

Научная статья

УДК 316.334:61

DOI: 10.18522/2658-5820.2023.1.7

EDN VBOPJD

**Агенты и условия формирования социального доверия
в российском здравоохранении****Никита А. Вялых¹**¹Южный федеральный университет, г. Ростов-на-Дону, Россия
e-mail: sociology4.1@yandex.ru**Анна А. Беспалова²**²Южный федеральный университет, г. Ростов-на-Дону, Россия
e-mail: anna_isir@mail.ru**Вадим З. Зарбалиев³**³Южный федеральный университет, Ростов-на-Дону, Россия
e-mail: zarbaliyev@mail.ru**Аннотация**

Введение. Показаны сферы социальной ответственности различных субъектов в формировании благоприятного институционального климата российского здравоохранения. Раскрываются факторы, влияющие на эффективность взаимодействия ключевых агентов с учетом их потребностей и ожиданий. Предложены механизмы гармонизации взаимного доверия/недоверия потребителей медицинских услуг, организаторов здравоохранения и представителей медицинского сообщества.

Методы. Эмпирическую основу статьи составляют результаты межрегионального анкетного опроса, проведенного авторским коллективом, а также вторичные социологические данные. Теоретико-методологический корпус исследования базируется на идеях социально-конструктивистского подхода и акционизма. При анализе социальных механизмов и факторов доверия/недоверия потребителей к медицинским организациям задействованы отдельные положения бихевиоризма.

Результаты и их обсуждение. Доверие – результат экологично выстроенной всеми агентами института здравоохранения коммуникации и деятельности. Оно не самоцель, а побочный позитивный эффект здоровой когнитивной сферы – образа мыслей и чувств людей. Пациенты и медицинское сообщество многого ожидают не только друг от друга, но и от государства и власти. Однако политики, менеджеры и организаторы здравоохранения тоже имеют внутренние и внешние барьеры субъектности, являясь заложниками той системы, которой они управляют. Учитывая циклическую социокультурную травмированность российского общества, последствия пандемии COVID-19, непростую социально-политическую ситуацию в мире, авторы приходят к выводу о нецелесообразности резких и принудительных структурных преобразований в национальной системе здравоохранения в среднесрочной перспективе.

Ключевые слова: социальное доверие; социальное недоверие; институт здравоохранения; пандемия COVID-19; потребители медицинских услуг; агенты.

Для цитирования: Вялых Н.А., Беспалова А.А., Зарбалиев В.З. (2023). Агенты и условия формирования социального доверия в российском здравоохранении. *Caucasian Science Bridge*, 6 (1), с. 78–86. <https://doi.org/10.18522/2658-5820.2023.1.7>

Благодарность: Исследование выполнено в рамках реализации гранта Президента РФ для государственной поддержки молодых российских ученых – кандидатов наук (МК-1818.2022.2).

Agents and conditions for formation of social trust in Russian healthcare system**Nikita A. Vyalykh¹**¹Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia
e-mail: sociology4.1@yandex.ru**Anna A. Bepalova²**²Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia
e-mail: anna_isir@mail.ru

Vadim Z. Zarbaliev³³Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia

e-mail: zarbaliev@mail.ru

Abstract

Introduction. The article presents an analysis of the agents and conditions for the formation of social trust towards Russian healthcare. There are shown spheres of social responsibility of various subjects in the formation of a favorable institutional climate in Russian healthcare. The factors influencing the effectiveness of the interaction of key agents, taking into account their needs and expectations, are revealed. The mechanisms of harmonization of mutual trust/distrust of consumers of medical services, health care organizers and representatives of the medical community are proposed.

Methods. The article is based on the results of an interregional questionnaire survey conducted by the author's team and on the secondary sociological data. The theoretical and methodological part of the research is based on social constructivist approach and actionism. We use some ideas of behaviorism to analyze social mechanisms and factors of consumer trust/distrust towards medical organizations.

Results and its discussion. Trust is the result of communication and activity of all agents of the institution of healthcare. It is a side positive effect of a healthy cognitive sphere – the way people think and feel. Patients and the medical community expect a lot not only from each other, but also from the state and the authorities. However, politicians, managers and organizers of healthcare also have internal and external barriers for their agency due to the system they manage. Taking into account the socio-cultural traumatization of Russian society, the consequences of the COVID-19 pandemic, and the complicated socio-political situation in the world, the authors come to the conclusion that abrupt and forced structural transformations in the national health care system are inappropriate for the medium term.

Keywords: social trust; social distrust; institution of healthcare; COVID-19 pandemic; consumers of medical services; agents.

For citation: Vyalykh N.A., Bepalova A.A., Zarbaliev V.Z. (2023). Agents and conditions for formation of social trust in Russian healthcare system. *Caucasian Science Bridge*, 6 (1), p. 78–86. <https://doi.org/10.18522/2658-5820.2023.1.7>

Acknowledgments. 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”.

Введение

Изучение принципов и закономерностей динамики доверия способствует пониманию сущности социокультурных и социально-психологических проблем в системе здравоохранения, а также механизмов формирования и восстановления взаимного доверия различных агентов, прежде всего – потребителей медицинских услуг и врачей. А.В. Изотова среди ключевых социальных функций обобщенного доверия выделяет коммуникативную и интеграционную. Первая способствует ускорению процессов социального обмена, побуждает людей к социальному действию. Вторая поддерживает возможность кооперации и сотрудничества. Особое место в общественной жизни занимает компенсаторная функция, так как ресурс доверия неограничен – «накопление его происходит медленно, а растрачивается он быстро» (Изотова, 2009, 137–138). Доверие легко преобразуется в недоверие, а трансформировать недоверие в доверие намного тяжелее, так же как ненависть в любовь.

Данная тема широко освещается как в отечественной, так и в зарубежной научной литературе. Совершенно справедливо Дж. Локурто и Г.М. Берг среди основополагающих предпосылок доверия выделяют: жизненный опыт (личный и коллективный) взаимодействий с медицинскими организациями; готовность пациента к риску; гарантии стабильности коммуникации с медперсоналом (LoCurto, Berg, 2016, 1–2). Пациенты, которые благосклонно и с уважением относятся к врачам и медицине в целом, с большей вероятностью будут пользоваться медицинскими услугами на регулярной основе, больше внимания станут уделять профилактическим мерам, внимательнее соблюдать предписания и рекомендации.

Говоря о доверии в медицине на различных уровнях, стоит учитывать, что доверие пациентов к своему постоянному врачу может характеризоваться относительно высоким уровнем, в то время как обобщенное доверие к системе здравоохранения, отдельным больницам, клиникам может находиться на низком уровне. Дж. Грин и Х. Сэмюэл-Якубос определяют ряд факторов, оказывающих влияние на доверие пациентов к медицинским организациям: профессиональная компетентность, забота, коммуникативная культура (умение слушать, ясно доносить смысл и технологию плана лечения) (Greene, Samuel-Jakubos, 2021, 768).

Один из сюжетов, о которых далее пойдет речь, касается такого явления, как комплаентность. Восприятие потребителями медицинской помощи как качественной, наличие безопасных условий ее оказания в медицинской организации, доброжелательная и открытая организационная культура играют значимую роль в укреплении комплаентности (приверженности лечению). Комплаентность – индивидуальна. Она отражает степень зрелости социального диалога между врачом и клиентом. Среди причин низкой приверженности лечению зарубежные исследователи отмечают забывчивость пациентов, нерациональную расстановку ими жизненных приоритетов, желание снизить дозу препаратов, неполноту информации, сопутствующие эмоциональные факторы. Со стороны медперсонала снижают комплаентность сложные схемы лечения, нераскрытие информации о побочных эффектах назначаемых медикаментов и процедур, недооценка индивидуального стиля жизни потребителя, его финансовых возможностей, отсутствие эмпатии (Osterberg, Blaschke, 2005, 487–488).

Как нам представляется, причины социальных конфликтов и всеобщей напряженности в здравоохранении кроются в глубокой социокультурной, социально-психологической травме российского общества (Семёнов, 2023), равно как и в его экономической и духовной незрелости (Фаталиева, 2022; Шевченко, Штофер, 2022). Следовательно, следует максимально широко подходить к выбору социологических индикаторов доверия в здравоохранении.

Исследователи поднимают вопрос, но так и не находят ответа: нужно ли специально конструировать доверие к здравоохранению? И если нужно, то кто является ключевыми акторами в этом процессе? Как именно происходит конструирование доверия в системе здравоохранения? В данной статье предпринята попытка найти ответы на эти и другие вопросы, основываясь на данных авторского социологического исследования.

Методы

Эмпирическую основу статьи составляют результаты межрегионального анкетного опроса, проведенного авторским коллективом, а также вторичные социологические данные. Теоретико-методологический корпус исследования базируется на идеях социально-конструктивистского подхода и акционизма. При анализе социальных механизмов и факторов доверия/недоверия потребителей к медицинским организациям задействованы отдельные положения бихевиоризма.

Посредством анкетирования в 27 российских регионах ($N = 834$; целевая выборка квотирована 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.).

Результаты

Значительное влияние на уровень доверия населения к медицинским организациям оказывает уровень доверия себе, своим чувствам, знание личных потребностей, способность критически оценивать информацию из различных источников. В табл. 1 представлены данные, свидетельствующие о значительном влиянии лично знакомых медицинских работников (41,2%), членов экспертного научного и медицинского сообщества (38,7%) на принятие важных терапевтических решений.

Таблица 1

Агенты социального доверия к системе здравоохранения в период пандемии COVID-19

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.?	% ответов по столбцу
Лично знакомых медицинских работников, включая участковых терапевтов	41,2
Членов экспертного научного и медицинского сообщества, включая эпидемиологов, инфекционистов, иммунологов	38,7
Блиzkих родственников, друзей, коллег по работе/учебе	34,3
Для меня имело значение только мое собственное мнение, логика, интуиция, знания	21,7
Официальных представителей власти федерального и регионального уровней	16,2
Официальных средств массовой информации (центральных телеканалов, газет, радио)	13,4
Представителей неофициальных средств массовой коммуникации в интернет-пространстве	8,9
Никого из обозначенных субъектов	4,1
Артистов, творческих деятелей, музыкантов, работников культуры	1,6
Всего	180,1

Примечание. Допускался множественный выбор – до трех вариантов ответа, поэтому итог больше 100 %.

Исходя из распределений ответов на этот же вопрос по возрастным группам можно отметить ряд отличий (табл. 2). Официальным СМИ и представителям власти сравнительно больше доверяют опрошенные старше 60 лет (12%). Обратная ситуация наблюдается по доверию неофициальным средствам массовой коммуникации в интернет-пространстве: молодежь чаще обращалась к блогосфере за поиском ответов на вопросы, связанные с новой коронавирусной инфекцией (7,5%).

В аналитическом отчете ВЦИОМ (телефонное интервью, $N = 1600$ человек в возрасте от 18 лет) отмечается, что пандемия COVID-19 оказала влияние на общественное восприятие профессиональной группы медицинских работников. По результатам опроса выявлен средний балл доверия респондентов к врачам, который составил 3,28 (по пятибалльной шкале). Данный показатель оказался ниже пандемийных значений на 0,5 балла (3,8 балла в 2020 г.). Самый высокий уровень доверия врачам (3,75) выражают представители молодого поколения в возрастном интервале 18–24 лет (Врачи: доверие, престиж, доходность профессии. Обзор ВЦИОМ...).

Причины недоверия множественны. Главные из них связаны с ростом несправедливых социально-статусных различий в доступе к медицинской помощи и частичной дисфункциональностью общественных институтов. Когда в работе социальных институтов накапливаются системные ошибки, повышается роль неформальных практик, а вместе с ними возрастают личная ответственность, неопределенность, чувство потери опоры и социальных ориентиров.

Таблица 2

**Агенты социального доверия к системе здравоохранения в период пандемии COVID-19
(распределение по возрасту), % ответов по столбцу**

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.?	Возрастная группа				
	18–24	25–39	40–59	60+	Всего
Блиzkих родственников, друзей, коллег по работе/учебе	19,7	20,6	16,4	20,7	19,0
Артистов, творческих деятелей, музыкантов, работников культуры	0,8	1,5	0,8	0,5	0,9
Официальных представителей власти федерального и регионального уровней	6,8	7,0	8,6	13,3	9,0
Членов экспертного научного и медицинского сообщества, включая эпидемиологов, инфекционистов, иммунологов	25,2	18,4	23,1	17,9	21,5
Официальных средств массовой информации (центральных телеканалов, газет, радио)	6,2	5,1	6,3	12,0	7,5
Представителей неофициальных средств массовой коммуникации в интернет-пространстве	7,5	6,3	4,0	2,4	4,9
Лично знакомых медицинских работников, включая участковых терапевтов	21,6	25,0	25,2	19,8	22,9
Для меня имело значение только мое собственное мнение, логика, интуиция, знания	9,6	13,6	13,2	12,0	12,1
Никого из обозначенных субъектов	2,6	2,6	2,5	1,4	2,3
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

В настоящий момент на наших глазах формируется цифровая культура доверия в социальных сетях (Веселов, Скворцов, 2023, 157). В системе здравоохранения она материализуется посредством развития технологий телемедицины. Общественный запрос на данный канал коммуникации пока что невысок. Согласно обследованию ВЦИОМ за 2020 г., консультацию дистанционным способом получали 8% россиян. Среди причин столь низкой медицинской активности в цифровом пространстве эксперты ВЦИОМ называют: запрос пациентов на личный осмотр (33%), сомнения в качестве такого рода помощи (13%), отсутствие необходимости (10%) или возможности обратиться за ней (9%) (Телемедицина в России. Обзор ВЦИОМ...). В российском здравоохранении до сих пор доминирует традиционалистский стиль взаимоотношений ключевых субъектов. Мы считаем, что вектор архаизации института здравоохранения выполняет защитную интегративную функцию, предохраняя общество от тотальной атомизации.

Особый исследовательский интерес представляет возвратное доверие чиновников и медиков пациентам. С позиции медработников оно выражается в позитивном подкреплении интеллектуальных вложений в пациента, например в уверенности в том, что медицинские предписания и рекомендации будут выполняться в полном объеме. В противном случае не исключено проявление недостаточного внимания к проблемам пациента, переадресация к другому специалисту и даже отсылка клиентов к неконвенциональным методам лечения.

С позиции социологического типа научной рациональности модели взаимодействия медработников и пациентов имеет смысл анализировать в контексте движущих сил надындивидуальной реальности (Вялых, 2022; Вялых, Беспалова, Зарбалиев, 2022; Вялых, Беспалова, Зарбалиев, 2023). Е.В. Реутов выделяет четыре группы факторов доверия: «...социокультурные факторы – господствующие в общественном со-

знании ценности и установки, которые поддерживаются традицией, религиозными и образовательными системами; социоструктурные факторы – уровень и характер социальной дифференциации, многообразие социальных групп и отличительные черты их отношений друг с другом; экономические факторы – характер экономической ситуации, оказывающий влияние на социальное самочувствие граждан; социально-психологические факторы – характер и особенности социализации индивида, роль непосредственного окружения» (Реутов, 2018, 13–14). Эти факторы конституируют институциональную матрицу общества и его отдельных подсистем, в которых динамично сосуществуют социальное доверие и социальное недоверие.

Говоря о доверии со стороны органов власти, стоит учитывать социальные ожидания менеджеров здравоохранения в том, что их управленческие решения будут услышаны, правильно интерпретированы, распоряжения соблюдаться, а комплексы мероприятий приведут к желаемым результатам. Если потребители медицинских услуг, медицинское сообщество, представители страхового медицинского и аптечного бизнеса, фармацевтические корпорации, производители медицинской техники выстраивают стену, если они не готовы к переменам, то и власть утрачивает мотивацию к решению общезначимых проблем. В результате замыкается порочный круг взаимного социального недовольства и фрустрации.

Заключение

В заключительной части статьи будут представлены рекомендации по конструированию доверия в сфере здравоохранения, сформулированные по результатам проведенного анализа. Обычно исследователи ограничиваются общими фразами, лишенными содержательности и реалистичности, например: «надо повышать доступность и качество медицинских услуг», «развивать доверительные взаимоотношения», «всем врачам и медсестрам повысить зарплату в пять раз», «формировать здоровьесберегающие технологии». Все перечисленное важно, но это и так подразумевается фоновыми ожиданиями акторов.

Есть два способа формирования доверия к системе здравоохранения: искусственный и естественный. В первом случае доверие конструируется на институциональном уровне (например, при помощи социальной политики, специальных законов, распоряжений правительства), а во втором – формируется стихийно посредством неформальных каналов. При искусственном конструировании меньше возможностей оперативно реагировать на изменяющиеся внешние условия, поскольку разработка и внедрение управленческих решений требуют времени. Естественное формирование доверия подвержено влиянию ситуативных факторов, его сложнее контролировать, высока вероятность, что развитие событий пойдет по негативному сценарию.

В современной России необходимость упрочения доверия декларируется во многих целевых программах, нормативно-правовых актах, концепциях социальной политики различного уровня, социальной рекламе (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 № 543н...; Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19.12.2016 № 973н...; Приказ Министерства здравоохранения РФ от 07.03.2018 N 92н...; Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24.12.2018 № 911н...). Например, в Методических рекомендациях «Организация записи на прием к врачу, в том числе через единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры» приводится перечень фраз-провокаторов, которые не следует говорить в общении с пациентами. Там же содержатся лексические шаблоны для выстраивания ненасильственной коммуникации (Методические рекомендации..., 2022). Начинать нужно с малого. Внедрение подобных рекомендаций в практическую

деятельность способствует установлению взаимоуважительных и взаимовыгодных отношений на межличностном уровне между застрахованными, врачами, управленцами, страховыми медицинскими организациями, специалистами региональных министерств здравоохранения и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Пока открытым остается вопрос о мотивации самих медработников и потребителей медицинских услуг в вопросах повышения культуры диалога, механизмов контроля и поощрения соблюдения этических норм коммуникации.

Еще одним примером успешной модернизации социальных процессов в здравоохранении является федеральный проект «Бережливая поликлиника». Его целью является повышение удовлетворенности пациентов, доступности медицинских услуг посредством снижения временных, финансовых и иных барьеров, рациональной организации функционала сотрудников и их рабочих мест. Данный проект помогает обеспечивать в первую очередь безопасность и комфортность трудовой деятельности сотрудников поликлиник, но выигрывают в конечном итоге от этого и пациенты (Федеральный проект «Бережливая поликлиника»...).

Воздействовать на отношение агентов здравоохранения друг к другу можно прямыми и косвенными средствами. Прямой путь подразумевает направленное внедрение конкретных социальных практик, норм и регуляторов, реализацию специальных мероприятий. Косвенные меры предполагают методы мягкой силы, а именно создание условий, способствующих изменению поведения и мышления людей. Для социально уязвимых групп (детей из неблагополучных семей, работающей молодежи, пенсионеров, людей с особыми медицинскими потребностями и/или находящихся в сложной жизненной ситуации) предпочтительнее использовать косвенные механизмы. Для школьников, студентов, сотрудников крупных предприятий и иных социальных групп, включенных в формальные институциональные структуры, целесообразно применение мер прямого воздействия (мероприятия в рамках клубов по интересам, сообществ, молодежных организаций, воспитательной работы в образовательных организациях).

В идеале социальная политика доверия в сфере здравоохранения должна быть гибкой и опциональной, сочетать различные способы оздоровления социальных отношений и взаимодействий агентов. Институциональные меры должны быть точечными, адресными, сфокусированными на конкретных социальных группах (возрастные, социально-статусные, образовательные, культурные, нозологические, этнические, территориальные). Поэтому механизмы реализации, формы и сферы имплементации политики доверия с учетом социокультурной и социально-медицинской специфики целевых групп будут вариативными.

Литература

- Веселов, Ю.В., Скворцов, Н.Г. (2023). Трансформация культуры доверия в России. *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*, 1, 157–179. DOI: <https://doi.org/10.14515/monitoring.2023.1.2212>.
- 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: <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: <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: <https://doi.org/10.18522/2658-5820.2022.3.1>.
- Изотова, А.В. (2009). Доверие в системе «врач – пациент». *Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения*, 4(1), 137–142.
- Семёнов, В.С. (2023). Пандемия COVID-19 и ее роль как фактора социальной напряженности в Ростовской области. *Наука. Общество. Оборона*, 11(1). DOI: 10.24412/2311-1763-2023-1-6-6.

- Реутов, Е.В. (2018). Факторы формирования социального доверия и недоверия в российском обществе. *Среднерусский вестник общественных наук*, 13(1), 12–20.
- Фаталиева, Х.Б. (2022). Духовно-нравственное и гражданско-патриотическое воспитание подростков: особенности профилактики экстремизма среди молодежи. *Современные условия интеграционных процессов в науке и образовании*, 153–155.
- Шевченко, О.М., Штофер, Л.Л. (2022). Общественное здоровье как ресурс стабильного развития российского социума: риски и угрозы. *Caucasian Science Bridge*, 2(16), 30–40.
- Greene, J., Samuel-Jakubos, H. (2021). Building Patient Trust in Hospitals: A Combination of Hospital-Related Factors and Health Care Clinician Behaviors. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 47(12), 768–774. DOI:10.1016/j.jcjq.2021.09.003.
- LoCurto, J., Berg, G.M. (2016). Trust in healthcare settings: Scale development, methods, and preliminary determinants. *SAGE Open Medicine*, 4(1), 1–12. DOI: 10.1177/2050312116664224.
- Osterberg, L., Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(5), 487–497. DOI:10.1056/NEJMra050100.
- Врачи: доверие, престиж, доходность профессии. Аналитический обзор Всероссийского центра изучения общественного мнения от 20 июня 2022 года. Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/vrachi-doverie-prestizh-dokhodnost-professii>.
- Методические рекомендации № 12-22 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры» (утв. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Министерства здравоохранения РФ 30 ноября 2022 г.). Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/405772431/>.
- Телемедицина в России: сегодня и завтра. Аналитический обзор Всероссийского центра изучения общественного мнения от 26 мая 2020 г. Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/telemedicina-v-rossii-segodnya-i-zavtra>.
- Федеральный проект «Бережливая поликлиника». Методические рекомендации. Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/561183958>.
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Режим доступа: <https://base.garant.ru/70195856/>.
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.12.2016 № 973н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта». Режим доступа: <https://base.garant.ru/71587580/>.
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71825984/>.
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2018 № 911н «Об утверждении требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/552196746>.

References

- Fatalieva, H.B. (2022). Spiritual-moral and civil-patriotic education of adolescents: features of the prevention of extremism among young people. *Modern conditions of integration processes in science and education*, 153–155.
- Greene, J., Samuel-Jakubos, H. (2021). Building Patient Trust in Hospitals: A Combination of Hospital-Related Factors and Health Care Clinician Behaviors. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 47(12), 768–774. DOI:10.1016/j.jcjq.2021.09.003.
- Izotova, A.V. (2009). Trust in the doctor-patient system. Health is the basis of human Potential. *Problems and Solutions*, 4(1), 137–142.
- LoCurto, J., Berg, G.M. (2016). Trust in healthcare settings: Scale development, methods, and preliminary determinants. *SAGE Open Medicine*, 4(1), 1–12. DOI: 10.1177/2050312116664224.
- Osterberg, L., Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(5), 487–497. DOI:10.1056/NEJMra050100.
- Reutov, E.V. (2018). Factors of formation of social trust and distrust in Russian society. *Central Russian Bulletin of Social Sciences*, 13(1), 12–20.
- Semenov, V.S. (2023). The COVID-19 pandemic and its role as a factor of social tension in the Rostov region. *Science. Society. Defense*, 11(1). DOI: 10.24412/2311-1763-2023-1-6-6.
- Shevchenko, O.M., Shtofer, L.L. (2022). Public health as a resource for the stable development of Russian society: risks and threats. *Caucasian Science Bridge*, 2(16), 30–40.
- Veselov, Yu.V., Skvortsov, N.G. (2023). Transformation of the Culture of Trust in Russia. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*, 1, 157–179. DOI: <https://doi.org/10.14515/monitoring.2023.1.2212>.
- Vyalykh, N.A. (2022). 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. *Bulletin NSUEM*, (2), 178–193. DOI: <https://doi.org/10.34020/2073-6495-2022-2-178-193>.

Vyalykh, N.A., Bespalova, A.A., Zarbaliev, V.Z. (2022). 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: Economy and Society*, 1(44), 129–144. DOI: <https://doi.org/10.18799/26584956/2022/1/1150>.

Vyalykh, N.A., Bespalova, A.A., Zarbaliev, V.Z. (2023). 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: <https://doi.org/10.18522/2658-5820.2022.3.1>.

Doctors: trust, prestige, profitability of the profession. Analytical review of VCIOM, June 20, 2022. Available at: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/vrachi-doverie-prestizh-dokhodnost-professii>.

Federal project “Lean Polyclinic”. Methodological recommendations. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/561183958>.

Methodological recommendations No. 12-22 “Organization of an appointment with a doctor, including through the unified portal of state and municipal services and unified regional call centers” (approved by FSBI “TSNIIOIZ” of the Ministry of Health of the Russian Federation on November 30, 2022). Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/405772431/>.

Telemedicine in Russia: today and tomorrow. Analytical review of VCIOM, May 26, 2020. Available at: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/telemedicina-v-rossii-segodnya-i-zavtra>.

Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation dated 15.05.2012 No. 543n “On approval of the Regulations on the organization of primary health care for adults”. Available at: <https://base.garant.ru/70195856/>.

Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 19.12.2016 No. 973n “On approval of standard industry standards of time for the performance of work related to the visit of a cardiologist, endocrinologist, dentist-therapist by one patient”. Available at: <https://base.garant.ru/71587580/>.

Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 07.03.2018 No. 92n “On approval of the Regulations on the organization of primary health care for children”. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71825984/>.

Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 911n dated December 24, 2018 “On approval of requirements for state information systems in the field of healthcare of the Subjects of the Russian Federation, medical information systems of medical organizations and information systems of pharmaceutical organizations”. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/552196746>.

Дата получения рукописи: 12.02.2023

Дата окончания рецензирования: 21.03.2023

Дата принятия к публикации: 28.03.2023

Информация об авторах

Вялых Никита Андреевич – кандидат социологических наук, доцент, доцент Института социологии и регионоведения, Южный федеральный университет, г. Ростов-на-Дону, Россия, e-mail: sociology4.1@yandex.ru

Беспалова Анна Александровна – кандидат социологических наук, старший преподаватель Института социологии и регионоведения, Южный федеральный университет, г. Ростов-на-Дону, Россия, e-mail: anna_isir@mail.ru

Зарбалиев Вадим Загиддинович – аспирант Института социологии и регионоведения, Южный федеральный университет, г. Ростов-на-Дону, Россия, e-mail: zarbaliev@mail.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Information about the authors

Vyalykh Nikita Andreevich – Candidate of Sociological Sciences, Associate Professor, Institute of Sociology and Regional Studies, Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia, e-mail: sociology4.1@yandex.ru

Bespalova Anna Aleksandrovna – Candidate of Sociological Sciences, Senior Lecturer, Institute of Sociology and Regional Studies, Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia, e-mail: anna_isir@mail.ru

Zarbaliev Vadim Zagiddinovich – Postgraduate Student, Institute of Sociology and Regional Studies, Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia, e-mail: zarbaliev@mail.ru

The authors have no conflict of interests to declare