.org/10.4018/978-1-4666-8577-2.ch007).
- Belfrage S., Helgesson G., Lynøe N. 2022. Trust and digital privacy in healthcare: a cross-sectional descriptive study of trust and attitudes towards uses of electronic health data among the general public in Sweden. *BMC Medical Ethics*, 23(19). [DOI 10.1186/s12910-022-00758-z](https://doi.org/10.1186/s12910-022-00758-z).
- Bourdieu P. 1986. The Forms of Capital / trans. Richard Nice, chapter 9 in John G. Richardson (ed.). *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Greenwood Press: Westport, CN, 241–258.

- Hong Z., Deng Z., Zhang W. 2019. Examining factors affecting patients trust in online healthcare services in China: the moderating role of the purpose of use. *Health Informatics Journal*, 25(4): 1647–1660.
- Jabeen F., Hamid Z., Akhunzada A., Abdul W., Ghouzali S. 2018. Trust and reputation management in healthcare systems: taxonomy, requirements and open issues. *IEEE Access*, 6: 17246–17263.
- Lee S. 2022. Subjective well-being and mental health during the pandemic outbreak: exploring the role of institutional trust. *Research on Aging*, 44(1): 10–21.

## References

- Baranova E.A. 2022. Institutsionalnoye doveriye kak klyuchevoy faktor v reaktsii obshchestva na pandemiyu [Institutional trust as a key factor in society's response to the pandemic]. *Russian Economic Bulletin*, 5(4): 272–275.
- Berger P., Lukman T. 1995. *Sotsialnoe konstruirovaniye realnosti. Traktat po sociologii znaniya* [Social construction of reality. A treatise on the sociology of knowledge]. Moscow: Medium, 323 p.
- Vyalykh N.A. 2022. Fenomen sotsialnogo (ne)doveriya rossiyskogo obshchestva k institutu zdavookhraneniya v kontekste pandemii COVID-19: kognitivnyye illyuzii i metodologicheskiye problem [The Phenomenon of social (dis)trust of the Russian society in the institute for health protection in the context of the COVID-19 pandemic: cognitive illusions and methodological problems]. *Vestnik NSUEM*, 2: 178–193. [DOI 10.34020/2073-6495-2022-2-178-193](https://doi.org/10.34020/2073-6495-2022-2-178-193).
- Vyalykh N.A., Bepalova A.A., Zarbaliev V.Z. 2022. Faktory i problemy sotsiologicheskogo izmereniya doveriya rossiyskogo obshchestva k sisteme zdavookhraneniya v period pandemii COVID-19 [Factors and issues of sociological measurement of social trust to the healthcare system in terms of the COVID-19 pandemic in Russia]. *Journal of Wellbeing Technologies*, 1(44): 129–144. [DOI 10.18799/26584956/2022/1/1150](https://doi.org/10.18799/26584956/2022/1/1150).
- Vyalykh N.A., Bepalova A.A., Zarbaliev V.Z. 2023. Sotsialnoye doveriye i nedoveriye v sfere rossiyskogo zdavookhraneniya v period pandemii COVID-19: teoretiko-metodologicheskiye podkhody i istochniki negativizatsii [Social trust and distrust in sphere of Russian healthcare during the COVID-19 pandemic: theoretical and methodological approaches and sources of negativity]. *Caucasian Science Bridge*, 3(17): 12–20. [DOI 10.18522/2658-5820.2022.3.1](https://doi.org/10.18522/2658-5820.2022.3.1).
- Glushko I.V., Zueva T.M. 2018. Doveriye kak resurs izmeneniya sotsialnykh praktik i institutov sovremennogo rossiyskogo obshchestva [Trust as a resource for changing social practices and institutions of contemporary Russian society]. *Historical and Socio-Educational Thought*, 10(2-2): 72–77. [DOI 10.17748/2075-9908-2018-10-2/2-72-77](https://doi.org/10.17748/2075-9908-2018-10-2/2-72-77).
- Krestyaninova O.G. 2019. Meditsinskiy turizm: sushchnost i perspektivy razvitiya [Medical tourism: the nature and development prospects]. *Technical and technological problems of the service*, 3(49): 66–69.
- Lyadova A.V. 2021. Sotsialnyye faktory zdorovya v usloviyakh pandemii novoy koronavirusnoy infektsii [Social inequality and health: the historical and sociological study]. *Moscow State University Bulletin. Series 18. Sociology and Political Science*, 27(4): 134–156. [DOI 10.24290/1029-3736-2021-27-4-134-156](https://doi.org/10.24290/1029-3736-2021-27-4-134-156).
- Makusheva M.O., Nestik T.A. 2020. Sotsialno-psikhologicheskiye predposylki i efekty doveriya sotsialnym institutam v usloviyakh pandemii [Socio-Psychological Preconditions and Effects of Trust in Social Institutions in a Pandemic]. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*, 6: 427–447. [DOI 10.14515/monitoring.2020.6.1770](https://doi.org/10.14515/monitoring.2020.6.1770).
- Sachkova M.E., Semenova L.E. 2022. Obraz vracha i doveriye k sebe i drugim u studentov v period pandemii COVID-19 [The image of a doctor and the student's in themselves and others in the period of COVID-19 pandemic]. *Bulletin of Psychotherapy*, 83(88): 49–61. [DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-83-49-6](https://doi.org/10.25016/2782-652X-2022-0-83-49-6).
- Tartakovskaya I.N. 2021. Doveriye pered litsom pandemii: v poiskakh tochki opory [Trust in the face of a pandemic: in search for a common ground]. *Sociological Journal*, 27(2): 68–89. [DOI: 10.19181/socjour.2021.27.2.8087](https://doi.org/10.19181/socjour.2021.27.2.8087).
- Trapeznikova D.S., Gordeeva S.S. 2022. Sotsialnoye konstruirovaniye zdorovya i bolezni [Social construction of health and disease]. *Social Sciences and Humanities: Theory and Practice*, 1(6): 117–124.
- Umerova A.R., Kashtanova O.A., Novoseltseva T.V. 2010. Nekotoryye aspekty samolecheniya [Some aspects of self-medication]. *Astrakhan Medical Journal*, 5(1): 123–127.



- Fedotova V.G. 2021. Pandemiya COVID-19 v 2021 godu: problemy doveriya [The COVID-19 pandemic in 2021: problems of trust]. Knowledge. Understanding. Ability, 4. DOI: [10.17805/zpu.2021.4.9](https://doi.org/10.17805/zpu.2021.4.9).
- Finkelstein I.E. 2021. Pravila prinyatiya terapevticheskikh resheniy khronicheskimi bolnymi [Therapeutic decision-making rules by chronic patients]. *Laboratory: Journal of Social Research*, 13(2): 267–291. DOI [10.25285/2078-1938-2021-13-2-267-291](https://doi.org/10.25285/2078-1938-2021-13-2-267-291).
- Finkelstein I.E. 2022. Kulturnyye (meditsinskiye) predstavleniya khronicheskikh bolnykh v period pandemii COVID-19: mekhanizmy raboty i formirovaniya kulturnogo znaniya v situatsii neopredelennosti [Cultural (medical) ideas of long-term care patients during the period of the COVID-19 pandemic: mechanism and formation of cultural knowledge in an uncertain situation]. *Semiotic Research*, 2(3): 110–118. DOI [10.18287/2782-2966-2022-2-3-110-118](https://doi.org/10.18287/2782-2966-2022-2-3-110-118).
- Shakirova A.F., Selyantseva A.A. 2022. Izucheniye urovnya komplayentnosti u ambulatornykh patsiyentov [Studying the level of compliance in outpatient patients]. *Architecture of Health*, 1: 42–46.
- Banerjee S., Nath S.S., Dey N., Eto H, 2015. Global Medical Tourism: A Review. In: *New Business Opportunities in the Growing E-Tourism Industry*. IGI Global, 114–131. DOI [10.4018/978-1-4666-8577-2.ch007](https://doi.org/10.4018/978-1-4666-8577-2.ch007).
- Belfrage S., Helgesson G., Lynøe N. 2022. Trust and digital privacy in healthcare: a cross-sectional descriptive study of trust and attitudes towards uses of electronic health data among the general public in Sweden. *BMC Medical Ethics*, 23(19). DOI [10.1186/s12910-022-00758-z](https://doi.org/10.1186/s12910-022-00758-z).
- Bourdieu P. 1986. The Forms of Capital / trans. Richard Nice, chapter 9 in John G. Richardson (ed.). *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Greenwood Press: Westport, CN, 241–258.
- Hong Z., Deng Z., Zhang W. 2019. Examining factors affecting patients trust in online healthcare services in China: the moderating role of the purpose of use. *Health Informatics Journal*, 25(4): 1647–1660.
- Jabeen F., Hamid Z., Akhuzada A., Abdul W., Ghouzali S. 2018. Trust and reputation management in healthcare systems: taxonomy, requirements and open issues. *IEEE Access*, 6: 17246–17263.
- Lee S. 2022. Subjective well-being and mental health during the pandemic outbreak: exploring the role of institutional trust. *Research on Aging*, 44(1): 10–21.

**Конфликт интересов:** о потенциальном конфликте интересов не сообщалось.

**Conflict of interest:** no potential conflict of interest has been reported.

Поступила в редакцию 18.06.2023

Поступила после рецензирования 24.07.2023

Принята к публикации 28.07.2023

Received June 18, 2023

Revised July 24, 2023

Accepted July 28, 2023

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Вялых Никита Андреевич**, кандидат социологических наук, доцент, Институт социологии и регионоведения, Южный федеральный университет, г. Ростов-на-Дону, Россия.

**Беспалова Анна Александровна**, кандидат социологических наук, старший преподаватель, Институт социологии и регионоведения, Южный федеральный университет, г. Ростов-на-Дону, Россия.

**Зарбалиев Вадим Загиддинович**, аспирант, Институт социологии и регионоведения, Южный федеральный университет, г. Ростов-на-Дону, Россия.

#### INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Nikita A. Vyalykh**, Candidate of Sociological Sciences, Associate Professor, Institute of Sociology and Regional Studies, Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia.

**Anna A. Bepalova**, Candidate of Sociological Sciences, senior lecturer, Institute of Sociology and Regional Studies, Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia.

**Vadim Z. Zarbaliev**, postgraduate student, Institute of Sociology and Regional Studies, Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia.