

СОЦИОЛОГИЯ · SOCIOLOGY

Вестник МИРБИС. 2022. № 4 (32). С. 174–181.

Vestnik MIRBIS. 2022; 4 (32): 174–181.

Научная статья

УДК 336.71; 347.734

DOI: 10.25634/MIRBIS.2022.4.19

Концептуализация модели оценки доверия населения к системе здравоохранения

Алиса Фиргатовна Шакирова — Межрегиональный клинично-диагностический центр, Казань, Россия. Alisa.Shakirova@tatar.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4187-6562>

Аннотация. От уровня доверия населения зависит не только эффективность функционирования системы здравоохранения, но и в целом благополучие страны. Особенно значимость доверия мы наблюдаем в период пандемии и постпандемии. Результаты социологических исследований, проведенных благотворительным фондом Wellcome Trust, показали, что доверие к врачам в Европе, Северной Америке и Австралии составило около 90 %, в Восточной Азии и на Ближнем Востоке — чуть больше половины (65 %). Таким образом, мы можем наблюдать, что вопросы доверия актуальны не только для Российской Федерации, но и в целом для множества стран. На сегодняшний день как отечественные, так и зарубежные авторы изучают доверие к системе здравоохранения на трех уровнях. На макро-уровне — анализируется доверие населения к системе здравоохранения в целом, на мезо-уровне — изучаются вопросы доверия населения к медицинским организациям, и на микро-уровне — доверие населения к врачам, к различным процедурам и вакцинации. Однако на сегодняшний день отсутствует комплексный подход оценки доверия населения на всех уровнях одновременно. Данная статья направлена на концептуализацию модели оценки доверия населения к системе здравоохранения, которая, в свою очередь, позволит выявить уровень доверия, а также причины недоверия населения к системе здравоохранения. Материалы статьи могут быть использованы и внедрены в практику учреждений здравоохранения, а также использованы государственными органами власти для совершенствования данной системы в целом.

Ключевые слова: доверие, система здравоохранения, население, вакцинация.

Благодарности. Статья написана при финансовой поддержке Академии наук Республики Татарстан в рамках реализации молодежного гранта «Многоуровневая модель комплексной оценки доверия населения к системе здравоохранения в постпандемийный период (на примере Республики Татарстан)», № договора 15-56- юГ.

Для цитирования: Шакирова А. Ф. Концептуализация модели оценки доверия населения к системе здравоохранения. DOI 10.25634/MIRBIS.2022.4.19 // Вестник МИРБИС. 2022; 4:174–181.

Original article

Conceptualizing a Model for Assessing Public Trust in the Health System

Alisa F. Shakirova — Interregional Clinical and Diagnostic Center, Kazan, Russia. Alisa.Shakirova@tatar.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4187-6562>

Abstract. Not only the efficiency of the healthcare system, but also the overall well-being of the country depends on the level of public confidence. We observe the importance of trust especially during the pandemic and post-pandemic. For example, the Wellcome Trust, an independent charitable foundation that finances research activities in the field of medicine, conducted a large-scale sociological study to find out the attitude of people in 140 countries around the world to science and medicine. As part of the study, about 140 thousand people were interviewed. According to the results of the survey, it was revealed that the most trust in doctors was expressed in Europe, North America and Australia – about 90%. Least of all – about 65% – in East Asia and the Middle East. In addition, 84% of those surveyed worldwide said they trust doctors' advice on medical and health matters, however, when health or disease prevention advice comes from the government, the level of trust drops to 76%. Thus, we can observe that issues of trust are relevant not only for the Russian Federation, but in general for many countries. To date, both domestic and foreign authors are studying the trust in the health care system at three levels. At the macro level – the population's trust in the health care system as a whole is analyzed, at the meso level – the issues of public trust in medical organizations are studied, and at the micro level – the population's trust in doctors, in various procedures and vaccinations. However, today there is no comprehensive approach to assessing the trust of the population at all levels simultaneously. This article aims to conceptualize a model for assessing the population's trust in the health care system, which, in turn, will reveal the level of trust, as well as the reasons for the population's distrust in the health care system.

Key words: trust, healthcare system, population, vaccination.

Acknowledgments. The article was prepared with the financial support of the Academy of Sciences of the Republic of Tatarstan as part of the implementation of the youth grant "Multilevel model for a comprehensive assessment of public confidence in the healthcare system in the post-pandemic period (on the example of the Republic of Tatarstan)", contract number 15-56-юГ.

For citation: Shakirova A. F. Conceptualizing a Model for Assessing Public Trust in the Health System. DOI 10.25634/MIRBIS.2022.4.19. *Vestnik MIRBIS*. 2022; 4:174–181 (in Russ.).

Введение

Раскрытие сущности доверия к системе здравоохранения в первую очередь требует обращения к теории социального доверия.

В трудах Н. Лумана доверие трактуется как свойство, присущее отношениям, которые уменьшают сложности, связанные с неопределённостью будущего [Luhmann 1996]. Б. Миштал говорит о доверии как о социальном конструкте, показывает, как изменилось понимание доверия с развитием современного общества, а также акцентирует свое внимание на трудностях завоевания доверия [Misztal 1996]. Кроме этого, Б. Миштал рассматривает доверие не как регулирующий механизм, а скорее как общественное благо, основываясь на теории коммуникативного действия Ю. Хабермаса. В соответствии с идеей последнего, коммуникация строится на взаимном доверии между акторами, благодаря чему способна координировать социальные и политические взаимодействия [Habermas 1981]. Тем временем, Р. Патнэм и А. де Токвиль интерпретируют доверие не только как общественное благо, но и как часть социального капитала [Putnam 1993]. Таким образом, доверие выступает в качестве свойства социальных систем, поддерживающегося социальными взаимодействиями, а также поддерживающего их.

Роль общественного доверия в поддержке активной гражданской позиции, демократии и солидарности, включая обоснование его важности для развития социальной сферы, раскрыта в трудах следующих зарубежных авторов: О. О'Нил [O'Neill 2002], Ф. Фукуяма [Fukuyama 1996], П. Штомпка [Sztompka 2000], А. В. Селигман [Seligman, 1997] и А. Папакостас [Papakostas, 2002].

Отечественные исследователи, основываясь на опыте вышеуказанных авторов, также выделяют межличностное доверие. Систематизируя существующие на сегодняшний день трактовки

межличностного и общественного доверия, которые раскрыты в трудах А. Б. Купрейченко [Купрейченко 2008], И. Ю. Леоновой [Леонова 2015], К. А. Абульхановой-Славской [Абульханова-Славская 1991], Е. П. Ильина [Ильин 2013], мы приходим к выводу о том, что межличностное доверие представляет собой определенное ожидание действий от одного человека другим. Тогда как общественное доверие складывается из опыта самих агентов, опыта их близких и потребляемых медиа-образов и влияет на действия / не действия людей [Mechanic & Schlesinger 1996], [Хабиева 2011], [Фрейджер 2003].

Кроме этого, учитывая накопленный в мировой социологической науке опыт исследований по теме и множество сформулированных определений доверия, мы приходим к выводу о справедливости рассмотрения межличностной и общественной форм доверия в качестве разных измерений единого феномена — в качестве микро- и макро-уровней доверия, соответственно. Межличностное доверие, к примеру, Дж. Коллеман и другими авторами, описывается в рамках теории рационального доверия, подразумевающей под основой доверия рациональный подсчет рисков и преимуществ, ожиданий и т. д. [Coleman 1994]. Кроме этого, Р. Крамер и М. Брюер объясняют доверие на основе групповой идентификации или категоризации, говоря о доверии внутри групп [Kramer 1996]. В целом рассмотрение доверия на микро-уровне предполагает апелляцию к социальному действию, мотивированному рационально либо косвенно обусловленному социальным порядком, как главному условию для выстраивания личного доверия. Таким образом, основа микро-уровня доверия в современном обществе — личное знакомство и предыдущий опыт.

Доверие к системе в целом раскрывается, например, в теории моральных оснований А. Узланера и А. Селимана [Seligman 1997]. В соответствии с данной теорией, доверие является результатом общественного согласия и высту-

пает как надындивидуальный ресурс, который поддерживается нормами, правилами, моралью данного общества. Особенность моралистического доверия заключается в том, что оно отвергает прошлый опыт и рациональный выбор, тем самым определяя совершение выбора, даже, несмотря на неудачный опыт. В различных теориях социального капитала общественное доверие приравнивают к ресурсу, необходимому для развития социальных систем, и ассоциируют с демократией (Н. Луман), экономической стабильностью (Ф. Фукуяма), социальной активностью граждан в горизонтальных социальных сетях (Р. Д. Путнам) и растущей солидарностью гражданского общества (Д. Штолле). Таким образом, макро-уровень доверия связывается с общественной стабильностью, функционированием и степенью влияния моральных норм и ценностей в обществе на индивидуальные действия.

Доверие к системе здравоохранения

Отдельно отметим многообразие трактовок доверия к системе здравоохранения. Так, Б. Мисстал и Т. Гилберт рассматривают доверие к системе здравоохранения как способ, позволяющий людям справляться с неопределенностями и рисками, связанными с передачей своей судьбы медицинским работникам [Misztal 1996; Gilbert 1998]. О. С. Као, Д. С. Грин, А. М. Заславский, Дж. П. Коплан и П. Д. Клири отмечают, что на макро-уровне доверие населения к системе здравоохранения является показателем поддержки системы и изменений в системе [Као 1998]. По мнению Дж. Ф. Стратен, Р. Д. Фрил и П. П. Груневеген, общественное доверие — это уверенность в том, что к вам будут относиться адекватно, когда вы нуждаетесь в медицинской помощи [Straten 2002]. М. А. Холл с коллегами же утверждают, что доверие — это оптимистичное принятие уязвимой ситуации, в которой доверитель полагает, что доверительный управляющий будет заботиться о нем в его интересах [Hall 2001]. Э. Ван дер Ши, П. П. Груневеген и Р. Д. Фрил предложили модель доверия к здравоохранению, которая основана на взаимосвязи между межличностным и общественным доверием [van der Schee 2006]. Авторы определили, что доверие к системе здравоохранения формирует, с одной стороны, институциональные гарантии, такие как регулирование поставщиков медицинских услуг, защита прав пациентов и независимая инспекция качества ме-

дицинской помощи, а с другой стороны — реальную доступность качественной медицинской помощи. Также авторы отводят особую роль средствам массовой информации, которые напрямую влияют на формирование положительных практик. Таким образом, модель доверия к системе здравоохранения состоит из трех компонентов: 1) межличностное доверие между пациентом и медицинским работником-профессионалом (основной уровень доверия, преобладающий на микро-уровне); 2) имидж системы здравоохранения в СМИ и информирование о ней в социальных сетях, где освещение кризисов и скандалов может иметь сильное влияние на общественное доверие; 3) институциональные гарантии и фактическая доступность качественной медицинской помощи. Критика данной модели заключается в отсутствии целостной концептуализации доверия, понимание которого выходит за рамки узкого фокуса исключительно на личном опыте, и в отсутствии учета влияния на доверие других институтов.

Ф. Гилл, С. Смит и Н. Май представили концептуализацию доверия к системе здравоохранения, связывающую личность, здоровье, систему опеки, государство и другие общественные институты [Gille 2017]. По мнению авторов, на доверие к системе здравоохранения оказывает влияние не только сама система здравоохранения, впечатления от нее и ее медийный образ, но также публичный дискурс, другие институты и участники рынка. Однако авторы не апробировали данную модель на практике.

Группа ученых Дж. Ф. Стратен, Р. Д. Фрил и П. П. Груневеген разработали инструментарий для оценки доверия населения к голландской системе здравоохранения [Straten 2002]. В первую очередь, разработка инструментария оценки была направлена на уменьшение разрыва между теоретической концепцией доверия и представлениями о доверии в повседневной жизни. Так, авторы выделили восемь компонентов доверия:

1. Доверие медицинских работников пациенту
2. Уверенность в том, что политика на макро-уровне не будет иметь последствий для пациента
3. Доверие опыту медицинских работников (компетентность, навыки медицинских работников)
4. Доверие качеству медицинской помощи

- (постановка правильного диагноза, лечения, назначения дозировки лекарств и т. д.)
5. Доверие предоставляемой информации и коммуникации со стороны поставщиков медицинских услуг (уверенность в информации о возможном лечении и его последствиях, которую предоставляют врачи)
 6. Доверие качеству сотрудничества (высокий уровень сотрудничества между поставщиками медицинских услуг и отсутствие противоречивой информации от врачей)
 7. Доверие ко времени, потраченному на пациента
 8. Доверие к доступности медицинской помощи (запись на прием, своевременное направление и выписка из больницы).

Однако в результате факторного анализа авторы исключили два компонента доверия, а именно: доверие ко времени, потраченному на пациента, и доверие к доступности медицинской помощи. В целом инструментарий, подготовленный для оценки голландской системы здравоохранения, широко применялся на практике.

Д. Меканик в своих трудах акцентировал внимание на доверии пациентов к компетентности врачей и выделил пять его аспектов: забота о благополучии пациентов; контроль врачей над принятием решений; управление конфиденциальной информацией; открытость в предоставлении и получении информации [Mechanic & Schlesinger, 1996].

В отечественной литературе необходимо обратить внимание на труды А. В. Саблукова и И. И. Никулиной, которые предложили методику оценки доверия к системе здравоохранения [Саблуков 2018]. Так, в основу индекса доверия легли три компонента, а именно: индекс общего доверия компонентам системы здравоохранения (СЗ), индекс удовлетворенности компонентами СЗ и индекс уверенности в компонентах СЗ [там же]. Непосредственно итоговый уровень доверия к системе здравоохранения рассчитывается как среднее значение вышеупомянутых индексов, а интерпретируется в градации «очень низкий-высокий».

Кроме этого, необходимо обратить внимание на методику Левада-Центра, который участвует в проведении международного ежегодного мониторингового исследования по оценке доверия населения к системе здравоохранения (ISSP), гео-

графически охватывающего более чем 10 стран. Респондентам предлагается в ходе опроса согласиться или не согласиться с различными высказываниями, касающимися доверия/недоверия к российской системе здравоохранения, ее эффективности, доверия к личности врача, его профессиональному уровню, отношения к народной/нетрадиционной медицине и т. д.¹

Подводя итоги, можно сказать, что концепция доверия к системе здравоохранения является многокомпонентной и включает в себя более одного измерения, однако в существующих моделях и методиках оценки не прослеживается четкой взаимосвязи между ними.

Авторская модель оценки доверия населения к системе здравоохранения

Изучив труды и отечественных, и зарубежных авторов, мы предлагаем следующую модель оценки доверия населения к системе здравоохранения.

Вопрос о том, доверяют ли люди системе здравоохранения, является слишком общим и поверхностным. Автор соглашается с мнением о том, что доверие связано с будущим поведением населения и влияет на функционирование системы на макро-уровне. Так, на макро-уровне мы изучим реализацию политики в сфере здравоохранения и ее поддержку населением через такие официальные данные, как количество вакцинированных граждан в РФ; количество вакцинированных от Ковид-19; количество человек, прошедших диспансеризацию. На мезо-уровне для изучения доверия населения к медицинским организациям мы обратимся к врачам как к экспертам, которые с одной стороны реализуют политику оказания медицинской помощи, а с другой, тесно взаимодействуют с пациентами, и поэтому могут раскрыть особенности влияния доверия на лечение и соблюдение рекомендаций, а также указать на последствия недоверия пациентов врачам. На микро-уровне мы сфокусируемся на поведении населения, на конкретных практиках, которые реализует население в сфере здравоохранения, а также на его информированности и отношении к системе (в ее разных измерениях), что позволит рассчитать индекс доверия к системе здравооо-

¹ Караева О. Доверие системе здравоохранения // Левада-центр : аналитический центр Юрия Левады . сайт. URL: <https://www.levada.ru/2022/02/16/doverie-sisteme-zdravoohraneniya/>. Дата публикации 29.03.2022.

ранения через следующие частные индексы:

Частный индекс доверия к политике в сфере здравоохранения (Иполит), который позволит оценить доверие населения к предпринимаемым в республике здравоохранительным мерам (например, вакцинация, соблюдение рекомендаций в период пандемии) и информированию о них.

Частный индекс доверия к медицинским организациям (Иорг), который позволит оценить доверие населения к организации предоставления медицинских услуг в учреждениях и информированию о них.

Частный индекс доверия к врачам (Ивр), который позволит оценить доверие населения к компетентности специалистов и качеству предоставляемых ими медицинских услуг, а также к информированию о них.

Каждый частный индекс имеет свою систему показателей.

Частный индекс доверия к политике в сфере здравоохранения:

1.1. Доверие к доступной информации о предпринимаемых в республике здравоохранительных мерах

1.2. Самооценка информированности о предпринимаемых в республике здравоохранительных мерах

1.3. Оценка проводимой в республике здравоохранительной политики (в целом и таких ситуативных мер, как, например, меры противодействия распространению пандемии)

1.4. Соблюдение предписаний в сфере здравоохранения в республике (в целом и таких ситуативных предписаний, как, например, противоэпидемические ограничения в условиях пандемии).

Частный индекс доверия к медицинским организациям:

2.1. Доверие к доступной информации о деятельности медицинских организаций республики

2.2. Оценка деятельности медицинских организаций республики в целом и по критериям:

2.2.1. Количество организаций

2.2.2. Транспортная доступность МО

2.2.3. Оснащенность МО специализированным медицинским и неспециализированным оборудованием;

2.2.4. Вариативность оказываемой медицинской помощи (количество доступных услуг, в том числе возможность консультации узких

специалистов);

2.2.5. Объем оказываемой медицинской помощи (полнота медицинского сопровождения)

2.2.6. Формализованность процесса оказания медицинской помощи (степень бюрократизации);

2.2.7. Хранение персональной информации

2.3. Опыт и установки будущего, в том числе повторного, пользования услугами медицинских организаций республики.

Частный индекс доверия к врачам:

3.1. Доверие к доступной информации о специалистах республики

3.2. Оценка опыта и квалификации специалистов республики в целом и по критериям:

3.2.1. Проведение обследования

3.2.2. Постановка диагноза

3.2.3. Назначение лечения

3.3. Уверенность в намерении специалистов республики лечить пациентов, а не в намерении назначить необоснованные обследования за дополнительную плату

3.4. Опыт и установки будущего, в том числе повторного, обращения к специалистам республики.

Для оценки по каждому из вышеперечисленных показателей будет использована 5-балльная шкала [Шакирова, 2022]. Далее, путем нахождения средних взвешенных, будут вычислены последовательно три частных индекса и интегральный индекс доверия к системе здравоохранения.

$$I_{\text{полит}} = (I_1 + I_2 \dots + I_n) / n$$

$$I_{\text{орг}} = (I_1 + I_2 \dots + I_n) / n$$

$$I_{\text{вр}} = (I_1 + I_2 \dots + I_n) / n$$

Индекс доверия к системе здравоохранения = $(I_{\text{полит}} + I_{\text{орг}} + I_{\text{вр}})$

Интерпретация полученных значений будет выстроена в соответствии со следующей шкалой доверия: «5» — «высокое», «4» — «выше среднего», «3» — «среднее», «2» — «ниже среднего», «1» — «низкое» [Шакирова, 2022].

Заключение

Подводя итоги, мы соглашаемся с рядом авторов (Н. Луман, Ф. Фукуяма, Р. Д. Путнам и другие) и акцентируем свое внимание на рассмотрении феномена доверия на макро- и микро-уровнях. Таким образом, основа микро-уровня доверия в современном обществе — личное знакомство и предыдущий опыт, а макро-уровень доверия связывается с общественной стабильностью, функ-

ционированием и степенью влияния моральных норм и ценностей в обществе на индивидуальные действия.

Таким образом, можно сказать, что концепция доверия к системе здравоохранения является многокомпонентной и включает в себя более одного измерения, однако в существующих моделях и методиках оценки не прослеживается четкой взаимосвязи между ними. Мы, основываясь на трудах как зарубежных (Дж. Ф. Стратен, Р. Д. Фрил, П. П. Груневеген), так и отечественных исследо-

вателей (А. В. Саблукова, И. И. Никулина), предлагаем авторскую модель оценки доверия населения к системе здравоохранения. Данная модель направлена, в первую очередь, на комплексную оценку и позволяет на макро-уровне оценить доверие населения к политике в сфере здравоохранения, на мезо-уровне — доверие к медицинским организациям и на микро-уровне — доверие населения к компетентности специалистов и качеству предоставляемых ими медицинских услуг, а также к информированию о них.

Список источников

1. Абульханова-Славская 1991 — *Абульханова-Славская К. А.* Стратегия жизни. Москва : Мысль, 1991. 299 с. ISBN: 5-244-00380-1.
2. Ильин 2013 — *Ильин Е. П.* Психология доверия. Санкт-Петербург : Питер, 2013. 288 с. ISBN: 978-5-496-00017-8.
3. Купрейченко 2008 — *Купрейченко А. Б.* Психология доверия и недоверия. Москва : Институт психологии РАН, 2008. 564 с. ISBN: 978-5-9270-0126-2.
4. Леонова 2015 — *Леонова И. Ю.* Доверие: понятие, виды и функции. EDN: UDSEPJ // Вестник Удмуртского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. 2015; 25(2):34–41. ISSN: 2412-9550; eISSN: 2413-2411.
5. Саблуков 2018 — *Саблуков А. В.* Доверие молодежи системе здравоохранения / А. В. Саблуков, И. И. Никулина. EDN: YLJCRN // Вестник Московского государственного лингвистического университета. Общественные науки. 2018. № 2(800). С. 277–288. eISSN: 2500-347X.
6. Шакирова 2022 — *Шакирова А. Ф.* Система социальной защиты населения в современных российских условиях: интегральная социологическая модель: на материалах Республики Татарстан : диссертация... кандидата социологических наук : 22.00.04. Казань, 2022. 253 с.
7. Фрейдджер 2003 — *Фрейдджер Р.* Личность. Теории, упражнения, эксперименты. Санкт-Петербург : Олма-Пресс, 2003. 608 с. ISBN 5-93878-102-7.
8. Хабиева 2011 — *Хабиева Э. Р.* Типология форм проявления доверия: основания для классификации. EDN: OMSZYL // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. 2011; 11(8):35–39. ISSN: 1694-500X; eISSN: 1694-6839.
9. Coleman 1994 — *Coleman J. S.* Foundations of Social Theory. Belnap Press, 1994. 1014 p. ISBN: 978-0674312265.
10. Fukuyama 1996 — *Fukuyama F.* Trust: social virtues and the creation of prosperity. New York : Free Press, 1996. 457 p. ISBN: 978-0684825250.
11. Gilbert 1998 — *Gilbert T.* Towards a politics of trust. // Journal of Advanced Nursing. 1998; 27(5): 1010–1016
12. Gille 2017 — *Gille F., Smith S., Mays N.* Towards a broader conceptualization of 'public trust' in the health care system. DOI:10.1057/s41285-016-0017-y // Social Theory & Health. 2017. 15(1):25–43.
13. Habermas 1981 — *Habermas J.* Between Facts and Norms: Contributions to a Discourse Theory of Law and Democracy / Translated by W. Rehg. Cambridge, Massachusetts : The MIT Press. 1996. 419 p. ISBN: 0-262-08243-8.
14. Hall 2001 — *Hall M. A, Dugan E., Zheng B., Mishra A. K.* Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter? DOI:10.1111/1468-0009.00223 // Milbank Quarterly. 2022; 79(4):613–639. ISSN: 0887-378X.
15. Kao 1998 — *Kao A. C., Green D. C., Zaslavsky A. M., Koplan J. P., Cleary P. D.* The relationship between the method of physician payment and patient trust // JAMA : The Journal of the American Medical Association. 1998; 280(19):1708-14.
16. Kramer 1996 — *Kramer R. M., Brewer M. B., Hanna B. A.* Collective trust and collective action: The decision to trust as a social decision. DOI: 10.4135/9781452243610.n17 // Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research. Sage: London. 1996. 357–389. p.
17. Luhmann 1996 — *Luhmann N.* Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives // Trust: Making and Breaking Cooperative Relations / Ed. by D. Gambetta. Oxford : Basil Blackwell. 1996. Pp. 104–107.

18. Mechanic & Schlesinger 1996 — *Mechanic D., Schlesinger M.* The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians // *JAMA : Journal of the American Medical Association.* 1996; 275(21):1693-7.
19. Misztal 1996 — *Misztal B. A.* Trust in Modern Societies: The Search for the Bases of Social Order. 1st ed. Cambridge, MA, USA : Blackwell Publishers Inc. 1996. 304 p. ISBN: 978-0745616346.
20. O'Neill 2002 — *O'Neill O.* Autonomy and Trust in Bioethics (Gifford Lectures) (1st ed.). Cambridge, UK : Cambridge University Press. 2002. 213 p. ISBN: 0-521-81540-1.
21. Papakostas 2012 — *Papakostas A.* Civilizing the Public Sphere – Distrust, Trust and Corruption. Basingstoke : Palgrave Macmillan. 2012. 205 p. ISBN: 978-1-349-66937-0. DOI: 10.1007/978-1-137-03042-9.
22. Putnam 1993 — *Putnam R. D.* Making Democracy Work: Civic Tradition in Modern Italy. Princeton University Press. 1993. 287 p. ISBN: 1-400809-789.
23. van der Schee 2006 — *van der Schee E., Groenewegen P., Friele R. D.* Public trust in health care: a performance indicator. DOI: 10.1108/14777260610701821 // *Journal of Health Organization and Management.* 2006; 20(5):468–476.
24. Seligman 1997 — *Seligman A. B.* The Problem of Trust. Princeton : Princeton University Press, 1997. 231 p. ISBN: 978-0691050201.
25. Straten 2002 — *Straten G. F., Friele R. D., Groenewegen P. P.* Public trust in Dutch health care. DOI:10.1016/S0277-9536(01)00163-0 // *Social Science and Medicine.* 2002; 55(2):227–234.
26. Sztompka 1999 — *Sztompka P.* Trust a sociological theory. Cambridge : Cambridge University Press, 2000. 228 p. ISBN: 978-0521591447.

References

1. Abulkhanova-Slavskaya K. A. *Strategiya zhizni* [Strategy of life]. Moscow : Mysl' Publ., 1991. 299 p. ISBN: 5-244-00380-1.
2. Ilyin E. P. *Psikhologiya doveriya* [Psychology of trust]. St. Petersburg : Piter, 2013. 288 p. ISBN: 978-5-496-00017-8.
3. Kupreychenko A. B. *Psikhologiya doveriya i nedoveriya* [Psychology of trust and mistrust]. Moscow : Institute of Psychology RAS Publ., 2008. 564 p. ISBN: 978-5-9270-0126-2.
4. Leonova I. Yu. *Doveriye: ponyatiye, vidy i funktsii* [Trust: concept, types and functions]. EDN: UDSEPJ. *Vestnik Udmurtskogo universiteta. Seriya Filosofiya. Psikhologiya. Pedagogika.* 2015; 25(2):34–41. ISSN: 2412-9550; eISSN: 2413-2411.
5. Sablukov A. V. *Doveriye molodezhi sisteme zdravookhraneniya* [Confidence of young people in the healthcare system]. By A. V. Sablukov, I. I. Nikulina. EDN: YLJCRN. *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo lingvisticheskogo universiteta. Obshchestvennyye nauki.* 2018. No. 2 (800). pp. 277-288. eISSN: 2500-347X.
6. Shakirova A. F. *Sistema sotsial'noy zashchity naseleniya v sovremennykh rossiyskikh usloviyakh: integral'naya sotsiologicheskaya model': na materialakh Respubliki Tatarstan* [The system of social protection of the population in modern Russian conditions: an integral sociological model: based on the materials of the Republic of Tatarstan] : dissertation... candidate of sociological sciences : 22.00.04. Kazan, 2022. 253 p.
7. Frager R. *Lichnost'. Teorii, uprazhneniya, eksperimenty* [Personality. Theories, exercises, experiments]. St. Petersburg : Olma-Press Publ., 2003. 608 p. ISBN 5-93878-102-7.
8. Khabieva E. R. *Tipologiya form proyavleniya doveriya: osnovaniya dlya klassifikatsii* [Typology of forms of manifestation of trust: grounds for classification]. EDN: OMSZYL. *Vestnik Kyrgyzsko-Rossiyskogo Slavyanskogo universiteta.* 2011; 11(8):35–39. ISSN: 1694-500X; eISSN: 1694-6839.
9. Coleman J. S. *Foundations of Social Theory.* Belnap Press, 1994. 1014 p. ISBN: 978-0674312265.
10. Fukuyama F. *Trust: social virtues and the creation of prosperity.* New York : Free Press, 1996. 457 p. ISBN: 978-0684825250.
11. Gilbert T. *Towards a politics of trust.* *Journal of Advanced Nursing.* 1998; 27(5): 1010–1016
12. Gille F., Smith S., Mays N. *Towards a broader conceptualization of 'public trust' in the health care system.* DOI:10.1057/s41285-016-0017-y. *Social Theory & Health.* 2017. 15(1):25–43.
13. Habermas J. *Between Facts and Norms: Contributions to a Discourse Theory of Law and Democracy /* Translated by W. Rehg. Cambridge, Massachusetts : The MIT Press. 1996. 419 p. ISBN: 0-262-08243-8.
14. Hall 2001 — Hall M. A, Dugan E., Zheng B., Mishra A. K. *Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter?* DOI:10.1111/1468-0009.00223. *Milbank Quarterly.* 2022; 79(4):613–639. ISSN: 0887-378X.
15. Kao 1998 — Kao A. C., Green D. C., Zaslavsky A. M., Koplan J. P., Cleary P. D. *The*

- relationship between the method of physician payment and patient trust. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*. 1998; 280(19):1708-14.
16. Kramer 1996 — Kramer R. M., Brewer M. B., Hanna B. A. Collective trust and collective action: The decision to trust as a social decision. DOI: 10.4135/9781452243610.n17. *Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research*. Sage: London. 1996. 357–389. p.
 17. Luhmann N. Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives. *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*. Ed. by D. Gambetta. Oxford : Basil Blackwell. 1996. Pp. 104–107.
 18. Mechanic D., Schlesinger M. The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *JAMA : Journal of the American Medical Association*. 1996; 275(21):1693-7.
 19. Misztal B. A. *Trust in Modern Societies: The Search for the Bases of Social Order*. 1st ed. Cambridge, MA, USA : Blackwell Publishers Inc. 1996. 304 p. ISBN: 978-0745616346.
 20. O'Neill O. *Autonomy and Trust in Bioethics (Gifford Lectures)* (1st ed.). Cambridge, UK : Cambridge University Press. 2002. 213 p. ISBN: 0-521-81540-1.
 21. Papakostas A. *Civilizing the Public Sphere – Distrust, Trust and Corruption*. Basingstoke : Palgrave Macmillan. 2012. 205 p. ISBN: 978-1-349-66937-0. DOI: 10.1007/978-1-137-03042-9.
 22. Putnam R. D. *Making Democracy Work: Civic Tradition in Modern Italy*. Princeton University Press. 1993. 287 p. ISBN: 1-400809-789.
 23. van der Schee E., Groenewegen P., Friele R. D. Public trust in health care: a performance indicator. DOI: 10.1108/14777260610701821. *Journal of Health Organization and Management*. 2006; 20(5):468–476.
 24. Seligman A. B. *The Problem of Trust*. Princeton : Princeton University Press, 1997. 231 p. ISBN: 978-0691050201.
 25. Straten G. F., Friele R. D., Groenewegen P. P. Public trust in Dutch health care. DOI:10.1016/S0277-9536(01)00163-0. *Social Science and Medicine*. 2002; 55(2):227–234.
 26. Sztompka P. *Trust a sociological theory*. Cambridge : Cambridge University Press, 2000. 228 p. ISBN: 978-0521591447.

Информация об авторе:

Шакирова Алиса Фиргатовна — Государственное автономное учреждение здравоохранения «Межрегиональный клинико-диагностический центр», ул. Карбышева, 12а, Казань 420101, Россия. РИНЦ AuthorID: 731889.

Information about the author:

Shakirova Alisa F. – State Autonomous Healthcare Institution «Interregional Clinical and Diagnostic Center», 12a Karbyshevast., Kazan 420101, Russia. RCSI AuthorID: 731889

Статья поступила в редакцию 24.08.2022; одобрена после рецензирования 17.09.2022; принята к публикации 11.11.2022. The article was submitted 08/24/2022; approved after reviewing 09/17/2022; accepted for publication 11/11/2022.