

УДК 316.334

DOI 10.52452/18115942_2022_2_104

СОЦИАЛЬНОЕ ДОВЕРИЕ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА К СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: НОВЫЕ СМЫСЛЫ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

© 2022 г.

Н.А. Вялых

Вялых Никита Андреевич, к.соц.н.; доц.; доцент кафедры теоретической социологии и методологии региональных исследований Института социологии и регионоведения Южного федерального университета, Ростов-на-Дону
sociology4.1@yandex.ru

*Статья поступила в редакцию 02.02.2022**Статья принята к публикации 22.04.2022*

Анализируются теоретико-методологические предпосылки социологического исследования системы здравоохранения как пространства конструирования и воспроизводства социального доверия/недоверия в российском обществе. Гносеологические ограничения современных теорий связаны с редукцией социального доверия к однозначно положительному образу здравоохранения и доступности его отдельных функций в сознании потребителей медицинской помощи, хотя речь должна идти, скорее, о доверии как результате влияния социальной ситуации, культурных факторов наряду с индивидуальными особенностями, социальными ценностями, установками и моделями самосохранительного поведения. В структуру критериев оценки социального доверия к системе здравоохранения в период пандемии COVID-19 целесообразно отнести: отношение потребителей медицинской помощи к врачам и медицинским организациям; степень удовлетворения медицинских потребностей и самооценку статуса здоровья; типичные практики самосохранительного поведения; согласованность интересов различных агентов; эмоциональный настрой, страхи и ожидания от медицинского вмешательства (включая вакцинацию); макроуровневый социально-психологический контекст, вектор государственной политики здравоохранения и культуру общественного здоровья. Автор приходит к выводу об особом значении инструментария социологического познания для построения сценариев и перспектив гармонизации отношения российского общества к системе здравоохранения в посткоронавирусный этап.

Ключевые слова: социальное доверие, недоверие, пандемия COVID-19, российское общество, система здравоохранения, агенты, доступность медицинской помощи, социологические исследования.

Постановка научной проблемы

Пандемия новой коронавирусной инфекции значительно повлияла на вектор трансформации института здравоохранения в России и в мире. Организационно-финансовая перестройка всей отрасли под условия сложной эпидемиологической ситуации неизбежно приводит к изменению социальных настроений в обществе. Ситуация в российском здравоохранении и до марта 2020 г. была достаточно напряженной, прежде всего из-за избыточной дифференциации в доступности и качестве медицинской помощи по региональным, социальным, экономическим, социально-психологическим и иным параметрам.

Непредвиденная мобилизация российского здравоохранения, непрерывно меняющиеся протоколы лечения новой коронавирусной инфекции и начавшаяся в 2021 г. массовая вакцинация вынуждают население по-иному взглянуть на ценность здоровья и в соответствии с этим корректировать практики здоровьесбережения. Конечно, изобретение лекарств и вакцин находится вне компетенции социологов. Однако сегодня из-за пандемии происходит системная

перестройка социально-стратификационной структуры общества, активизируются процессы интеграции и дифференциации в институциональном поле здравоохранения. Учитывая сложившиеся обстоятельства, социологическая диагностика социального самочувствия общества должна включать вопросы о скрытых рисках утраты доверия населения, возникающих в условиях вынужденной переориентации института здравоохранения на выявление, лечение и профилактику инфекционных заболеваний.

Перед нами стоит задача социологического переосмысления идейно-теоретического бэкграунда в изучении доверия людей к частным функциям здравоохранения. Ожидаемым результатом научной ревизии видится создание качественно иного теоретико-методологического инструментария и формулирование принципов социологического познания, позволяющих, во-первых, выйти за рамки укоренившихся когнитивных искажений и научных анахронизмов, во-вторых, выявить и обобщить реально работающие научно-исследовательские практики, которые можно адаптировать к изучению феномена социального доверия в условиях непредвиденного ковид-

кризиса и без того хронически кризисной системы здравоохранения в современной России.

Теоретико-методологические подходы

Здравоохранение, в социологическом понимании, – это не только система управления деятельностью медицинских организаций, но и усилия человека, социальных групп и общества в целом по созданию условий (экономических, организационных, социокультурных) для сохранения, упрочения индивидуального и общественного здоровья как ценности, а не как бездушных статистических индикаторов и индексов. В связи с этим актуализируется социальная значимость разработки многомерного методологического подхода, интегрирующего поведенческие и системные (надиндивидуальные) механизмы формирования и воспроизводства доверия/недоверия населения к системе здравоохранения в России. В полипарадигмальности и мультидисциплинарности заключается главное преимущество социологической параметризации данного феномена перед другими общественными науками.

Для социологического познания одинаково важны процессы как на микроуровне, так и на макроуровне, но личное доверие отдельного человека не может быть предметом социологического познания. Если макросоциологические обобщения обращены к анализу доверия в качестве индикатора поддержки здравоохранения как социальной системы, то микросоциологические описания больше нацелены на поиск взаимосвязей между доверием и поведенческими практиками потребителей медицинской помощи. В этом выражается, как отмечают Н.Н. Камынина, К.О. Короткова и Ю.Н. Скулкина, двойственный характер исследований доверия в сфере здравоохранения [1, с. 91].

Социальное доверие к институту здравоохранения не является средним арифметическим доверия множества потребителей медицинской помощи, хотя обычно так оно и «измеряется» на практике. К тому же в пандемию COVID-19 возросла значимость обратного доверия различных агентов по отношению к населению, например степень доверия власти и медицинских специалистов пациентам [2, с. 530]. Отсюда такие признаки социального доверия в здравоохранении, как асимметричность, транзитивность и возвратность [3]. Иными словами, доверие между двумя сторонами не зеркально. Например, пациент доверяет врачу, а врач – нет, или наоборот. Может наблюдаться эффект транзитивности, когда происходит перенос доверия. Допустим, если пациент доверяет услов-

ному врачу X, который доверяет своему коллеге врачу Y, то, вероятно, пациент будет доверять врачу Y, даже не имея опыта взаимодействия с ним. Возвратность доверия заключается в том, что оно является в какой-то степени феноменом психологической проекции отношения к себе на отношение к другим акторам здравоохранения. Но если действует механизм проекции, то не исключен и механизм интроекции, при котором доверие других бессознательно активизирует доверие потребителя медицинской помощи к себе. Этот пример иллюстрирует шаблонность подавляющего числа исследований институционального доверия/недоверия. Социологи спрашивают респондентов о доверии к каким угодно агентам и институтам, кроме доверия себе, своему опыту, знаниям, интуиции и уже совершенным выборам.

Подходом, сужающим практический потенциал социологических исследований доверия/недоверия, является концентрация только на здравоохранении в целом либо на его интегральной подсистеме медицинского обеспечения (поликлиниках, больницах, лечебно-реабилитационных центрах и пр.). Решение проблем повышения социального доверия общества к системе здравоохранения принято связывать с позитивными изменениями в сфере оказания медицинской помощи, а именно материально-техническим, кадровым, технологическим оснащением отрасли [4, с. 127]. Однако здравоохранение – это система многосторонних взаимосвязей между целым рядом таких агентов, как медицинские научно-исследовательские институты, фармацевтические корпорации, аптечные сети, производители медицинского оборудования, создатели медицинской рекламы, медицинские лаборатории, медицинские вузы, страховые медицинские организации, федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, органы власти (федеральное и региональные правительства, министерства здравоохранения, законодательные комитеты). Именно в пандемию обнажились интересы этих игроков – интересы, подчас конфликтующие и даже взаимоисключающие друг друга [5].

Таким образом, социальное доверие общества к здравоохранению едва ли существует автономно. Значимую роль играет перекрестный уровень доверия к другим базовым институтам: государству, праву, образованию, экономике, СМИ. При этом воспринимаемое доверие к социальным институтам еще не гарантирует надежности этих институтов [6, с. 18]. Поскольку институт здравоохранения не имеет прямой коммуникации с обществом на макроуровне, социальное доверие к нему – нечто большее

или, скажем, принципиально иное, чем интегральное доверие социально-территориальных общностей к медицинским работникам, с которыми им приходится взаимодействовать в своей повседневности. П.С. Быстрянец, описывая механизм формирования институционального доверия, рассуждает об обезличивании множества индивидуальных практик. Персональное доверие пациентов медицинских организаций не исчезает в течение времени, но многократно и постоянно накладываясь друг на друга, конституирует обобщенную реакцию на динамику процессов в социальной среде здравоохранения [7, с. 122].

Т.В. Мышляева, анализируя структуру феномена доверия, выделяет четыре интегральных уровня: базовый, личностный, социальный и культурный. По мнению исследователя, доверие целесообразно рассматривать как циклический процесс, развивающийся преимущественно по спирали, начиная от доверия к себе и окружающему миру (базовое доверие), заканчивая генерализованной культурой доверия, оказывающей влияние на социальный и личностный уровни, где доверие выступает ресурсом межгрупповых и межличностных взаимодействий [8]. Данная теоретическая модель вполне подходит для социологических исследований в сфере здравоохранения, потому что, во-первых, интегрирует объективистскую и субъективистскую методологические проекции, во-вторых, учитывает системообразующую роль культурного контекста (в нашем случае – культуры здоровья/болезни в обществе), в-третьих, позволяет рассматривать доверие в качестве динамического сетевого (социального) капитала, которым пользуются акторы на микроуровне (на уровне взаимодействий «врач – пациент», «семья пациента – медицинская организация»).

Влияние группового социального капитала на индивидуальное здоровье С.Ю. Елисеева изображает посредством следующего механизма: создание психосоциальной среды; использование ресурсов группы для решения вопросов здоровья; деятельность группы, направленная на создание пространства и практик, оказывающих влияние на индивидуальное здоровье; контроль и регулирование поведения членов группы в отношении своего здоровья; предоставление социально-экономического статуса для получения ресурсов для индивидуального здоровья [9, с. 138].

Социальный потенциал группового доверия может быть как конструктивным, так и деструктивным вопреки расхожему мнению (как в научном, так и в публичном дискурсе) о безоговорочно положительной роли доверия и отри-

цательных для института здравоохранения последствий его дихотомической пары – недоверия. Да и дихотомия доверия/недоверия очень условна, скорее эти термины комплементарны, образуя некую надындивидуальную целостность. Доверие и недоверие – ключевые аксиологические компоненты моделей социальной адаптации различных агентов института здравоохранения. Задача социологии состоит не в навешивании оценочных лейблов, вроде «доверие – благо, недоверие – зло», а во взвешивании социальных эффектов и функциональных последствий настроений, ожиданий, установок, представлений, поведенческих паттернов в сфере общественного здравоохранения.

Синтезируя научные идеи наиболее цитируемых классиков современной социологической теории доверия (Э. Гидденса, Н. Лумана, А. Селигмена, Ф. Фукуямы, П. Штомпки) [10–15], можно выделить следующие атрибутивные признаки и структурные компоненты социального доверия к системе здравоохранения: 1) обязательное присутствие риска и ролевой неопределенности, какой бы ни была стратегия и тактика медицинской активности человека; 2) детерминированность социализирующим влиянием различных социальных институтов и коллективным историческим (культурным) прошлым системы здравоохранения; 3) гибкость корреляции между институциональной уверенностью в системе здравоохранения и личным доверием к конкретному медицинскому специалисту [16, с. 7]; 4) выраженная эмоциональная окраска отношения общества к медицине и здравоохранению; 5) наличие деятельности (активности) потребителя медицинской помощи как условия конструирования межличностного и институционального доверия, выполняющего функцию социальной адаптации к изменениям и рискам (неопределенности) в сфере здравоохранения.

Результаты и их обсуждение

Еще несколько лет назад, до пандемии (COVID-19), российские социологи медицины и здравоохранения предупреждали о риске бесконтрольной имплементации рыночных принципов в здравоохранение, предполагающей абсолютизацию личной ответственности населения за здоровье и благополучие [17, с. 115]. На наш взгляд, пусть и достаточно пессимистичный, с завершением пандемии новой коронавирусной инфекции системные проблемы в организации и финансировании здравоохранения в различных регионах России никуда не денутся, а только усилятся. Проблема состоит не только в социальной дифференциации доступа населе-

ния (прежде всего социально уязвимых групп) к эффективной медицинской помощи [18, 19], а в увеличивающейся социальной напряженности между врачами и пациентами, неудовлетворенности медицинских работников системой оплаты труда, глобальным трансформационным кризисом культуры общественного здоровья [20, с. 177].

К тому же в пандемию существенно обострилась проблема лекарственной безопасности страны, но, как полагает Е.В. Фадеева, уже «не столько ввиду санкционной политики, сколько из-за приостановки ряда иностранных производств и ограничения экспорта отдельных фарм-субстанций и препаратов на их основе на время коронавирусных ограничений» [21, с. 140]. Так, всероссийский телефонный опрос Фонда «Общественное мнение» ($N=1000$ чел. в возрасте от 18 лет, проведен 13–15 ноября 2020 г.) показал, что 34% опрошенных лично сталкивались с отсутствием лекарств, которые они раньше (до пандемии) покупали без проблем. С существенным ростом цен на привычные препараты столкнулись за последние полгода до исследования 59% респондентов [22].

Социальное недоверие российских потребителей медицинской помощи формируется под воздействием факторов институционального уровня (организационные барьеры, информационная псевдопрозрачность здравоохранения, иллюзия потребительского выбора и конкуренции медицинских организаций) и индивидуальных характеристик потребителей (образованность и информационная культура, социальный статус, доходы, стиль жизни). Институциональное недоверие может стать причиной ухода людей от взаимодействия с провайдерами медицинской помощи даже в случае существенного недомогания или дискомфорта, а также – обращения к альтернативным практикам самосохранительной активности, прежде всего к самолечению [23, с. 25–26].

Согласно результатам регионального социологического обследования на Юге России, проведенного автором незадолго до пандемии по гранту Президента РФ «Социальная сущность и механизмы дифференциации потребления медицинской помощи в российском обществе» в 2019 г. ($N=853$ чел., анкетный опрос жителей Ростовской области, Краснодарского края, Республики Крым, Адыгеи, Астраханской и Волгоградской областей, Ставропольского края; способ отбора респондентов – квотная целевая выборка), две трети опрошенных (66.9%) не имели в то время постоянного (семейного) врача в поликлинике по месту жительства. Каждый второй респондент (53.6%) прибегал к самостоя-

тельному лечению без профессионального медицинского сопровождения. Ведущими мотивами подобной практики были: длительное время ожидания приема врача (32.7%), недостаток личного времени для посещения медицинской организации (17.7%), страх (10.4%), недоверие (10.4%), отсутствие индивидуального подхода, внимания, заинтересованности (9.6%). Нельзя не сказать о 43.6% респондентов, которым в течение года до опроса приходилось отказываться от услуг здравоохранения (исключая покупку лекарств) из-за финансовой невозможности их оплаты [24].

Хотя уровень обобщенного доверия к медицинским организациям, в которые потребителям приходилось обращаться постоянно или время от времени, был, скорее, выше среднего: 15.1% – вполне доверяли, 52.1% – по большей части доверяли, 29.2% – очень мало доверяли, 3.6% – не доверяли совсем [25]. Только здесь нужно учитывать социальную дифференцированность этого доверия. Оно было сравнительно выше, во-первых, среди людей 18–45 лет с отличной и хорошей самооценкой здоровья, без подтвержденных хронических заболеваний, во-вторых, в подгруппе имевших постоянного врача, в-третьих, в социальных группах с доходами от 45 тыс. руб. в месяц.

В период пандемии Фонд «Общественное мнение» оценил доверие населения к врачам больниц и поликлиник в 56% (всероссийский телефонный опрос, $N=1000$ чел. в возрасте от 18 лет, проведен 4–6 сентября 2020 г.). Вместе с тем 33% участников опроса уровень квалификации российских врачей определили как высокий, а 42% – как низкий [26]. Результаты инициативного всероссийского телефонного опроса «ВЦИОМ-Спутник» ($N=1600$ чел. в возрасте от 18 лет, проведен 8 ноября 2021 г.) фиксируют следующее распределение мнений об эффективности системы здравоохранения в период пандемии: 46% опрошенных считают, что система здравоохранения справляется с высокой нагрузкой в условиях пандемии коронавируса, а 49% отметили, что не справляется. При этом у половины респондентов (51%) за время пандемии не изменилось отношение к представителям медицинских профессий (независимо от того, работают они с коронавирусными пациентами или нет), у четверти опрошенных (25%) отношение улучшилось, у 18% – ухудшилось [27].

Если исходить из положений субъективистской социологической проекции, для обеспечения доверия первый шаг должны сделать провайдеры медицинских услуг, а институциональные, системные преобразования здравоохранения тоже важны, но они все-таки вторичны [28, с. 189].

Л.Н. Карашук считает, что доверие зависит прежде всего от коммуникативной компетентности медицинских специалистов и напрямую влияет на такой индикатор, как комплаентность – приверженность пациента лечению, следование рекомендациям и назначениям врача [29, с. 22]. На взгляд зарубежных авторов, на комплаентность влияют личные характеристики врачей (страна, место обучения, стаж, пол, внешний вид), их практические знания и клинические навыки, особенности эмоционального и коммуникативного взаимодействия с пациентом, а также финансовый, информационный и социальный факторы (рекомендации членов семьи, друзей и знакомых, репутация врача среди коллег и пациентов, отзывы в средствах массовой коммуникации) [30; 31].

По данным глубинных интервью с работниками медицинских организаций Ростовской области ($N=40$ чел., врачи и средний медперсонал), реализованных с участием автора в 2020–2021 гг. в рамках проекта РФФИ «Социальное самочувствие профессионального медицинского сообщества в сложной эпидемиологической ситуации», было выяснено, что многие специалисты обеспокоены не столько низким уровнем оплаты труда и неудовлетворительными условиями деятельности (судя по ряду интервью сложилось впечатление, что с этим медицинские работники уже как бы смирились), сколько неоднозначным отношением регионального социума, пациентов и чиновников от здравоохранения. Как минимум каждый третий респондент говорил о большом эмоциональном давлении, неуважении и необоснованной социальной критике со стороны общества и подрыве престижа медицинской профессии в целом. Добавим к этому тотальную нехватку сотрудников (особенно среднего медперсонала и санитаров), ужесточение проверок и надзорных мероприятий, увеличение нагрузки и длительности трудового дня без дополнительной оплаты в пандемию.

Впрочем, несмотря на имеющиеся проблемы, связанные отнюдь не с COVID-19, а лишь обострившиеся с ее экспансией, врачи, фельдшеры, медсестры/медбратья, в особенности занятые в «красной зоне» (специализированных ковид-госпиталях, отделениях и бригадах скорой медпомощи), продемонстрировали не только свою функциональность и адаптивность к изменениям, но и умеренно позитивный настрой без выраженных признаков тревоги, беспокойства, неустroенности и подавленности [32, с. 135]. Противокovidное движение стало отчасти фактором консолидации профессионального медицинского сообщества [33], для многих медицинских работников – способом профессио-

нального становления и развития [34; 35], каналом восходящей социальной мобильности, возможностью улучшить финансовое положение [36]. Однако идейный раскол между различными агентами института здравоохранения, и что самое значимое – расслоение внутри этих групп по различным критериям, в последние два года только интенсифицируется.

Социологический телефонный опрос Фонда «Общественное мнение» ($N=1500$ чел. в возрасте от 18 лет, проведен 17–19 декабря 2021 г.) демонстрирует достаточно сдержанные ожидания жителей страны по поводу изменений в системе здравоохранения после пандемии: «26% респондентов полагают, что после пандемии российское здравоохранение будет работать лучше, чем до ее начала, 16% – что хуже, 49% изменений не ждут. 14% опрошенных уверены: вырастет доверие врачам; 21% респондентов думают, что оно снизится, 52% – что ничего не изменится» [37].

Социальное недоверие к отдельным лечебным, профилактическим, диагностическим функциям здравоохранения, в частности к массовой вакцинации, тесно переплетается с социальным и политическим протестом [38, с. 43]. Данные сравнительно недавнего инициативного всероссийского телефонного опроса ВЦИОМ ($N=1600$ чел. в возрасте от 18 лет, проведен 14 ноября 2021 г.) свидетельствуют о разной степени готовности людей к привитию российской вакциной от коронавируса: треть опрошенных россиян (35%) уже сделали прививку себе, 16% – точно стали бы делать такую прививку себе, 15% – скорее стали бы делать такую прививку себе, 12% – скорее не стали бы делать такую прививку себе, 18% – точно не стали бы делать такую прививку себе, 4% – затруднились ответить [39].

В то же время различные социологические исследования национального и регионального охвата свидетельствуют, что на фоне снижения доверия к отдельным институтам (науке, образованию, здравоохранению, СМИ) наблюдается стабильно положительное отношение и даже умеренный рост лояльности населения к политической системе и властным структурам [40; 41]. Н.В. Горошко, Е.К. Емельянова и С.В. Пацала даже выявили положительную корреляцию социального доверия правительству с приверженностью вакцинации, в том числе по рекомендации работодателя [42]. Позитивный ли для общественного здоровья это момент или негативный – пусть разбираются вирусологи, инфекционисты, эпидемиологи и другие эксперты, но факт остается фактом – никогда доверие/недоверие к институту здравоохранения

еще не было настолько политизировано, как в период пандемии COVID-19. В российской научной периодике пока малоизученной, но достаточно актуальной за рубежом становится проблема вакцинного туризма [43]. Правда, здесь надо смотреть на сами причины вакцинации населения как внутри своей страны, так и за ее пределами: связано ли это со стремлением обеспечить лучшую защиту здоровья, с отсутствием нужной вакцины либо с желанием обрести возможность беспрепятственной межтерриториальной мобильности и получить доступ к социокультурным благам.

Заключение

Поскольку резерв институционального доверия населения зависит от глубины и качества социального диалога между различными агентами (полномочными представителями государства, пациентами и потенциальными потребителями, медицинскими работниками, страховыми медицинскими организациями, СМИ, системой образования, фармацевтическим бизнесом, рекламодателями и пр.), социологическое познание должно быть направлено на решение проблемы коммуникативного взаимодействия системы здравоохранения и общества в современной России. В этом заключается управленческая и идеологическая функции социологической науки, но это отдаленная перспектива. Сначала нужно понимать – с точки зрения ключевых вопросов методологии мышления – что, как и зачем мы исследуем, каковы возможные заблуждения и когнитивные иллюзии сложившихся социологических традиций в изучении социального доверия/недоверия.

Доверие – индивидуальная и в то же время социально детерминированная система представлений, ценностей, установок, ожиданий по поводу доступности и качества медицинских услуг профессионального сектора здравоохранения. Никто из нас не самостоятелен в своих суждениях, выводах и поступках, так как мы действуем (либо бездействуем) с «задержкой», когда решение уже сгенерировано, но мы еще сами не осознали своего выбора. При этом поведение, даже нереплексивное, само по себе создает новые смыслы и колеи для дальнейшего принятия решений относительно своего здоровья и стратегии медицинской активности, потому что мы зависим от реакций других людей, институциональной среды и внешних условий.

Пандемия – скорее повод, стимулирующий приток свежего интереса к перманентному кризису российского здравоохранения. Новая коронавирусная инфекция рано или поздно пере-

станет считаться новой, но когда в следующий раз вспомнят о несовершенствах системы оказания медицинской помощи, доверии ее потребителей, социальном самочувствии медицинских работников, возможном решении закостенелых проблем на таком уровне осознанности, как сейчас? В социологическом исследовании нуждается не столько сама пандемия COVID-19 и ее последствия для общества, сколько сценарии и перспективы функционирования общественного здравоохранения в посткоронавирусный период, вне контекста повышенной эпидемиологической угрозы, ибо вынужденная концентрация ресурсов системы только на одной «опции» больше всего деморализует российское общество, подрывая доверие и желание с этой системой взаимодействовать без крайней необходимости.

Список литературы

1. Камынина Н.Н., Короткова К.О., Скулкина Ю.Н. Обзор исследований доверия к системе здравоохранения // *Здоровье мегаполиса*. 2020. Т. 1. № 1. С. 87–95.
2. Богдан И.В., Чистякова Д.П., Праведников А.В. Проблематика доверия в социологии медицины // *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*. 2021. № 2 (162). С. 526–533.
3. Jabeen F., Hamid Z., Akhunzada A., Abdul W., Ghouzali S. Trust and reputation management in healthcare systems: taxonomy, requirements and open issues // *IEEE Access*. 2018. № 6. P. 17246–17263.
4. Саблуков А.В., Никулина И.И. Доверие российской системе здравоохранения: методология и опыт прикладных исследований // *Социальная политика и социология*. 2018. Т. 17. № 4 (129). С. 118–129.
5. Вялых Н.А. Социальное неравенство и конфликты в российском здравоохранении. Ростов н/Д: Издательство Южного федерального университета, 2020. 148 с.
6. Lee S. Subjective well-being and mental health during the pandemic outbreak: exploring the role of institutional trust // *Research on Aging*. 2022. № 44 (1). P. 10–21.
7. Быстрянец П.С. Методология исследования и оценки институционального доверия в социальных институтах и управлении // *Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета*. 2018. № 2 (110). С. 119–122.
8. Мышляева Т.В. Доверие в современном обществе: подходы к анализу // *Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки*. 2006. № 1 (5). С. 301–307.
9. Елисеева С.Ю. Групповой социальный капитал и индивидуальное здоровье: обзор зарубежных исследований // *Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки*. 2021. № 3 (63). С. 133–141.
10. Гидденс Э. Последствия современности. М.: Издательская и консалтинговая группа «Практикс», 2011. 352 с.

11. Luhman N. Trust and power. Chichester: Wiley, 2017. 224 p.
12. Luhmann N. Familiarity, confidence, trust: problems and alternatives // Trust: Making and Breaking Cooperative Relations / Ed. by D. Gambetta. Oxford: Oxford University Press, 2000. P. 94–107.
13. Селигмен А. Проблема доверия. М.: Идея-Пресс, 2002. 200 с.
14. Фукуяма Ф. Доверие: социальные добродетели и путь к процветанию. М.: АСТ, 2004.
15. Sztompka P. Trust: a sociological theory. Cambridge: Cambridge University press, 1999. 214 p.
16. Алексеева А.Ю. Уверенность, социальное и межличностное доверие: критерии различия // Человек. Сообщество. Управление. 2007. № 4. С. 4–20.
17. Трушина В.А. Социальные ожидания в сфере здравоохранения и доверие к государственным институтам: факторы сопряженности // Социально-экономическое управление: теория и практика. 2018. № 3 (34). С. 114–116.
18. Кислицына О.А. Факторы, оказывающие влияние на удовлетворенность россиян системой здравоохранения [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения. 2020. Т. 66. № 2. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1152/30/lang.ru/> (дата обращения: 16.01.2022).
19. Hooper M.W., Mitchell C., Marshall V.J. et al. Understanding multilevel factors related to urban community trust in healthcare and research [Электронный ресурс] // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019. № 16 (18). URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/18/3280/html> (дата обращения: 29.01.2022).
20. Чирикова А.Е., Шишкин С.В. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений // Мир России: Социология, этнология. 2014. Т. 23. № 2. С. 154–182.
21. Фадеева Е.В. Лекарственная безопасность страны: уроки пандемии // Социологические исследования. 2021. № 11. С. 140–146.
22. Доступность лекарств. Аналитический обзор Фонда «Общественное мнение» от 16 декабря 2020 г. [Электронный ресурс]. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14518> (дата обращения: 30.01.2022).
23. Вялых Н.А. Институциональное недоверие в системе факторов самолечения в современном российском обществе: социологический взгляд // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Общественные науки. 2015. № 2 (186). С. 24–28.
24. Вялых Н.А. Социальные представления о модели здравоохранения в российском обществе // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2020. № 56. С. 157–173.
25. Вялых Н.А. Социальные факторы дифференциации моделей потребления медицинской помощи (на материалах социологического обследования на Юге России) // Социально-гуманитарные знания. 2019. № 11. С. 16–24.
26. Престиж профессии врача. Аналитический обзор Фонда «Общественное мнение» от 26 сентября 2020 г. [Электронный ресурс]. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14462> (дата обращения: 30.01.2022).
27. Российское здравоохранение: мнения и тренды. Аналитический обзор ВЦИОМ от 23 ноября 2021 г. [Электронный ресурс]. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/rossiiskoe-zdravoohranenie-mnenija-i-trendy> (дата обращения: 29.01.2022).
28. Hossain F. Moral distress among healthcare providers and mistrust among patients during COVID-19 in Bangladesh // Developing World Bioethics. 2021. № 21 (4). P. 187–192.
29. Карашук Л.Н. Проблематика доверия во взаимоотношениях врач–пациент // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2020. Т. 8. № 1 (28). С. 17–24.
30. Shaya B., Al Homsni N., Eid K. et al. Factors associated with the public's trust in physicians in the context of the Lebanese healthcare system: a qualitative study [Электронный ресурс] // BMC Health Services Research. 2019. № 19 (1). URL: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4354-0> (дата обращения: 17.01.2022).
31. Hong H.C., Lee H., Collins E.G. et al. Factors affecting trust in healthcare among middle-aged to older Korean American women [Электронный ресурс] // BMC Women's Health. 2018. № 18 (1). URL: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-018-0609-x> (дата обращения: 18.01.2022).
32. Вялых Н.А. Социальное самочувствие профессионального медицинского сообщества Ростовской области в период пандемии COVID-19 (на материалах глубинных интервью) // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2021. № 64. С. 127–140.
33. Нор-Аревян О.А. Консолидация профессионального медицинского сообщества в условиях пандемии коронавируса (на материалах глубинных интервью в Ростовской области) // Гуманитарий Юга России. 2021. № 3 (49). С. 77–89.
34. Посухова О.Ю. Институциональные условия профессионального развития медицинских работников (по материалам социологического исследования в период борьбы с COVID-19) // Теория и практика общественного развития. 2021. № 6. С. 41–50.
35. Черевкова А.И. Профессиональное становление медиков в условиях пандемии коронавируса (по материалам глубинных интервью) // Вестник Южно-Российского государственного технического университета (НПИ). Серия: Социально-экономические науки. 2021. Т. 14. № 3. С. 95–101.
36. Мосиенко О.С. Удовлетворенность медицинского сообщества мерами государственной поддержки в сложной эпидемиологической ситуации (на материалах глубинных интервью медиков Ростовской области) // Гуманитарий Юга России. 2021. № 3 (49). С. 64–76.
37. Жизнь после пандемии: ожидания и прогнозы. Аналитический обзор Фонда «Общественное мнение» от 13 января 2022 г. [Электронный ресурс]. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14676> (дата обращения: 30.01.2022).
38. Мухарьямова Л.М., Заляев А.Р., Шаммазова Е.Ю. COVID-19: Политические вызовы для общественного здравоохранения // Казанский медицинский журнал. 2021. Т. 102. № 1. С. 39–46.
39. Отношение россиян к вакцинации: мониторинг. Аналитический обзор ВЦИОМ от 18 ноября

2021 г. [Электронный ресурс]. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/otnoshenie-rossij-an-k-vakcinacii-monitoring> (дата обращения: 29.01.2022).

40. Ильичева Л.Е., Лапин А.В., Кремер П. Доверие в системе базовых ценностей России и Германии: последствия пандемии // Проблемы национальной стратегии. 2021. Т. 64. № 1. С. 97–118.

41. Фадеева Е.В., Великая Н.М., Белова Н.И. Социальное самочувствие россиян в период распространения коронавирусной инфекции // Вестник РГГУ. Серия: Философия. Социология. Искусствоведение. 2021. № 2 (26). С. 58–71.

42. Горошко Н.В., Емельянова Е.К., Пацала С.В. Проблема ковид-антивакцинирования: Россия на мировом фоне [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения. 2021. Т. 67. № 4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1282/30/lang.ru/> (дата обращения: 29.01.2022).

43. Kaewkitipong L., Chen C., Ractham P. Examining factors influencing COVID-19 vaccine tourism for international tourists [Электронный ресурс] // Sustainability (Switzerland). 2021. № 13 (22). URL: <https://www.mdpi.com/2071-1050/13/22/12867> (дата обращения: 31.01.2022).

**RUSSIAN SOCIETY'S SOCIAL TRUST TOWARD THE HEALTHCARE SYSTEM
DURING THE COVID-19 PANDEMIC:
NEW MEANINGS AND THEORETICAL FOUNDATIONS**

N.A. Vyalykh

Institute of Sociology and Regional Studies at Southern Federal University, Rostov-on-Don

The article reveals theoretical and methodological backgrounds of the sociological study of healthcare system as a space for the construction and reproduction of social trust/distrust in Russian society. The cognitive limitation of the modern concepts is connected with the reduction of social trust to unambiguously positive healthcare image and accessibility of its individual functions in the minds of medical care consumers, although it should rather be about the result of influence of the social situation, culture as well as individual traits, social values, attitudes and self-preservation behavioral patterns. It is expedient to include the following in the structure of criteria for assessing social trust in healthcare system during the COVID-19 pandemic: the attitude of medical care consumers to physicians and medical organizations; level of satisfaction with their health status and needs; typical self-preservation practices; coherence of different agents' interests; emotional mood, fears, and expectations from medical interventions (including vaccination); macro-level sociopsychological context, health policy vector and public health culture. The author comes to conclusion that sociological toolkit will allow identifying scenarios and perspectives for harmonization of Russian society relation to the healthcare system in the post-coronavirus period.

Keywords: social trust, distrust, COVID-19 pandemic, Russian society, healthcare system, agents, medical care accessibility, sociological studies.