

П. Аронсон

**УТРАТА ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ДОВЕРИЯ
В РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Низкий уровень институционального доверия, характерный для постсоветской России, рассматривается в данной статье как одна из основных причин отказа от медицинской помощи. Практика самолечения, по мнению автора, является не только результатом материальной недоступности медицинских услуг, но и позволяет избежать взаимодействия с «государственными» учреждениями здравоохранения. Недоверие системе здравоохранения компенсируется неформальными сетями доверия, что характерно для пре-модернизированных обществ. Лечение домашними средствами в кругу семьи является важнейшей практикой социальной адаптации больного, но, к сожалению, во многих случаях не может реально улучшить состояние его здоровья, поскольку не предоставляет доступа к необходимым ресурсам. Таким образом, можно установить прямую зависимость между уровнем институционального доверия в обществе в целом и индивидуальным здоровьем каждого из его членов.

Отказ от профессиональной медицинской помощи (за исключением острых случаев, требующих вмешательства, например, скорой медицинской помощи) стал одной из основных практик самосохранительного поведения в сегодняшней России. Об этом свидетельствуют многочисленные исследования состояния здоровья населения. В частности, по данным обширного мониторинга «Комплексное изучение состояния здоровья населения», который проводился с 1989 по 2000 гг. НИИ им. Семашко, только каждый пятый россиянин обращается за медицинской помощью при появлении первых симптомов, а 50 % делают это лишь при появлении серьезных ухудшений в состоянии здоровья. Более чем в 40 % случаев, как свидетельствуют врачи, госпитализация производится по экстренным показаниям (Максимова 2002). Исследование The New Russian Barometer, проведенное в 1998 г., показало схожие результаты: 42 % россиян не обращалось к врачу в течение 12 месяцев на момент проведения опроса, а 20 % не обращались за врачебной помо-

щью даже тогда, когда болезнь, по их собственному свидетельству, затрудняла их повседневные практики. Только 38 % процентов указало, что состояние их здоровья требовало медицинской помощи (Rose 2000: 1426). Это не значит, что население России стало меньше болеть: при низких уровнях заболеваемости отмечаются высокие показатели смертности от тех же заболеваний, что свидетельствует о «необращаемости» населения за медицинскими услугами (Шилова 2005). При этом самый низкий уровень обращаемости к врачу наблюдается среди взрослого работающего населения — группы, в которой показатели смертности остаются чрезвычайно высокими с 1990-х гг. (Garriet 2002).

Таким образом, можно отметить необходимость анализа поведения россиян в ситуации болезни и, в частности, отказа от профессиональной медицинской помощи как одной из важнейших практик. Следует отметить, что многие социологи, занимающиеся изучением здоровья в постсоветском пространстве, касались этой проблемы в своих работах: Н. Русинова и Дж. Браун, Л. Шилова, В. Бойков, С. Шишкин, М. Филд, У. Кокрем и другие авторы. Отказ от медицинского наблюдения, а, следовательно, и дальнейшей помощи социологи объясняют рядом факторов. В первую очередь исследователи отмечают факт перекалывания нагрузки по финансированию здравоохранения на население, доходы которого не соответствуют стоимости медицинских услуг (Сидорина, Сергеев 2001; Заруцкая 2003; Бойков 1998; Панова и Русинова 2005). При этом следует отметить, что ограниченный доход сам по себе не является достаточным основанием для отказа от лечения: по данным исследований, проведенных в Санкт-Петербурге с начала 1990-х гг. (Паченков 2001; Brown, Rusinova 2002), петербуржцы стремятся к тому, чтобы улучшить свое самочувствие, но зачастую прибегают не к профессиональной помощи врачей, а к самолечению или к альтернативной медицине. То, что практики самолечения в российской культуре устойчивы и не всегда напрямую зависят от ресурсов пациентов, подтверждают исследования эмигрантов из России в Израиле (Remennick 2003) и в Германии (Аронсон 2006). Наличие страхового полиса и гарантий бесплатной медицинской помощи (включая необходимые медикаменты), предоставляемых эмигрантам, несущественно влияет на преобладание стратегий самолечения. При этом в качестве решающего фактора отказа от медицинской помощи выступает не слабое владение языком страны, а недоверие экспертному знанию врача и медицине как профессиональной сфере в целом.

Данная ситуация может быть рассмотрена с точки зрения дискуссии о роли социального капитала государственных институтов в формировании самосохранительного поведения населения. По мнению ряда авторов, доход является переменной, вторичной по отношению к уровню социального капитала: неравенства в доступе к необходимым ресурсам, включая здравоохранение, объясняются отсутствием необходимого уровня социальной солидарности, воплощенной в социальной политике государства (подробный обзор этих подходов см. в работе Macinko et al. 2003). Неравенства свидетельствуют о том, что для групп с недостаточным доходом не созда-

ны институциональные условия, в которых они могли бы получать доступ к необходимым ресурсам. Взаимодействие с государственными институтами и доверие к ним со стороны населения выступает, таким образом, одним из показателей уровня социального капитала (или одной из форм его операционализации). Осуществление социальной политики, в том числе в области здравоохранения, возможно только в том случае, если население имеет хотя бы минимум доверия к государству и его способности распределять ресурсы справедливо (Cook 2004: 5). В советскую эпоху, особенно в послевоенный период, распределение ресурсов осуществлялось, в первую очередь, благодаря неформальным социальным сетям, которые постепенно превратились в функциональный эквивалент институциональных структур (Ledeneva 1998; Lonkila 1998). Намеренный обман и недоверие по отношению к государству стали нормой, вызывающей одобрение у населения, не верящего в легитимность провозглашенной власти. В целом, отношения доверия редко выходили за пределы семьи и дружеских связей, т. е. за пределы «сильных» сетей (Rose-Ackerman, Kornai, Rothstein 2004: 13). Медицинская помощь не являлась исключением: по данным исследования Дж. Браун и Н. Русиновой, проведенного в 1993 г., лучшее состояние здоровья и степень удовлетворенности медицинским обслуживанием наблюдался у индивидов, имевших личные неформальные отношения среди медицинских профессионалов (Браун, Русинова 1993).

Различные исследования в области развития гражданского общества в России показывают, что уровень доверия за пределами частных сетей остается чрезвычайно низким. Так, результаты исследования, опубликованного в 2001 г. Дж. Гибсоном (Gibson 2001), показывают, что только 31 % россиян полагают, что большинство людей заслуживает доверия, в то время как 19 % сомневаются в том, что большинству людей можно доверять. Повторное исследование 1998 г. подтвердило эти данные (31 % и 11 % соответственно). Исследование New Russian Barometer показало фактически те же результаты: лишь 7 % россиян указали, что практически всем людям можно доверять, 27 % считают, что другим людям иногда можно доверять, и треть респондентов полагают, что во взаимодействии с другими людьми требуется предельная осторожность (Rose 2000: 1426).

При этом следует отметить, что доверие экспертам-профессионалам в какой-либо области является результатом доверия институтам, в которых производится их знание. Согласно наблюдениям ряда социологов (Cockerham 1999; Field 1957, 1987, 2003; Garriet 2003), в СССР экспертное медицинское знание концентрировалось исключительно в институциональной среде и передавалось потребителю в форме императива. Опыт взаимодействия с этими институциональными структурами нередко был травмирующим, а в медицине, — сфере, непосредственно вторгающейся в частное пространство, — в особенности. При этом, негативный опыт не компенсировался во взаимодействии с другими формальными организациями: демократизация экспертного медицинского знания, происходящая во многих странах Западной Европы и в США, выразившаяся в формировании огромного числа сетей взаимопомощи, не коснулась Советского

Союза. Отсутствие широко развитых сетей взаимопомощи также является свидетельством негативного социального капитала (Gibson 2001). В результате можно предположить, что негативный социальный капитал социальных институтов здравоохранения отразился на утрате доверия к экспертному медицинскому знанию.

Проблемы, связанные с формированием доверия экспертам и их институциональной среде в области российского здравоохранения, рассматривались в литературе в меньшей степени, чем материальные неравенства в этой же сфере (Tkachenko et al 2000). В частности, необходимо отметить работы Р. Роуза (Rose 1999a, 1999b, 2000), Н. Русиновой и Дж. Браун (Brown, Rusinova 2002), Я. Корнаи (Rose-Ackerman, Kornai 2004), Л. Гарриет (Garriet 2002).

Подчеркнем, что данная статья не ставит задачи представить результаты исследования — мы лишь попытаемся подойти к проблеме недоверия экспертам и институтам здравоохранения как одной из причин отказа от медицинской помощи и наметить темы будущих исследований, которые позволят более подробно раскрыть эту проблему. В работе используются данные, которые были получены в качественном полевом исследовании, проведенном автором данной статьи в период с 2004 по 2006 г. Основная цель исследования заключалась в изучении социальных сетей больных, однако тема самолечения и отказа от профессиональной медицинской помощи выступила в качестве лейтмотива многих нарративов о взаимопомощи, что подтолкнуло нас к необходимости более пристального рассмотрения этих процессов.

Снижение ценности экспертного медицинского знания

Как мы уже отмечали, взаимодействие с институциональными практиками здравоохранения как в советский, так и в постсоветский период, могло иметь для потребителей медицинских услуг травмирующие последствия, например, вызывать чувство стыда или опасности. В исследовании Н. Русиновой и Дж. Браун (Brown, Rusinova 2004: 165) 42 % информантов сообщили, что имели как минимум один опыт лечения, негативно сказавшийся на их здоровье. Потенциальный вред от экспертного клинического знания кажется многим настолько существенным, что обращение к врачу становится возможным лишь в самых крайних случаях. Нарративы о клинической медицине, полученные в моих интервью, часто тематизируются в виде бинарной оппозиции «живой — мертвый»: *«пока жива, к врачам не хожу»*, *«иду к врачу, только если помираю»* и т. д. Таким образом, клиническая медицина символически связана с миром «мертвого», чужого, отталкивающего. К миру клинической медицины относятся и лекарственные препараты, продаваемые в аптеках, поэтому зачастую избегание всякого взаимодействия с миром «официальной» медицины выражается и в отказе от ряда фармацевтических средств, в первую очередь, сильнодействующих и антибиотиков. Лекарства, по мнению информантов, могут навредить телу, нарушить его «естественные процессы», ослабить иммунную систему и вызвать нежелательные побочные эффекты. Вот как Ольга (75 лет), страдающая тяжелой астмой, рассказывает о своих стратегиях лечения лекарственными препаратами: *«Я во-*

обще стараюсь таблетки пить как можно меньше, только если без этого уже совсем никак нельзя. И всегда делю дозу, которая в аннотации указана, на два. То есть пью препарат в два раза дольше, но меньшими порциями. Всегда обязательно читаю аннотацию, и если мне что-то не нравится, то лучше вообще пить не буду. Я однажды лежала в больнице, и врач мне дала какие-то таблетки. Я ей говорю, дайте аннотацию почитать. А она говорит, аннотация для меня, а не для вас. А я ей говорю, извините, это моя жизнь или ваша? Моя! А врач просто должен мне помочь ее сохранить. Поэтому я первая должна быть в курсе того, что я пью!»

Домашние средства или альтернативные практики (обращение к знахарям, целителям, экстрасенсам, «бабкам», применение немедикаментозных средств, продаваемых в аптеках) оцениваются информантами как возможно менее эффективные, но наверняка и менее опасные. Фармацевтические средства, таким образом, становятся своеобразным симулякром клинического экспертного знания, опыт взаимодействия с которым зачастую чрезвычайно негативен.

В условиях кризиса экспертного знания усиливается значение знания традиционного, обыденного. Одно из наиболее распространенных убеждений информантов заключается в том, что человек может излечить себя сам без обращения к экспертному знанию. Более половины респондентов, опрошенных Н. Русиновой и Дж. Браун (Brown, Rusinova 2002: 164) подтвердили, что «любой человек знает о своем здоровье больше, чем врач». Необходимо отметить, что это знание гендерно структурировано. В русской культуре женщине приписывается тесная связь с природой, женщина является носительницей сакрального знания о естественном мире (не случайно традиционное знание о теле концентрируется у «бабок»). Женщины, по нашим наблюдениям, в особенности склонны отвергать медикаменты и химические лекарственные средства, реконструируя через эти практики свою феминность.

Традиционное знание о лечении укореняется настолько глубоко, что воспроизводится даже в условиях эмиграции. Одна из информанток, Таня, вышла замуж за немца и живет в Германии. Когда муж болеет, она пытается его лечить домашними средствами, как это принято в России: *«Я его пыталась чаями лечить. Он соглашается, но не пьет. Привычки у него нет, ему надо проследить, проконтролировать — хуже, чем маленький ребенок — чтобы он это выпил. Или, допустим, чтобы его натерли, массировали — это конечно, в первую очередь. Там, конечно же, соглашается сразу. Дышать, ингаляции... [А он сам как-то лечится?] Он сразу же бежит в аптеку, покупает радиофарм и все. Все, что ему там в аптеке дадут, то он и использует».*

Муж в этом случае тоже выступает в характерной гендерной роли: *«Мужчины вообще не могут преодолевать боль. Вот у него чего-то заболело — все. Я ему тысячи методов предлагаю лечения, он ничего не делает, а [жалобно]: «болею, болею». Все внимание просто должно вокруг него концентрироваться».*

Можно предположить, что в ситуации болезни мужа информантка воспроизводит стереотипы семейно-гендерных отношений, усвоенных в русской куль-

туре: заботливая жена и нерадивый муж. По всей видимости, она чувствует себя в этой ситуации совершенно уверенно: она назубок знает и свою роль, и роль мужа. Очевидно, что применение домашней медицины позволяет ей воспроизводить эти роли снова и снова, и чувствовать себя в знакомой, освоенной ситуации, — в то время как прием медикаментов из аптеки делает эту «игру» практически невозможной: все, что ей остается — это проследить, чтобы муж вовремя принимал лекарство. Можно предположить, что негативное отношение к приему медикаментов и клинической медицине связано и с тем, что они снижают компетентность женщины в семье, лишают ее статуса хозяйки дома, отвечающей за здоровье домочадцев (см. также Lindquist 2002). Клиническая медицина и ее экспертное знание рассматриваются как деперсонализирующие, безличные, делающие из больного пустой объект лечения, для которого все средства хороши. Такое лечение не подразумевает *заботы, ухода и сочувствия*, являющихся важными характеристиками женского гендера. В связи с этим именно женщина чаще всего является носителем знания о домашних средствах или альтернативной медицине, передавая это знание по цепочке членам своей социальной сети. По той же цепочке передаются знания и о «хороших», кем-то опробованных лекарственных препаратах.

Таким образом, представление о негативных свойствах экспертного медицинского знания является, с одной стороны, результатом непосредственного отрицательного опыта взаимодействия с врачами, а с другой, распространения традиционного знания. При этом профессиональная клиническая медицина сохраняет свою доминирующую позицию на рынке медицинских услуг, поскольку располагает наибольшими ресурсами для лечения. Доминирование этой формы медицинского знания связано и с его институционализацией в системе здравоохранения, в то время как другие формы знания исключены из нее и производятся в неформальных сетях. Однако обращаться за помощью к профессиональной медицине многие стремятся лишь в самых критических ситуациях, что свидетельствует о недоверии как к самому ее экспертному знанию, так и к институциональной среде, в которой оно производится.

Снижение уровня институционального доверия

Очевидно, что институциональное недоверие не является принципиально новым явлением для постсоветского общества. Как показывает известное исследование А. Леденева «Российская экономика услуг: блат, социальные сети и неформальный обмен» (Ledeneva 1999), в СССР уровень доверия граждан государственным структурам также был очень низок. В частности, как один из факторов этого низкого уровня доверия, Леденева выделяет неопределенность институциональной структуры: «Наличие неписаных правил наряду с формальными нормами, и то, что бюрократические органы прибегали к формальным только “в случае необходимости”, создавало некоторую свободу и гибкость. Однако эта свобода могла быть в любую минуту ограничена. Подобное институциональное устройство держится на идее отложенного наказания» (Ledeneva 1998: 57).

Формирование недоверия непосредственно в среде здравоохранения начиналось с бюрократических процедур во взаимодействии врача и больного. В частности, М. Филд (Field 1957) подробно рассматривает практику получения больничного листа и связанные с ней институциональные процедуры, непосредственно влияющие на формирование доверия между врачом и пациентом. Так, больничный лист зачастую являлся единственно приемлемой причиной отсутствия на рабочем месте, особенно в сталинскую эпоху, когда трудовое право мало отличалось от права уголовного. Практически военная дисциплина на предприятиях заставляла людей прибегать к симуляции болезней (Филд этнографически подробно фиксирует уловки, которыми пользовались вынужденные симулянты) с целью получения больничного листа. Врачи, в свою очередь, находящиеся под институциональным давлением, не только имели разрешение давать лишь ограниченное количество больничных листов в день, но и несли персональную ответственность за «упущенных» симулянтов. В результате, в задачу «настоящего» пациента входило не получить консультацию врача, а убедить его в «реальности» своей болезни. Взаимодействие врача и больного начиналось с выяснения институциональных границ: можно ли определить больного в качестве пациента, и на каких условиях (с больничным листом или без). Таким образом, в результате взаимной подозрительности, у врачей изначально формировалась установка на недоверие к пациенту, а у пациентов — на недоверие к врачу. Формированию доверия не способствовало и то, что пациент не мог выбирать «своего» врача: больной попадал к «дежурному» врачу, к тому, у кого был прием. Во многих случаях пациентам удавалось договориться с врачом о том, чтобы перевести их отношения в более постоянное русло, однако эти договоренности лежали за пределами институциональных регламентаций и осуществлялись на основе личного доверия. Подобная институциональная организация взаимодействия врача и пациента сама по себе противоречит нормативным ожиданиям больного. Непосредственная причастность к медицинской профессии «по умолчанию» наделяет врача характеристиками, вызывающими доверие: у эмигрантов из СССР, опрошенных Филдом, представление о враче было зачастую идеализированным (несмотря на негативный опыт), сформированным представлением о земских врачах (не в последнюю очередь заимствованным из русской литературы). Врачу приписывается способность к самопожертвованию, сопереживание, чувствительность к чужой боли — в прямом и переносном смысле (Field 1957: 156). По результатам исследования Дж. Браун и Н. Русиновой можно предположить, что и сегодня в формировании образа идеального врача личные качества играют гораздо большую роль, чем профессионализм. Опрошенные в этом исследовании петербуржцы считают, что врачи должны обладать особыми личностными характеристиками, отсутствие которых существенно ограничивает их способность лечить. Некоторые информанты даже предполагают, что именно эти «духовные» качества делают лечение возможным: «Если это настоящий врач, то одного его присутствия может быть достаточно для того, чтобы пациент себя почувствовал лучше — без всяких лекарств, уколов и таблеток», «достаточно с таким врачом поговорить, чтобы себя лучше почувство-

вать, и тогда никакие лекарства уже не нужны» (Brown, Rusinova 2002: 166–167). Роль эксперта, таким образом, подразумевает гораздо больше, чем владение техникой лечения и выходит за рамки институциональной роли. Одна из моих информанток, Людмила (70 лет) говорит: *«Знаешь, вот как бывает: вот врач посмотрел на тебя хорошо, принял участие в тебе ты уже думаешь, все, хороший доктор. Ведь очень много это значит! А другой там попросил что-то выписать у врача, он и выписал ему, никаких там, не спрашивал зачем, почему, зачем вам это надо. Выписал и все рецепт. Мы как слепые котята! Все или по наитию, или по интуиции»*.

В подобной системе отношений врач не просто выполняет свои профессиональные обязанности, а оказывает пациенту персональную услугу, за которую его следует отблагодарить. Единственно возможным способом взаимодействия с социальным институтом становится его персонализация, выстраивание отношений не с формальной организацией, а с ее конкретным сотрудником. Галина Линдквист отмечает: *«На Западе, в эпоху позднего модерна, мы привыкли к тому, что по любому вопросу существуют особые эксперты и гаранты: мы верим тому, что они говорят. В других культурах эта вера в экспертное мнение не настолько распространена. Это может произойти потому, что эпоха двойных стандартов разрушает авторитетные мнения, как это случилось в России в течение 70 лет советского режима. [...] В связи с этим можно предположить, что терапевтический эффект, успех лечения (в особенности вне сферы клинической медицины) связывается с восприятием врача как носителя “власти” и “харизмы” и с представлением о легитимности этой власти»* (Lindquist 2002: 338).

Для того чтобы гарантировать эти неформальные отношения, в рамках института вырабатывается дополнительная система норм поведения, которой врач и пациент должны придерживаться. Так, как нормальные явления воспринимаются не только небольшие услуги и подарки врачу со стороны пациента, но и широко распространенная система неформальных платежей (Шишкин 2004).

С распадом СССР гарантии, данные государством в области здравоохранения, окончательно перестали соблюдаться как в отношении врачей, так и в отношении больных, что делало институциональное взаимодействие практически невозможным (Garriet 2003; Шишкин 2004). В первую очередь это связано с введением рыночных отношений в сфере здравоохранения. Казалось бы, установление твердых цен на медицинские услуги и развитие рыночных норм могло компенсировать недостаток институционального доверия. Однако на практике все сложилось совершенно иначе. Изначально предполагалось, что развитие платных услуг будет происходить при сохранении гарантий бесплатного медицинского обслуживания для льготных категорий населения и по некоторым видам медицинской помощи (например, экстренная помощь). Тем не менее, гарантии бесплатного обслуживания не подкреплялись достаточным государственным финансированием и поэтому оказались невыполнимыми. Как показывают исследования, система обязательного медицинского страхования не охватывает всего населения России; значительное число опро-

шенных не имеют страховки, не знают о сумме страхового взноса; самостоятельно оплачивают медицинскую страховку совсем немногие члены домохозяйств (до 5 %) (Сидорина, Сергеев 2001: 91). Наибольшие трудности в получении первичной медицинской помощи концентрируются в экономически неблагополучных слоях населения у лиц, обладающих слабым здоровьем. Чем ниже материальная обеспеченность потребителей, тем больше, по их мнению, проблем с получением медицинских услуг, гарантированных государственной программой ОМС. По сути дела, первичная медицинская помощь организована таким образом, что людям, наиболее в ней нуждающимся, труднее всего ее получить (Панова, Русинова 2005: 135).

Медицинские учреждения должны были стихийно адаптироваться в рыночных условиях, оказывая одновременно как платные, так и бесплатные виды помощи. Неразделенность платных и бесплатных услуг явилась питательной средой для развития рынка неформальных тарифов и еще более усилила институциональную неопределенность и недоверие. Так, общая сумма неофициальных выплат домохозяйств в декабре 1997 г. за услуги медицинских учреждений и лекарства составила 15,5 % общей суммы расходов населения на финансирование здравоохранения в этом месяце (Бойков 1999: 106). Исследователи (Клямкин, Тимофеев 2000) настаивают на том, что такие платежи неправильно считать формой незаконных поборов, коррупцией, поскольку они являются *формой кооперации* между нищей медициной и нищим населением в попытках сохранить хоть какие-то возможности лечиться и лечить больных. Авторы привлекали внимание к тому обстоятельству, что в России в 1990-е гг. неформальные платежи являлись прежде всего необходимой формой возмещения пациентами, вместо государства, затрат труда медицинских работников. Тем не менее, неформальные платежи, по мнению С. Шишкина и других авторов (Шишкин 2004: 33), играют также роль *ренты* или *взятки*: использование профессионалами возможности распоряжаться ограниченными институциональными благами и предоставлять их за оплату конкретным потребителям.

Внедрение товарно-денежных отношений в медицинскую сферу повлияло и на восприятие экспертного знания. Став предметом торга, медицина утратила свою роль неподкупной, истинной науки, тем самым, разрушив привычную патерналистскую систему здравоохранения, где врач был единственной фигурой, имевшей легитимное право указывать пациенту, что и как нужно делать. Исчезновение этого вертикального государственного контроля, с его диспансеризациями, справками и медосмотрами, поставило россиян перед необходимостью принимать самостоятельные решения относительно своего здоровья, к чему они оказались совершенно не готовы.

Таким образом, в результате распада патерналистской институциональной системы здравоохранения россияне оказались в ситуации кризиса экспертного знания и институционального доверия. Обращение к традиционному знанию и практикам самолечения является для них в этой ситуации стратегией снижения риска в отношении своего здоровья. Профессиональная клиническая медицина сохраняет свою доминирующую позицию на рынке медицинских услуг, однако обращаться к ней многие стремятся лишь в са-

мых критических ситуациях. Эта стратегия негативно сказывается на качестве жизни: лечение домашними средствами к кругу семьи и близких является важнейшей практикой социальной адаптации больного, но, к сожалению, во многих случаях не может реально улучшить состояние его здоровья, поскольку не предоставляет доступа к необходимым ресурсам, которые в модернизированном обществе возможны лишь через институциональную среду.

В связи с этим нам кажется необходимым рассмотреть в последующих исследованиях ряд вопросов, связанных с формированием доверия экспертному знанию врача и институциональной среде здравоохранения. Необходимо изучение того, как доверие институтам здравоохранения и медицинским экспертам влияет на самосохранительное поведение, в сравнении с такими характеристиками, как доход, гендер, образование, тип поселения и возраст потребителей медицинских услуг. Также необходимо установить наличие зависимости между этими характеристиками и уровнем доверия: например, может оказаться, что группы с высшим уровнем образования имеют наиболее высокий уровень доверия экспертному знанию (или наоборот). Поскольку зависимости между этими характеристиками пока не установлены, а сами концепты доверия и социального капитала являются теоретическими абстракциями, на данной стадии изучения этой проблемы наиболее верным нам кажется проведение качественных исследований, нацеленных на детальное изучение взаимосвязей между всеми указанными переменными. Ценность таких исследований заключается не только в их потенциальной научной новизне, но и в том, что их результаты могут помочь определить ресурсы, необходимые для восстановления утраченного доверия.

Литература

Аронсон П. Что русскому хорошо, то немцу смерть: русские студенты в Германии о русских и немецких нормах медицины // Телескоп. 2006. № 2 (56). С. 43–45.

Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С. Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства // Вопросы экономики. 1998. № 10. С. 42–54.

Браун Дж, Русинова Н. Личные связи и карьера болезни // СоцИс. 1993. № 3. С. 30–36.

Заруцкая Е.А. Неравенство в доступе к услугам здравоохранения // Справедливые и несправедливые социальные неравенства в современной России. М.: Реферendum, 2003.

Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М.: PerSe, 2002.

Панова Л., Русинова Н. Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи // СоцИс. 2005. № 6. С. 127–136.

Паченков О. Рациональное «заколдовывание мира»: современные российские «маги» // Невидимые грани социальной реальности. К 60-летию Эдуарда Фомина. Сб. статей по материалам полевых исследований / Под ред. В. Воронкова, О. Паченкова, Е. Чикадзе. СПб.: ЦНСИ, 2001. Вып. 9. С. 96–109.

Решетников А. Социальный портрет потребителя медицинских услуг в России в период перехода рыночной экономике // СоцИс. 2003. № 1. С. 92–101.

Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. Авт. коллектив: С.В. Шишкин (руководитель коллектива), Г.Е. Бесстремянная, М.Д. Красильникова, Л.Н. Овчарова, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова. М.: Независимый институт социальной политики, 2004.

Россия: 10 лет реформ. Социально-демографическая ситуация / Под ред. Н.М. Рима-шевской. М., 2002.

Сидорина Т., Сергеев Н. Государственная политика и здоровье россиян. К анализу затрат домохозяйств на здравоохранение // Мир России. 2001. № 2. С. 67–92.

Шилова Л.С. Проблемы трансформации социальной политики и индивидуальных ориентаций по охране здоровья // Социальные конфликты: экспертиза, прогнозирование, технологии разрешения. М.: Институт социологии РАН, 1999. С. 86–114.

Шилова Л.С. Трансформация женской модели самосохранительного поведения // СоцИс. 2000. № 11. С. 134–144.

Шилова Л.С. Трансформации самосохранительных моделей поведения населения в условиях реформируемого здравоохранения // Здоровье в изменяющемся обществе: дискурс, политика, повседневность современной России. Тезисы докладов. СПб.: ЦНСИ, 2005.

Brown J., Rusinova N. “Curing and Crippling”: Biomedical and Alternative Healing in Post-Soviet Russia // ANNALS. AAPSS. No 583, September 2002. P. 161–170

Cockerham W.C. Health and social change in Russia and Eastern Europe. London: Routledge, 1999.

Cook L. Social cohesion in Russia. The state and the public sector // Social Capital and Social Cohesion in Post-Soviet Russia / Ed. by J.L. Twigg and K. Schechter. NY: M.E. Sharpe, 2003.

Field M. Doctor and Patient in Soviet Russia. Harvard University Press, 1957.

Field M. Medical Care in the Soviet Union: Promises and Realities // Quality of Life in the Soviet Union / Ed. by H. Herlemann. Westview Press, 1987.

Garriet L. Betrayal of trust. The collapse of global public health. New York: Hyperion, 2002.

Gibson J. Social Networks, Civil Society, and the Prospects for Consolidating Russia’s Democratic Transition // American Journal of Political Science. 2001. Vol. 45. Issue 1. P. 51–69.

Govier T. Social trust and human communities. McGill-Queen’s University Press, 1997.

Ledeneva A. Russia’s Economy of Favours: Blat, Networking and Informal Exchange. New York: Cambridge University Press, 1998.

Lindquist G. Healing efficacy and the construction of charisma: a family’s journey through the multiple medical field in Russia // Anthropology & Medicine. 2002. Vol. 9. No. 3.

Lonkila M. The social meaning of work: Aspects of the teaching profession in post-Soviet Russia // Europe-Asia Studies. 1998. Vol. 50. Issue 4. P. 699–713.

Lorber J. Gender and Social Construction of Illness. AltaMira Press, 2000. P. 1–51.

Macinko J., Shi L., Starfield B., Wulu J. Income Inequality and Health: A Critical Review of the Literature // Medical Care Research and Review. 2003. Vol. 60. No. 4. December. P. 407–452.

Nazarova I. Self-rated health and occupational conditions in Russia // *Social Science & Medicine*. 2000. Issue 51. P. 1375–1385.

Remennick L., Shtarkshall R. Technology versus responsibility: Immigrant physicians from the former Soviet Union reflect on Israeli health care // *Journal of Health and Social Behavior*. 1997. Vol. 38. No 3. P. 191–202.

Rose-Ackerman S., Kornai J. Building a trustworthy state in post-socialist transition. NY: Palgrave Macmillan, 2004.

Rose-Ackerman S., Kornai J., Rothstein B. Creating social trust in post-socialist transition. NY: Palgrave Macmillan, 2004

Rose R. «Getting Things Done in an Anti-Modern Society: Social Capital Networks in Russia» // *Studies in Public Policy*. No 304. Glasgow, Scotland: Centre for the Study of Public Policy, University of Strathclyde, 1998.

Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians // *Social Science & Medicine*. 2000. Issue 51. P. 1421–1435.

Rose R. Living in an anti-modern society // *East European Constitutional Review*. 1999a. No 8. P. 68–75.

Rose R. Getting things done in an anti-modern society: social capital networks in Russia / P. Dasgupta, I. Serageldin (eds.) *Social capital: A multi-faceted perspective*. Washington DC: The World Bank, 1999b. P. 147–171.

Tkatchenko E., McCee M., Tsourous A. Public health in Russia: The view from the inside // *Health policy and planning*. 2000. Vol. 15. No 2. P. 164–169.