

## СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

DOI: 10.24290/1029-3736-2021-27-4-134-156

### СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

**А.В. Лядова**, канд. социол. наук, доц. кафедры современной социологии социологического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова, Ленинские горы, 1, стр. 33, г. Москва, Российская Федерация, 119234\*

*В статье дается анализ социальных детерминант, оказывающих влияние на состояние здоровья в условиях распространения новой коронавирусной инфекции. Автор указывает, что хотя изучение воздействия различных факторов на здоровье общества и индивида достаточно широко представлено в научно-исследовательском дискурсе, тем не менее, в текущей ситуации пандемии данная тема вновь становится актуальной, что обусловлено различиями в уровнях заболеваемости, смертности среди населения стран мира. В этой связи автор, анализируя основные социальные детерминанты здоровья, включая те, которые связаны с проблемой социального неравенства, выделяет факторы, играющие определяющую роль в ситуации распространения новой коронавирусной инфекции. Это: особенности организации и функционирования национальных систем здравоохранения, уровень доступности ресурсов для сохранения своего здоровья, включая доступ к медицинским услугам, уровень информирования населения о рисках нового заболевания, возможностях защиты и профилактики здоровья, степень социального доверия, уровень социальной солидарности, степень цифровой социализации, включающей уровень цифровой грамотности, уровень санитарной грамотности населения, национально-культурные особенности, оказывающие влияние на степень комплаентности индивида, включая восприятие профилактических мер, в частности, вакцинирование. По мнению автора, данные факторы включают как объективные, так и субъективные особенности. Тем не менее, очевидно, что в условиях такого экзистенциального кризиса, каковым можно считать ситуацию, сложившуюся вследствие пандемии новой коронавирусной инфекции, здоровье индивида и общества превращается в феномен социального конструирования, в основе которого лежат факторы внешнего влияния.*

**Ключевые слова:** здоровье как социальный феномен, факторы, детерминирующие здоровье, пандемия новой коронавирусной инфекции.

---

\* Лядова Анна Васильевна, e-mail: annaslm@mail.ru

## SOCIAL INEQUALITY AND HEALTH: THE HISTORICAL AND SOCIOLOGICAL STUDY

**Liadova Anna V.**, PhD in Sociology, Associate Professor, Department of Contemporary Sociology, Faculty of Sociology, Lomonosov Moscow State University, Leninskiye Gory, 1-33, Moscow, Russian Federation, 119234, e-mail: annaslm@mail.ru

*The article examines social determinants, which affect health under the context of the spread of a new coronavirus infection. The author points out that the study of the impact of various factors on the health of society and individual has been quite widely represented in scientific research discourse. There are also different classifications of them. However, in the current situation of a pandemic, this question is again actual because of the differences in the levels of morbidity and mortality among the population around the world. In this regard, based on the analysis of the main social determinants of health, the author defines the factors, which play a determining role in the spread of the new coronavirus infection. They are the following: the features of the organization and functioning of national health systems; the possibility of protecting and preventing health; the degree of social trust; the level of social solidarity; the degree of digital socialization, including the level of digital literacy; the level of health literacy of the population, national and cultural characteristics, which affect a compliance, the perception of preventive measures, in particular, vaccination. According to the author, these factors include both objective and subjective characteristics. But, no less that under the conditions of such a phenomenon, how can one characterize the situation, the current system of a pandemic of a new coronavirus infection, the health of an individual and society turns into a phenomenon of social construction, the mechanism of which is based on factors of external influence.*

**Key words:** *health as a social phenomenon, factors that determine health, pandemic of a new coronavirus infection.*

Пандемия новой коронавирусной инфекции стала глобальным вызовом в новейшей истории человечества. Начавшись в декабре 2019 г. в китайском городе Ухань, эпидемия коронавируса уже к началу весны 2020 г. “перешла границы”, став настоящим бедствием для многих стран на разных континентах. По данным мониторинга Всемирной организации здравоохранения, по состоянию на 27 июня 2021 г. всего в мире выявлено 181 732 108 случаев заболевания коронавирусом, среди которых 166 239 182 человек — выздоровевших, 3 936 216 умерших, 11 556 710 еще остаются в статусе зараженных<sup>1</sup>. В топ-лист стран, среди населения которых насчитывается наибольшее число пострадавших (включая общее количество летальных исходов), вошли такие государства, как США, Индия, Бразилия<sup>2</sup>.

Из анализа данных статистики заболеваемости новой коронавирусной инфекцией по странам очевидны различия и в численности

---

<sup>1</sup> World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard Overview Data Table. URL: <https://covid19.who.int/> (accessed: 27.06.2021).

<sup>2</sup> Ibid.

заболевших и выздоровевших, и в уровне смертности. Так, при достаточно высоком уровне распространения заболевания в Бразилии и США соотношение случаев летальных исходов к общему числу заболевших там не превысило 2,8 и 1,8%, соответственно, в то время, как в Перу, Мексике при значительно меньшем числе заболевших уровень смертности составляет более 9%<sup>3</sup>.

Закономерно возникает вопрос о причинах этих различий. В этой связи в научном и публичном дискурсе актуализировалась тема обусловленности здоровья в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции.

Как известно, для обозначения факторов, оказывающих влияние на здоровье индивида и общества, исследователями применяется термин “детерминанты здоровья”. Согласно определению английских исследователей М. Уайтхед и Дж. Дальгрена, основные детерминанты здоровья представляют совокупность факторов, формирующих среду человека на разных уровнях: на микроуровне — это индивидуальные характеристики: пол, возраст, телосложение, наследственность; на мезоуровне — это влияние социального капитала (социальные и общественные связи), социально-экономических условий жизнедеятельности; и на макроуровне — средовые факторы, включая экологическую обстановку<sup>4</sup>.

Наряду с данным подходом детерминанты здоровья также различают в зависимости от природы их возникновения (на эндогенные (имеющие биологическую природу как порождаемые внутренним состоянием организма) и экзогенные (социально-экономические, средовые, экологические)) и степени управляемости. Если эндогенные факторы имеют объективный характер, то экзогенные, как отмечает российский социолог Н.Г. Осипова, “оказывая прямое воздействие на общественное здоровье, формируются под влиянием и в процессе жизнедеятельности людей, поэтому являются социально конструируемыми”<sup>5</sup>.

Также исследователи, фиксируя различия в воздействии на состояние здоровья, выделяют факторы здоровья и факторы риска<sup>6</sup>. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения,

---

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Dahlgren G., Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, 1991.

<sup>5</sup> Осипова Н.Г. Социальное конструирование общественного здоровья // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2016. Т. 22. № 4. С. 124.

<sup>6</sup> Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика. Монография. Вологда, 2010. С. 104, 124–125.

под понятием риска здоровью подразумеваются факторы, повышающие вероятность неблагоприятных последствий для здоровья<sup>7</sup>. К ним относятся биологические, химические, физические, психические и социальные условия.

По мнению канадского исследователя Д. Оффорда, степень воздействия негативных факторов на здоровье различна по странам и социальным группам, на основании чего их можно разделить на неизменные или “фиксированные”, переменные и причинные<sup>8</sup>. Например, возраст рассматривается как объективный, независимый, эндогенный фактор, обусловленный биологической природой. Однако в зависимости от влияния других условий, социальных, экономических или экологических, возраст может стать как причиной возникновения угрозы здоровью, так и, наоборот, не оказывать значительного воздействия на его состояние, выступая как переменный маркер.

По мнению ряда ученых, в современном социуме существенным становится воздействие экологических факторов риска здоровья, которые способны “активировать” и усиливать роль других негативных причин, например, генетических заболеваний<sup>9</sup>.

Наряду с экологическими факторами риска здоровью для современного социума с повышенным уровнем нестабильности и риска особую актуальность приобретают различного рода стрессоры, оказывающие негативное воздействие на состояние психического здоровья человека<sup>10</sup>.

В целом, согласно классификации, разработанной экспертами Всемирной организации здравоохранения, на состояние здоровья оказывают влияние четыре группы факторов:

- 1) генетические (наследственные);
- 2) образ жизни;
- 3) доступность медицинских услуг;
- 4) состояние окружающей среды<sup>11</sup>.

Рассматривая здоровье как комплексный феномен, формирующийся в процессе взаимодействия человека и окружающей его среды

---

<sup>7</sup> Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO. Geneva, 2015. P. 5.

<sup>8</sup> Offord D.R., Kraemer H. Risk factors and prevention // Evidence-Based Mental Health. 2000. N 3. P. 70–71.

<sup>9</sup> Тагаева Т.О., Гильмундинов В.М. Статистический анализ влияния факторов риска на ухудшение общественного здоровья // Проблемы прогнозирования. 2015. № 1. С. 112.

<sup>10</sup> Психология здоровья: новое научное направление / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб., 2003. С. 31–37.

<sup>11</sup> Solar O., Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva, 2007.



обитания, ученые указывают на связанность всех факторов, участвующих в этом процессе. Так, отношение индивида к своему здоровью является не только отражением его субъективного восприятия, но и формируется под влиянием моделей поведения и установок референтных ему групп, например, семьи, друзей. В то же время и личный опыт, и социальный капитал, в рамках терминологии П. Бурдьё, есть результат воздействия габитуса, который, в свою очередь, отражает особенности общества, его культуры, социально-экономического статуса индивида.

Наряду с этим, рассматривая здоровье не только как комплексную характеристику, но и динамичную конструкцию, следует иметь в виду, что оно подвержено влиянию различных факторов в зависимости от этапов и особенностей развития общества и индивида, отражая их характерные черты в конкретный исторический период. Так, если до первой половины XX столетия ключевым фактором, оказывающим прежде всего негативное влияние, по мнению экспертов, были инфекции, порождаемые как антисанитарными условиями жизни, так и самой средой обитания, то со второй половины прошлого века в процессе улучшения качества жизни, сопровождаемого бурным ростом технологий, мобильности, становлением глобального социума, на “приоритетных позициях” оказались так называемые социальные детерминанты здоровья.

Анализ представленных в литературе определений социальных детерминант здоровья показывает неоднозначность позиций исследователей при их трактовке, что позволило провести типологизацию существующих точек зрения и выделить следующие подходы:

- а) интегративный<sup>12</sup>;
- 2) социально-психологический<sup>13</sup>;
- 3) социально-экономический<sup>14</sup>;
- 4) психологический<sup>15</sup>;
- 5) средовой<sup>16</sup>;

---

<sup>12</sup> *Dahlgren G., Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, 1991.*

<sup>13</sup> *Brunner E., Marmot M. Social organization, stress, and health // Social Determinants of Health / Ed. by M. Marmot, R.G. Wilkinson. Oxford, 1999.*

<sup>14</sup> *Raphael D. Social determinants of health: Canadian perspectives. Toronto, 2009.*

<sup>15</sup> *Najman J.M. A general model of the social origins of health and wellbeing // The Social Origins of Health and Well-Being / Ed. by R. Eckersley, J. Dixon, B. Douglas. Cambridge, 2001. P. 73–82.*

<sup>16</sup> *Hamilton P. The environment & social stress in a traditionally oriented aboriginal society // Cultures in Collision, Australian National Association for Mental Health. Adelalde, 1975.*

- 6) поведенческий<sup>17</sup>;
- 7) концепция жизненных шансов<sup>18</sup>;
- 8) социокультурный<sup>19</sup>.

В рамках каждого из указанных подходов исследователи выделяют наиболее значимые в аспекте влияния на здоровье социальные факторы. Например, в рамках социально-экономической концепции особое внимание уделяется уровню дохода. С позиции социально-психологического подхода наибольшее значение имеет уровень психологического комфорта. Социокультурная теория обращает внимание на значимость вероисповедования, обычаев, ценностных ориентаций как определяющих паттерны поведения в сфере здоровья. В рамках средового подхода указывается важность жилищных условий, условий труда, социального окружения, состояния окружающей среды<sup>20</sup>. Концепция жизненных шансов предлагает в качестве ключевой детерминанты здоровья субъективные особенности поведения в отношении здоровья, определяемые существующими условиями жизни и деятельности индивида. С позиции поведенческого подхода особую значимость приобретает отношение индивида к своему здоровью, что находит отражение в выборе той или иной стратегии в поведении в сфере здоровья, формируя самосохранительную или деструктивную модели<sup>21</sup>. Так, по мнению исследователей, среди базовых факторов здоровья наибольшее значение имеют условия и образ жизни (50–57%)<sup>22</sup>.

---

<sup>17</sup> Антонов А.И. Проблемы изучения самосохранительного поведения населения в демографии // Демографическое поведение и возможности социального воздействия на него в условиях социализма. М., 1986; Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. М., 2006.

<sup>18</sup> Cockerham W.C. Health lifestyle theory // The Wiley-Blackwell Encyclopedia of Social Theory / Ed. by B.S. Turner. N.Y., 2017.

<sup>19</sup> Смолина Т.Л., Мельникова А.А. Представления о здоровье: специфика культурной детерминации // Психологическое здоровье и технологии здоровьесбережения в современной образовательной среде / Под науч. ред. В.М. Голянича. СПб., 2019. С. 263–280; Клейман А. Понятия и модель для сравнения медицинских систем как культурных систем // Социология власти. 2016. Т. 28 (1). С. 208–232.

<sup>20</sup> Прохоров Б.Б., Горшкова И.В., Шмаков Д.И. и др. Общественное здоровье и экономика / Отв. ред. Б.Б. Прохоров. М., 2007.

<sup>21</sup> Кашуркина С.С. Самосохранительное поведение детей и молодежи как социальная проблема. Казань, 2006; Назарова И.Б. Здоровье занятого населения: Монография. М., 2007; Сочнев А.В. Поведенческие факторы здоровья молодежи // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2007. № 1 (6). С. 113–117.

<sup>22</sup> Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. М., 2010; Donkin A., Goldblatt P., Allen J. Global action on social determinants of health // British Medical Journal. 2017. N 4.

В целом, несмотря на имеющиеся различия в рассмотренных подходах к определению тех или иных причин, оказывающих воздействие на здоровье, все они определяют здоровье как социальный конструкт, результат влияния в первую очередь социальных, а не биологических факторов. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, под социальными детерминантами здоровья понимаются “условия, при которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют, включая систему здравоохранения”<sup>23</sup>.

Глобальные исследования воздействия социальных детерминант на здоровье индивида, проведенные в первом десятилетии XXI в. под эгидой Всемирной организации здравоохранения, дали основания считать, что те же факторы, варьируемые в зависимости от социально-экономической и политической конъюнктуры в разных государствах или при сравнении социальных групп внутри одной страны, лежат в основе социального неравенства в отношении здоровья, поскольку они по-разному распределены в обществе<sup>24</sup>. По результатам исследований, проведенных по инициативе Всемирной организации здравоохранения в разных странах в начале XXI в., были выделены следующие факторы, оказывающие определяющую роль при формировании социального неравенства в отношении здоровья: социально-экономические условия (доход, образование, профессия, профессиональная и жилищная среда); глобализация; структурообразующие факторы (неэффективные социальные мероприятия и программы, несправедливые экономические механизмы и нездоровый политический климат); неравномерное распределение медицинской помощи; состояние окружающей среды<sup>25</sup>.

Влияние указанных факторов также различно и обусловлено конкретными условиями функционирования и развития данного общества и государства, что позволяет выделить несколько подходов к их классификации:

а) институциональный, в рамках которого в качестве основного источника социального неравенства в сфере здоровья рассматрива-

---

<sup>23</sup> *Wilkinson R., Marmot M. Social determinants of health: the solid facts. Copenhagen, 2003.*

<sup>24</sup> *Mackenbach J., Bos V., Andersen O., et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries // International Journal of Epidemiology. 2003. Vol. 32. P. 830–837; Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings // The Milbank Quarterly. 2004. Vol. 82. N 1. P. 101–124.*

<sup>25</sup> *World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. URL: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/) (accessed: 02.05.2021).*

ется роль отдельных институтов общества, включая здравоохранение<sup>26</sup>;

б) стратификационный подход, согласно которому социальная стратификация является базовой причиной витального неравенства, так как имеет комплексное и множественное воздействие на состояние здоровья индивида в течение всей его жизни, определяя дифференцированное воздействие рисков на здоровье индивида и уровень доступности необходимых для сохранения здоровья ресурсов<sup>27</sup>;

в) ресурсный подход, в рамках которого в качестве основной причины рассматривается доступность индивиду различных ресурсов для реализации своего потенциала в отношении здоровья<sup>28</sup>;

г) культурно-поведенческий, согласно которому ключевым фактором становится поведение, формируемое на основе отношения к своему здоровью и под влиянием принимаемых индивидом культурных паттернов<sup>29</sup>;

д) психосоциальный подход, согласно которому главным фактором различий в уровне здоровья выступает стресс: сильные эмоциональные переживания могут возникать как ответная реакция при переживании существующих материальных проблем, из-за отсутствия социальной поддержки, ограниченности личностной автономии в профессиональной сфере и других жизненных обстоятельств<sup>30</sup>;

---

<sup>26</sup> Baru R.V., Mohan M. Globalization and neoliberalism as structural drivers of health inequities // Health Resource and Policy System. 2018. N 9. P. 16–91; Mooney G. Neoliberalism is bad for our health // International Journal of Health Service. 2012. N 2 (3). P. 383–401; Navarro V. Neoliberalism and its consequences: the world health situation since Alma Ata // Global Social Policy. 2008. N 8 (2). P. 152–155; Vågerö D. Do health inequalities persist in the new global order? A European perspective // Inequalities of the World: [new theoretical frameworks, multiple empirical approaches]. L., 2006. P. 61–92; Курбанов А.Р., Лядова А.В. Здравоохранение Бразилии: трудный путь к преодолению неравенства // Латинская Америка. 2018. № 9. С. 56–68; Осипова Н.Г. Рыночный фундаментализм как источник глобального социального неравенства // Представительная власть — XXI век. 2018. № 5–6. С. 1–12; Язбек Абдо С. Борьба с неравенством в здравоохранении: синтез опыта и инструментов. М., 2010.

<sup>27</sup> Marmot M. et al. Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England Post 2010 // The Marmot Review. 2010. N 3.

<sup>28</sup> Christopher B., McLeod C., Hall P., Siddiqi A., Hertzman C. How society shapes the health gradient: work-related health inequalities in a comparative perspective // The Annual Review of Public Health. 2012. N 33. P. 59–73; Willson A. Fundamental causes' of health disparities: a comparative analysis of Canada and the United States // International Sociology. 2009. Vol. 24. N 1. P. 93–113.

<sup>29</sup> Morrison H., Power T.G., Nicklas T., Hughes S.O. Exploring the effects of maternal eating patterns on maternal feeding and child eating // Appetite. 2013. Vol. 63. N 1. P. 77–83.

<sup>30</sup> Siegrist J., Marmot M. Health inequalities and the psychosocial environment — two scientific challenges // Social Science & Medicine. 2004. N 58. P. 1463–1473.



е) инвайронментальный подход, в рамках которого подчеркивается, что в современном мире усиливается степень влияния экологических детерминант<sup>31</sup>; так, согласно результатам изучения социального неравенства в отношении здоровья в странах Европейского Союза, около 20% выявленных различий обусловлены именно влиянием экологических условий (уровень загрязнения воздуха, отсутствие зеленых насаждений)<sup>32</sup>.

В целом, из анализа представленных подходов становится очевидно, что предложенные ранее концепции, в рамках которых обосновывается приоритетность среди социальных детерминант здоровья образа жизни индивида, на современном этапе функционирования социума, особенно в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции, требуют уточнения.

Анализ статистических данных распространения новой коронавирусной инфекции в мире, исследований о ситуации в связи с пандемией в разных странах, на наш взгляд, позволяет выявить следующие приоритетные социальные факторы, оказывавшие влияние на состояние здоровья в текущей ситуации: а) особенности организации и функционирования национальных систем здравоохранения, б) уровень доступности ресурсов для сохранения своего здоровья, включая доступ к медицинским услугам, в) уровень информирования населения о рисках нового заболевания, возможностях защиты и профилактики здоровья, г) степень социального доверия, д) уровень социальной солидарности, е) степень цифровой социализации, включающей уровень цифровой грамотности, ж) уровень санитарной грамотности населения, з) национально-культурные особенности, оказывающие влияние на степень комплаентности индивида, включая восприятие профилактических мер, в частности, вакцинирование.

Анализ статистики распространения коронавирусной инфекции в разных странах показывает, что степень распространения вируса является отражением особенностей (сильных и слабых сторон) национальных систем здравоохранения, для которых пандемия, действительно, стала серьезным испытанием.

Очевидно, что в текущих условиях массового распространения ранее неизученной болезни наличие системы охраны здоровья,

---

<sup>31</sup> Jackson R., Dannenberg A., Frumkin H. Health and the built environment: 10 years after // *American Journal of Public Health*. 2013. Sept. N 103 (9). P. 1542–1544; Лядова А.В., Новоселова Е.Н. Социально-экологические риски урбанизации и развитие московской агломерации: сравнительный анализ зарубежного опыта // *Экология и промышленность России*. 2017. Т. 21. № 10. С. 55–61.

<sup>32</sup> Healthy environments: why do they matter, and what can we do? Geneva, 2019.

предлагающей всеобщий охват населения медицинской помощью, что подразумевает обеспечение персоналом и коечным фондом, высокий уровень оснащённости самих клиник, в том числе, внедрение цифровых услуг (телемедицины), что позволяет проводить точное картирование эпидемиологической ситуации в целях прогнозирования и своевременного принятия превентивных мер, даёт явные преимущества тем государствам, в которых национальное здравоохранение функционирует по данному принципу.

В этой связи заслуживают внимания примеры Германии и России. Становление страховой медицины в Германии связано с именем канцлера Германии Отто фон Бисмарка и проведенными под его руководством в 1880-х гг. социальными преобразованиями (1883 г. — “Закон о страховании рабочих на случай болезни” (нем. “Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter”)), согласно которым работники большинства предприятий в случае травм на производстве или при развитии профессионального заболевания получали страховые выплаты по нетрудоспособности, финансирование которых осуществлялось совместно как из взносов самих трудящихся, так и их работодателей. Безусловно, современная система здравоохранения Германии претерпела определенные изменения с тех времен, однако суть ее осталась прежней: страхование как источник финансирования. В современной Германии национальная система здравоохранения является всеобщей, что обеспечивает возможность охвата всего населения медицинской помощью. Согласно данным Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) по состоянию на 2019 г. практически 98% населения Германии покрыто системой медицинского страхования<sup>33</sup>. Необходимость обслуживания такого числа потребителей медицинских услуг требует соответствующего уровня обеспеченности системы и ее оснащённости. Поэтому в Германии достаточно высоки расходы на здравоохранение на душу населения по сравнению с другими странами Европейского Союза. Однако это позволяет государству обеспечивать потребности своих граждан. Так, по показателям обеспеченности медицинскими кадрами и госпитальным фондом Германия лидирует по сравнению с другими европейскими странами такими, как Италия, Франция, Испания. Также следует обратить внимание на организацию системы управления в сфере охраны здоровья, которая имеет трехчленную структуру: на федеральном уровне Министерство здравоохранения отвечает за разработку законов, основных принципов и правил оказания помощи населению; в землях соответствующие структуры

---

<sup>33</sup> European observatory on health systems and policies, Germany: country health profile 2019. P.; Brussels, 2019.

занимаются вопросами планирования и распределения финансов; органы самоуправления, формируемые из участников страховых касс и непосредственно представителей поставщиков медицинских услуг, учитывают потребности данной группы и территории при распределении средств и ресурсов. Также следует отметить настойчивость Германии на пути к цифровизации здравоохранения, в частности, создание сети электронных медицинских карт и баз данных, внедрение телемедицины для мониторинга состояния больных с хроническими заболеваниями.

В России основы национальной системы здравоохранения были заложены еще в начале XX в. в результате реформирования после революции 1917 г. существовавшей в Российской империи системы социального страхования по модели, разработанной Н. Семашко, основанной на принципах всеобщности, равенства, общедоступности, универсальности, которые закреплены и в действующем Законе “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” от 21.11.2011 N 323–ФЗ<sup>34</sup>. Несмотря на активную коммерциализацию российской сферы здравоохранения и внедрение рыночных основ в ее функционирование, в рамках системы обязательного медицинского страхования население обеспечено на бесплатной основе достаточно широким перечнем медицинских услуг, в том числе и высокотехнологичных. В целом, несмотря на имеющиеся недостатки в работе действующей системы здравоохранения в России, она покрывает потребности граждан по поддержанию и сохранению их здоровья. И ситуация с пандемией убедительно это показывает. Как отметил в своем выступлении Президент Российской Федерации В.В. Путин, “наша система может гораздо лучше мобилизоваться для решения общенациональных задач... это касается и лекарственных препаратов, и техники”<sup>35</sup>.

Очевидно, что в условиях пандемии коронавируса социальная страховая система организации охраны и профилактики здоровья населения дает Германии и России явные преимущества по сравнению с европейскими “соседями”.

Особенно этот контраст отмечается при сопоставлении с Италией, где, как видно по данным ВОЗ, ситуация с распространением коронавируса в 2020 г. оказалась гораздо более критичной. В отличие

---

<sup>34</sup> Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323–ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”; Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития. М., 2017.

<sup>35</sup> Российская газета. 2020.02.11. URL: <https://rg.ru/2020/11/02/putin-sravnil-effektivnost-rossijskoj-sistemy-zdravoohraneniia-s-inostrannymi.html> (дата обращения: 15.05.2021).

от Германии, система здравоохранения Италии субсидируется государством. Созданная в 1978 г. Национальная служба здравоохранения Италии, Servizio Sanitario Nazionale, так же как и классический английский вариант государственной модели здравоохранения в рамках проекта, предложенного в 1942 г. бароном У. Бевериджем, была основана на принципе равенства каждого в охране своего здоровья. Однако дальнейшее развитие обусловило ее специфику. Итальянская система здравоохранения хотя и имеет преимущественно государственную основу финансирования, тем не менее, характеризуется децентрализацией управления и разделена на три уровня: национальный, региональный и локальный<sup>36</sup>. Министерство здравоохранения выполняет общую функцию контроля и надзора в сфере соблюдения прав всех граждан на получение медицинской помощи. Кроме того, на национальном уровне определяется бюджет системы, формируемый в рамках целевого налогообложения, и “пакет” государственных медицинских услуг, предоставляемых населению бесплатно. Оказание медицинских услуг курируют региональные и местные службы через локальные медицинские учреждения, как государственные, так и частные. Если в рамках первых население обслуживается бесплатно на основе пакета обязательного медицинского страхования, то обращения в частные медицинские центры финансируются из нескольких источников: средств региона, местных налогов и самих пациентов в зависимости от экономического развития данной территории. В этой связи в рамках единой системы возникает существенный дисбаланс в обеспечении и оснащенности клиник и, как следствие, возможностях населения данного региона получить необходимую помощь. Кроме того, именно местные органы, исходя из потребностей населения, определяют необходимость числа соответствующих специалистов и специализированных отделений. Вследствие чего одна из характерных особенностей здравоохранения Италии — это невысокая численность врачей и среднего медицинского персонала (3,6 и 5,8, соответственно, на 1000 человек в 2017 г.). Данная ситуация объясняется несколькими причинами: а) снижением спроса; б) “утечкой” кадров из-за слабой профессиональной и финансовой мотивации; в) аккумуляцией “хронических” больных, нуждающихся в постоянном наблюдении, в соответствующих центрах (хосписы, дома престарелых); г) общим высоким индексом здоровья населения, в том числе у пожилых итальянцев; д) использованием цифровых технологий для проведения консультаций

---

<sup>36</sup> OECD/European observatory on health systems and policies (2019), Italy: country health profile 2019. P.; Brussels, 2020. URL: <https://doi.org/10.1787/cef1e5cb-en> (accessed: 03.04.2021).



и общих осмотров (внедрение телемедицины). В целом, несмотря на высокий рейтинг системы здравоохранения Италии очевидны ее слабые стороны, обусловленные наличием социального неравенства в обеспеченности населения отдельных регионов медицинской помощью, несбалансированностью в распределении финансов на развитие системы, что мешает широкому внедрению высокотехнологичной медицины, а также нехваткой медицинских ресурсов (как кадров, так и самих учреждений)<sup>37</sup>. Поэтому при таком скоротечном, практически одномоментном, потоке “острых” больных система здравоохранения страны оказалась в состоянии коллапса.

Подобная ситуация сложилась и в соседней Испании, национальная система здравоохранения которой (*Sistema Nacional de Salude, SNS*), во многом схожа с итальянской<sup>38</sup>. В частности, основываясь на общих принципах универсальности, доступности, справедливости, она также предоставляет всеобщее покрытие в рамках системы государственного страхования. Однако наряду с центральным управлением, осуществляемым через Министерство здравоохранения и Межрегиональный Совет, значительную роль в организации системы играют региональные ведомства, участвующие в планировании и распределении медицинских ресурсов. Поэтому уровень обеспеченности и качества медицинских услуг варьируется по регионам. Также сопоставима с итальянской и ситуация по обеспеченности медицинскими кадрами и клиниками, хотя их нехватка и объясняется другими причинами. В частности, в связи с заметным возрастанием среди населения Испании доли пожилых граждан в реформировании системы приоритетным стал отход от стационарной к амбулаторной деятельности или сопровождению “на дому”, что привело к сокращению коечного фонда и, соответственно, учреждений и медицинского персонала<sup>39</sup>. Возможно, именно эти особенности организации медицинской помощи населению наряду с региональным обособлением стали “слабым звеном” в цепочке, приведшей к столь быстрой и критической ситуации с распространением коронавирусной инфекции в Испании в 2020 г.

Рассматривая влияние особенностей организации системы здравоохранения, безусловно, следует отметить и опыт Китая, ко-

---

<sup>37</sup> *Armocida B., Formenti B., Ussai S., Palestra F., Missoni E.* The Italian health system and the COVID-19 challenge // *The Lancet Public Health*. 2020. 25 March.

<sup>38</sup> OECD. Spain: country health profile 2019. P.; Brussels, 2020. URL: <https://doi.org/10.1787/8f834636-en> (accessed: 03.04.2021).

<sup>39</sup> *Legido-Quigley H., Mateos-García J., Campos V., Gea-Sánchez M., Muntaner C., McKee M.* The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic // *Lancet Public Health*. 2020. 18 March.

торый несмотря на высокую долю заболевших и низкую степень исследованности нового вируса, сумел остановить рост смертности и саму эпидемию. Система здравоохранения Китая носит смешанный характер по причине того, что находится в процессе активного реформирования, вызванного крайне неравномерным распределением медицинских ресурсов в рамках существовавшей ранее преимущественно рыночной медицины. Так, по состоянию на 2006 г. только 45% населения Китая было охвачено системой медицинского страхования. Поэтому модернизация системы, предпринятая в 2000-х гг.<sup>40</sup>, была нацелена, прежде всего, на обеспечение равного доступа к услугам здравоохранения. И ее ключевым элементом стало создание сети государственных стационаров за счет бюджетных средств, призванных обеспечить первичной медицинской помощью население всей страны<sup>41</sup>. Безусловно, система этих учреждений недостаточна для охвата потребностей всех граждан. Поэтому наряду с государственными к оказанию медицинских услуг привлекаются и частные предприятия на основе системы кооперативного страхования. Однако государство оставляет за собой контроль не только за качеством оказываемых услуг, но и за ценами на них, а также стоимостью продукции фармацевтических компаний, при этом через систему субсидий сохраняя и экономический интерес частного бизнеса. Особое внимание в рамках реформирования национальной системы здравоохранения было уделено подготовке медицинских кадров, что позволило в три раза увеличить численность персонала, в частности, в первичном звене. Наряду с этим следует отметить ранний переход китайского здравоохранения в цифровую среду, и первым этапом на этом пути стало внедрение электронных медицинских карт, что позволило создать крупнейшую электронную систему эпидемиологического надзора — основу оперативного реагирования и перераспределения ресурсов в соответствии с потребностями<sup>42</sup>. Таким образом, сочетание централизованного управления и контроля с системой гибкого распределения ресурсов можно рассматривать как преимущество системы здравоохранения Китая, что наряду с другими факторами оказалось их силой в борьбе с эпидемией COVID-19.

---

<sup>40</sup> Королев А. Поиски модели медицинского страхования в Китае // Проблемы Дальнего Востока. 2011. № 6. С. 98–117.

<sup>41</sup> Ma X., Wang H., Yang L., Shi L., Liu X. Realigning the incentive system for China's primary healthcare providers // British Medical Journal. 2019. Vol. 365. N 12406. URL: <https://doi.org/10.1136/bmj.l2406> (accessed: 03.04.2021).

<sup>42</sup> Растущий вклад Китая в здравоохранение внутри страны и на мировой арене. Всемирная Организация здравоохранения. URL: <https://www.who.int/dg/speeches/2016/china-contribution-health/ru/> (дата обращения: 03.04.2021).

В результате анализа опыта борьбы с новым заболеванием в Соединенных Штатах Америки, становится очевидно, что одна из причин высокой численности заболевших среди населения — особенность организации оказания медицинской помощи в данной стране. Как известно, система здравоохранения США представляет собой рыночную модель, базирующуюся на добровольном страховании в зависимости от дохода и потребностей<sup>43</sup>. В этой связи даже в условиях эпидемии на весах оказывается жизнь или разорение от счетов страховых кампаний за лечение от коронавирусной инфекции. Так, ресурсы для борьбы с новым заболеванием оказались недоступны расовым меньшинствам: согласно исследованиям уровня смертности среди населения одного из крупнейших городов США, Чикаго, доля заболевших и умерших среди населения сегрегированных кварталов гораздо выше, чем в других районах города. По мнению авторов, причин этому несколько: во-первых, общий низкий уровень состояния здоровья афроамериканцев, преобладание среди них хронических заболеваний. Во-вторых, повышенная уязвимость расовых меньшинств, проживающих в городе, обусловлена их низким материальным статусом, некачественными условиями жизни, распространенностью среди них негативных практик в сфере здоровья<sup>44</sup>. В-третьих, отсутствие центрального управления затрудняет эффективное распределение ресурсов, поэтому возникает дисбаланс в обеспеченности между штатами как медицинским персоналом, так и коечным фондом. Поэтому уже на первых этапах развития эпидемии в Нью-Йорке, крупнейшем мегаполисе страны, возникла острая нехватка всех необходимых для борьбы с эпидемией ресурсов.

В целом, очевидно, что в условиях массовой заболеваемости населения централизованная государственная система здравоохранения имеет неоспоримые преимущества, важнейшими из которых являются единое финансирование и управление. Также, принимая во внимание рост затрат на содержание доступной и качественной медицины, становится очевидной эффективность от участия бизнеса в процессе создания всеобщей системы здравоохранения. Однако государство, привлекая частный капитал как на уровне оказания медицинских услуг, так и на уровне разработки и внедрения новых технологий и создания соответствующих ресурсов, включая фармацевтические, должно осуществлять контроль их качества и стоимости.

---

<sup>43</sup> Gaffney A. America's extreme neoliberal healthcare system is putting the country at risk // The Guardian. 2020. 21 March.

<sup>44</sup> Kim S.J., Bostwick W. Social vulnerability and racial inequality in COVID-19 deaths in Chicago // Health Education & Behavior. 2020. Vol. 47. N 4. P. 509–513.

Следующий важнейший фактор, оказывающий приоритетное воздействие на поведение человека в условиях массового распространения болезни, — это уровень информирования о рисках нового заболевания, возможностях защиты и профилактики здоровья. Учитывая современные возможности коммуникации посредством цифровых технологий, в условиях пандемии КОВИД-19 распространение ложной информации о новом заболевании во многом способствовало росту паники и зачастую необоснованных опасений среди населения. В этой связи в научном и публичном информационном пространстве появился специальный термин “инфодемия”, который означает “переизбыток как онлайн, так и офлайн информации, включающей намеренные попытки распространения ложных сведений в целях срыва ответных мер общественного здравоохранения и продвижения альтернативных групповых или индивидуальных целей”<sup>45</sup>.

Как отмечают исследователи, дезинформация, особенно в социальных сетях, может нанести значительный вред здоровью людей, усиливает стигматизацию<sup>46</sup>. Недостоверные, так называемые “псевдоэкспертные” сведения о возможных рисках способны значительно усилить последствия кризиса, порождают протестные настроения среди населения по отношению к мерам, направленным на борьбу с болезнями, в том числе, вакцинации. Известно, что вакцинация относится к методам вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний и иммунизации населения. Начиная со второй половины XX в. антипрививочные движения стали достаточно популярны. В условиях цифровизации общества они получили еще более широкую поддержку среди населения. Наглядным подтверждением этого может выступать тот факт, что в 2019 г. ВОЗ назвала отказ от прививок одной из десяти глобальных угроз общественному и индивидуальному здоровью<sup>47</sup>. Однако, как показывают исследования

---

<sup>45</sup> Совместное заявление ВОЗ, ООН, ЮНИСЕФ, ПРООН, ЮНЕСКО, ЮНЭЙДС, МСЭ, инициативы ООН “Глобальный пульс” и МФКК. Всемирная организация здравоохранения. URL: <https://www.who.int/ru/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation> (дата обращения: 15.05.2021).

<sup>46</sup> Вершинина И.А., Мартыненко Т.С. Инфодемия COVID-19 // Современное общество в условиях социально-экономической неопределенности. XV Международная научная конференция “Сорокинские чтения”: Сб. мат.-в. М., 2021. С. 543–545; Прончев Г.Б., Шишарина Е.В., Прончева Н.Г. Киберугрозы для современной России в контексте пандемии коронавирусной инфекции // Вопросы политологии. 2021. Т. 11. № 1 (65). С. 74–83.

<sup>47</sup> Десять проблем здравоохранения, над которыми ВОЗ будет работать в 2019 году. Всемирная организация здравоохранения. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019> (дата обращения: 05.05.2021).



особенностей протестных настроений в разных странах, зачастую в их основе лежит не страх перед возможными рисками вакцин для здоровья, а риторика представителей неолиберальных и других социально-политических течений об ущемлении гражданских прав и свобод<sup>48</sup>. Иными словами, происходит подмена смыслов, что имеет серьезные негативные социальные последствия и риски здоровью, в том числе, и для их участников.

Дезинформация оказывает влияние и на уровень социального доверия, и на степень социальной солидарности — еще два фактора, которые детерминируют состояние здоровья в условиях распространения новой коронавирусной инфекции. Вследствие пандемии COVID-19 произошла трансформация существующих социальных институтов и отношений и, как результат, четко проявились признаки системного кризиса в управлении современными обществами и в их развитии. На наш взгляд, одним из таковых является падение уровня социального доверия населения к ключевым социальным институтам и структурам, что подтверждается данными исследования общественного мнения в разных странах. Согласно ежегодному исследованию международного аналитического центра *Edelman*, в 2021 г. в США и Китае выявлено существенное падение социального доверия к институтам власти и медиа<sup>49</sup>.

Исследователи отмечают, что в условиях современного общества, характеризуемого повышенной неопределенностью и рискогенностью (примечание: в этом аспекте пандемия коронавирусной инфекции несет глобальные экзистенциальные риски), социальное доверие выступает и как форма контроля за участниками социального взаимодействия, и как способ редукции социальной сложности и поддержания социетальной функциональности общества<sup>50</sup>, и как “своеобразная смазка общественного механизма”<sup>51</sup>.

Рассматривая социальное доверие как комплексный феномен, формирующийся под влиянием разных факторов, приходишь к выводу, что в условиях современного информационного общества важнейшей предпосылкой поддержания социального доверия ста-

---

<sup>48</sup> Doustmohammadi S., Cherry J.D. The sociology of the antivaccine movement // *Emerging Topics Life Sciences*. 2020. 8 Sep. N 2. P. 241–245.

<sup>49</sup> 2021 Edelman Trust Barometer. URL: <https://www.edelman.com/sites/g/files/aatuss191/files/2021-03/2021%20Edelman%20Trust%20Barometer.pdf>

<sup>50</sup> Luhman N. *Trust and power*. N.Y., 1979; Парсонс Т. *Система современных обществ*. М., 1998.

<sup>51</sup> Фукуяма Ф. *Доверие: социальные добродетели и путь к процветанию*. М., 2004.

новится консонанс реализуемых социальными институтами мер по преодолению различных кризисных явлений в развитии социума с уровнем и содержанием распространяемой среди населения информации о них, о чем уже говорилось в аспекте инфодемии.

Если рассматривать пандемию как глобальную экзистенциальную угрозу, то становится очевидно, что ее преодоление также зависит от уровня социальной солидарности. Согласно мерам, разработанным Всемирной организацией здравоохранения по предотвращению распространения новой инфекции, необходимы ношение средств индивидуальной защиты (масок и перчаток), соблюдение социальной дистанции в общественных местах, своевременное информирование соответствующих служб о признаках заболеваемости, самоизоляция, а также для дальнейшей профилактики — вакцинирование. Очевидно, что данные меры предусматривают активную вовлеченность каждого участника социальных действий в борьбу с COVID-19, что, на наш взгляд, предполагает социальную солидарность. В этой связи становится очевидным, что проживая в современном глобальном коллективе, каждый, по сути, становится участником социального контракта. Как любой договор, он предполагает и соответствующий круг возможностей и обязанностей. Важной представляется необходимость их четкого определения во избежание дискриминации и неравенства.

Следует отметить и влияние степени цифровой социализации индивида, включающей уровень цифровой и санитарной грамотности, на возможности получения доступа к необходимым ресурсам, что особенно актуально для молодежи<sup>52</sup>. Санитарная грамотность — это уровень знаний индивида, определяющий его возможности по поиску и пониманию информации, связанной со здоровьем, необходимой в том числе для принятия решений в отношении здоровья<sup>53</sup>. Цифровая медицинская грамотность требует уникального набора навыков, включая способность находить, анализировать, интегрировать и применять медицинскую информацию в виртуальном пространстве<sup>54</sup>. Как уже отмечалось ранее, пандемия COVID-19 вызвала огромный информационный бум, в первую очередь, в цифровом

---

<sup>52</sup> *Patil U., Kostareva U., Hadley M. et all.* Health literacy, digital health literacy, and COVID-19. Pandemic attitudes and behaviors in U.S. College Students: implications for interventions // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. 23 Mar. Vol. 18. N 6 (3301).

<sup>53</sup> *Berkman N.D., Davis T.C., McCormack L.* Health literacy: what is it? // *Journal of Health Communication*. 2010. Vol. 15. P. 9–19.

<sup>54</sup> *Norman C.D., Skinner H.A.* eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world // *Journal of Medical Internet Research*. 2006. Vol. 8. N 9.

пространстве. Тем не менее, онлайн-каналы коммуникации стали путями распространения различной информации, в том числе фейков и мистификаций. И если люди старшего возраста склонны доверять традиционным формам информирования через телевидение, радио и газеты, то для молодежи центральным источником информации сегодня являются различные цифровые каналы. При этом необходимо иметь в виду, что зачастую эти источники не являются компетентными, отличаются субъективностью. Исследования показывают, что при низком уровне санитарной грамотности обращение к различным цифровым источникам имело негативное влияние на восприятие мер по борьбе с коронавирусной инфекцией среди молодежи<sup>55</sup>.

Также для отдельных социальных групп сохраняют актуальность национально-культурные особенности, оказывающие влияние на степень комплаентности индивида, включая восприятие профилактических мер, в частности, вакцинирование. Так, особенности распространения новой коронавирусной инфекции указывают на необходимость введения ограничений на проведение массовых мероприятий в целях минимизации контактов. Тем не менее, данное требование в ряде стран, к сожалению, оказывается второстепенным по сравнению с правилами религиозных движений, предусматривающих регулярное посещение храмов и участие в службах<sup>56</sup>.

Таким образом, в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции изучение социальных детерминант здоровья приобретает особую актуальность. Их анализ позволяет сделать вывод, что в условиях такого экзистенциального кризиса, каким можно назвать ситуацию, сложившуюся вследствие пандемии новой коронавирусной инфекции, здоровье индивида и общества превращается в феномен социального конструирования, в основе механизма которого лежат такие факторы, как особенности организации и функционирования национальных систем здравоохранения, уровень доступности ресурсов для сохранения своего здоровья, включая доступ к медицинским услугам, уровень информирования населения о рисках нового заболевания, возможностях защиты и профилактики здоровья, степень социального доверия, уровень социальной солидарности, степень цифровой социализации, включающей уровень цифровой грамотности, уровень санитарной грамотности населения, нацио-

---

<sup>55</sup> Patil U., Kostareva U., Hadley M. et all. Health literacy, digital health literacy, and COVID-19...

<sup>56</sup> Why Sub-Saharan Africa needs a unique response to COVID-19. URL: <https://www.weforum.org/agenda/2020/03/why-sub-saharan-africa-needs-a-unique-response-to-covid-19/> (accessed: 16.05.2021); Religion and culture plague Africa's fight against COVID-19. URL: <https://news.cgtn.com/news/2020-04-26/Religion-and-culture-plague-Africa-s-fight-against-COVID-19-PZNaKEiRFe/index.html> (accessed: 16.05.2021).

нально-культурные особенности, оказывающие влияние на степень комплаентности индивида, включая восприятие профилактических мер, в частности, вакцинирование.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Антонов А.И. Проблемы изучения самосохранительного поведения населения в демографии // Демографическое поведение и возможности социального воздействия на него в условиях социализма. М., 1986.

Вершинина И.А., Мартыненко Т.С. Инфодемия COVID-19 // Современное общество в условиях социально-экономической неопределенности. XV Международная научная конференция “Сорокинские чтения”: Сб. мат-в. М., 2021. С. 543–545.

Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида. М., 2006.

Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития. М., 2017.

Кашуркина С.С. Самосохранительное поведение детей и молодежи как социальная проблема. Казань, 2006.

Клейман А. Понятия и модель для сравнения медицинских систем как культурных систем // Социология власти. 2016. Т. 28 (1). С. 208–232.

Королев А. Поиски модели медицинского страхования в Китае // Проблемы Дальнего Востока. 2011. № 6. С. 98–117.

Курбанов А.Р., Лядова А.В. Здравоохранение Бразилии: трудный путь к преодолению неравенства // Латинская Америка. 2018. № 9. С. 56–68.

Лядова А.В., Новоселова Е.Н. Социально-экологические риски урбанизации и развитие московской агломерации: сравнительный анализ зарубежного опыта // Экология и промышленность России. 2017. Т. 21. № 10. С. 55–61.

Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. М., 2007.

Осипова Н.Г. Социальное конструирование общественного здоровья // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2016. Т. 22. № 4. С. 119–141.

Осипова Н.Г. Рыночный фундаментализм как источник глобального социального неравенства // Представительная власть — XXI век. 2018. № 5–6. С. 1–12.

Парсонс Т. Система современных обществ. М., 1998.

Прончев Г.Б., Шишарина Е.В., Прончева Н.Г. Киберугрозы для современной России в контексте пандемии коронавирусной инфекции // Вопросы политологии. 2021. Т. 11. № 1 (65). С. 74–83.

Прохоров Б.Б., Горшкова И.В., Шмаков Д.И. и др. Общественное здоровье и экономика. М., 2007.

Психология здоровья: новое научное направление / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб., 2003. С. 31–37.

Смолина Т.Л., Мельникова А.А. Представления о здоровье: специфика культурной детерминации // Психологическое здоровье и технологии здоровьесбережения в современной образовательной среде / Под науч. ред. В.М. Голянича. СПб., 2019. С. 263–280.

Сочнев А.В. Поведенческие факторы здоровья молодежи // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2007. № 1 (6). С. 113–117.

Тагаева Т.О., Гильмундинов В.М. Статистический анализ влияния факторов риска на ухудшение общественного здоровья // Проблемы прогнозирования. 2015. № 1. С. 105–118.



Фукуяма Ф. Доверие: социальные добродетели и путь к процветанию. М., 2004.

Шабунцова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика. Монография. Вологда, 2010.

Язбек Абдо С. Борьба с неравенством в здравоохранении: синтез опыта и инструментов. М., 2010.

## REFERENCES

Antonov A.I. Problemy izucheniya samosohranitel'nogo povedeniya naseleniya v demografii [Problems of Studying the Self-Preservation Behavior of the Population in Demography] // Demograficheskoe povedenie i vozmozhnosti social'nogo vozdeystviya na nego v usloviyah socializma. M., 1986 (in Russian).

Armocida B., Formenti B., Ussai S., Palestra F., Missoni E. The Italian health system and the COVID-19 challenge // The Lancet Public Health. 2020. 25 March.

Baru R.V., Mohan M. Globalization and neoliberalism as structural drivers of health inequities // Health Resource and Policy System. 2018. N 9. P. 16–91.

Berkman N.D., Davis T.C., McCormack L. Health literacy: what is it? // Journal of Health Communication. 2010. N 15. P. 9–19.

Brunner E., Marmot M. Social organization, stress, and health // Social Determinants of Health / Ed. by M. Marmot, R.G. Wilkinson. Oxford, 1999.

Christopher B., McLeod C., Hall P., Siddiqi A., Hertzman C. How society shapes the health gradient: work-related health inequalities in a comparative perspective // The Annual Review of Public Health. 2012. N 33. P. 59–73.

Cockerham W.C. Health lifestyle theory // The Wiley-Blackwell Encyclopedia of Social Theory / Ed. by B.S. Turner. N.Y., 2017.

Dahlgren G., Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, 1991.

Doustmohammadi S., Cherry J. The sociology of the antivaccine movement // Emerging Topics in Life Sciences. 2020. Vol. 8. N 4 (2). P. 241–245.

Fukuyama F. Доверие: социальные добродетели и путь к процветанию [Trust: Social Virtues and the Path to Prosperity]. M., 2004 (in Russian).

Gaffney A. America's extreme neoliberal healthcare system is putting the country at risk // The Guardian. 2020. 21 Mar.

Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO. 2015. N 3.

Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings // The Milbank Quarterly. 2004. Vol. 82. N 1. P. 101–124.

Healthy environments: why do they matter, and what can we do? Geneva, 2019.

Jackson R., Dannenberg A., Frumkin H. Health and the built environment: 10 years after // American Journal of Public Health. 2013. N 103 (9). P. 1542–1544.

Kashurkina S.S. Samosohranitel'noe povedenie detej i molodezhi kak social'naya problema [Self-preservation behavior of children and youth as a social problem]. Kazan', 2006 (in Russian).

Kim S.J., Bostwick W. Social vulnerability and racial inequality in COVID-19 deaths in Chicago // Health Education & Behavior. 2020. N 47 (4). P. 509–513.

Klejman A. Ponyatiya i model' dlya sravneniya medicinskih sistem kak kul'turnyh system [Concepts and model for comparing medical systems as cultural systems] // Sociologiya vlasti. 2016. T. 28 (1). S. 208–232 (in Russian).

Korolev A. Poiski modeli medicinskogo strahovaniya v Kitae [Search for a model of health insurance in China] // Problemy Dal'nego Vostoka. 2011. N 6. S. 98–117 (in Russian).

*Kurbanov A.R., Lyadova A.V.* Zdravoohranenie Brazili: trudnyj put' k preodoleniyu neravenstva [Healthcare in Brazil: The Difficult Path to Overcoming Inequality] // *Latinskaya Amerika*. 2018. N 9. S. 56–68 (in Russian).

*Legido-Quigley H., Mateos-García J., Campos V., Gea-Sánchez M., Muntaner C., McKee M.* The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic // *Lancet Public Health*. 2020. 18 March.

*Luhman N.* Trust and power. N.Y., 1979.

*Lyadova A.V., Novoselova E.N.* Social'no-ekologicheskie riski urbanizacii i razvitie moskovskoj aglomeracii: sravnitel'nyj analiz zarubezhnogo opyta [Socio-ecological risks of urbanization and the development of the Moscow agglomeration: a comparative analysis of foreign experience] // *Ekologiya i promyshlennost' Rossii*. 2017. T. 21. N 10. S. 55–61 (in Russian).

*Ma X., Wang H., Yang L., Shi L., Liu X.* Realigning the incentive system for China's primary healthcare providers // *British Medical Journal*. 2019. 21 Jun.

*Mackenbach J., Bos V., Andersen O., et al.* Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries // *International Journal of Epidemiology*. 2003. Vol. 32. P. 830–837.

*Mooney G.* Neoliberalism is bad for our health // *International Journal of Health Service*. 2012. N 2 (3). P. 383–401.

*Morrison H., Power T.G., Nicklas T., Hughes S.O.* Exploring the effects of maternal eating patterns on maternal feeding and child eating // *Appetite*. 2013. Vol. 63 (1). P. 77–83.

*Navarro V.* Neoliberalism and its consequences: the world health situation since Alma Ata // *Global Social Policy*. 2008. N 8 (2). P. 152–155.

*Nazarova I.B.* Zdorov'e zanyatogo naseleniya [Employed health]. M., 2007 (in Russian).

*Norman C.D., Skinner H.A.* eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world // *Journal of Medical Internet Research*. 2006. N 8.

*Offord D.R., Kraemer H.* Risk factors and prevention // *Evidence-Based Mental Health*. 2000. N 3. P. 70–71.

*Osipova N.G.* Social'noe konstruirovaniye obshchestvennogo zdorov'ya [Social construction of public health] // *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 18. Sociologiya i politologiya*. 2016. T. 22. N 4. S. 119–141 (in Russian).

*Osipova N.G.* Rynochnyj fundamentalizm kak istochnik global'nogo social'nogo neravenstva [Market fundamentalism as a source of global social inequality] // *Predstavitel'naya vlast' — XXI vek*. 2018. N 5–6. S. 1–12 (in Russian).

*Parsons T.* Sistema sovremennykh obshchestv [System of modern societies]. M., 1998 (in Russian).

*Patil U., Kostareva U., Hadley M., et al.* Health literacy, digital health literacy, and COVID-19. Pandemic attitudes and behaviors in U.S. College Students: implications for interventions // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. Vol. 18. N 6.

*Prohorov B.B., Gorshkova I.V., Shmakov D.I. i dr.* Obshchestvennoe zdorov'e i ekonomika [Public health and economy]. M., 2007 (in Russian).

*Pronchev G.B., Shisharina E.V., Proncheva N.G.* Kiberugrozy dlya sovremennoj Rossii v kontekste pandemii koronavirusnoj infekcii [Cyber Threats for Modern Russia in the Context of the Coronavirus Pandemic] // *Voprosy politologii*. 2021. T. 11. N 1 (65). S. 74–83 (in Russian).

*Psihologiya zdorov'ya: novoe nauchnoe napravleniye* [Health psychology: a new scientific direction] / Pod red. G.S. Nikiforova. SPb., 2003. S. 31–37 (in Russian).

*Shabunova A.A.* Zdorov'e naseleniya v Rossii: sostoyanie i dinamika: Monografiya [Public health in Russia: state and dynamics: Monograph]. Vologda, 2010 (in Russian).

*Siegrist J., Marmot M.* Health inequalities and the psychosocial environment — two scientific challenges // *Social Science & Medicine*. 2004. N 58. P. 1463–1473.

*Smolina T.L., Mel'nikova A.A.* Predstavleniya o zdorov'e: specifika kul'turnoj determinacii [Ideas about health: the specificity of cultural determination] // *Psihologicheskoe zdorov'e i tekhnologii zdorov'esberezheniya v sovremennoj obrazovatel'noj srede* / Pod nauch. red. V.M. Golyanicha. SPb., 2019. S. 263–280 (in Russian).

*Sochnev A.V.* Povedencheskie faktory zdorov'ya molodezhi [Behavioral factors of youth health] // *Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. N.I. Lobachevskogo*. 2007. N 1 (6). S. 113–117 (in Russian).

*Solar O., Irwin A.* A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva, 2007.

*Tagaeva T.O., Gil'mundinov V.M.* Statisticheskij analiz vliyaniya faktorov riska na uhudshenie obshchestvennogo zdorov'ya [Statistical analysis of the influence of risk factors on the deterioration of public health] // *Problemy prognozirovaniya*. 2015. N 1. S. 105–118 (in Russian).

*Vågerö D.* Do health inequalities persist in the new global order? A European perspective // *Inequalities of the World: [New Theoretical Frameworks, Multiple Empirical Approaches]*. L., 2006. P. 61–92.

*Vershinina I.A., Martynenko T.S.* Infodemiya COVID-19 [COVID-19 infodemic] // *Sovremennoe obshchestvo v usloviyah social'no-ekonomicheskoy neopredelenosti*. XV Mezhdunarodnaya nauchnaya konferenciya "Sorokinskie chteniya": Sb. mat–v. M., 2021. S. 543–545 (in Russian).

*Yazbek Abdo S.* Bor'ba s neravenstvom v zdavoohranenii: sintez opyta i instrumentov [Tackling inequalities in health care: a synthesis of experience and tools]. M., 2010 (in Russian).

*Zdravoohranenie: sovremennoe sostoyanie i vozmozhnye scenari razvitiya* [Healthcare: current state and possible development scenarios]. M., 2017 (in Russian).

*Zhuravleva I.V.* Otnoshenie k zdorov'yu individa [Attitude towards the health of the individual]. M., 2006 (in Russian).