

ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ

О.А. КИСЛИЦЫНА

доктор экономических наук, главный научный сотрудник
ФГБУН Институт экономики РАН

ОТНОШЕНИЕ РОССИЯН К РОЛИ ГОСУДАРСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В статье рассматриваются взгляды россиян на роль государства в обеспечении и финансировании услуг здравоохранения и на успешность деятельности правительства в этой сфере, выявляется изменение общественного мнения с течением времени, исследуется взаимосвязь между позицией россиян и их принадлежностью к различным возрастным группам и социальным категориям, их индивидуальными характеристиками. Анализ опросов, проведенных в 2006 и 2016 г. в рамках Международной программы социальных исследований (ISSP), показывает, что, несмотря на то, что за десятилетний период (2006–2016 гг.) поддержка населением роли государства в обеспечении и финансировании медицинской помощи уменьшилась, и значительная часть опрошенных недовольна действиями правительства в обеспечении лечения больных, большинство россиян по-прежнему поддерживают вовлечение государства в сферу здравоохранения. Выявлены индивидуальные характеристики, связанные с отношением россиян к роли государства в оказании медицинской помощи.

Ключевые слова: здравоохранение, общественное мнение, государственное финансирование, государственные услуги, ответственность правительства, Международная программа социальных исследований, Россия.

УДК: 316.4, 336.5

EDN: AUFPPV

DOI: 10.52180/2073-6487_2024_2_7_30

Введение

Обеспечение социального благополучия является одной из основных задач любого правительства. Государственное содействие играет важную роль в решении этой задачи. Оно может включать в себя различные меры и программы, направленные на поддержку населения, на обеспечение равных возможностей для всех граждан в доступе к качественным услугам, на социальную защиту определенных категорий населения, на борьбу с бедностью. Государственная поддержка может проявляться через такие меры, как социальные пособия,

пенсии, медицинская помощь, образование, жилищные программы, помощь малоимущим семьям и другие социальные программы. Она также может включать в себя регулирование рынка труда, защиту прав работников, контроль за условиями труда и обеспечение социального диалога между работодателями и работниками.

Однако роль правительства в содействии социальному благополучию часто является предметом споров среди политиков, экономистов и граждан. В то время как некоторые считают, что государство должно взять на себя ответственность за обеспечение услугами всех граждан, вне зависимости от уровня их состоятельности или социального статуса, другие утверждают, что правительство должно ограничить свое участие в программах социальной поддержки, оставляя большую часть обязанностей по обеспечению социальных стандартов на индивидуумах и на частном секторе.

В последнее время в литературе увеличивается интерес к изучению отношения населения к роли правительства (государства) в обеспечении социального благополучия. Было проведено множество исследований для проверки различных гипотез о том, почему определенные сообщества или социальные группы с большей или меньшей вероятностью поддерживают ту или иную государственную социальную политику (например: [5; 9; 17; 19; 23; 25]). Эти работы в основном направлены на изучение статистических материалов и данных различных обследований, проводившихся в экономически развитых странах Запада, где помимо различий в общественных взглядах на социальную политику внутри конкретных стран, изучались различия общественных предпочтений между этими странами.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что отношение населения к функции государства, осуществляющего социальную политику, отличается в разных странах. Это объясняется в том числе влиянием специфических для каждой страны экономических интересов и опыта социализации [4]. В России отношение общества к роли государства в сфере социальной политики недостаточно изучено (среди немногих исследований можно выделить, например: [3; 29]).

На индивидуальном уровне различия в отношении людей к социальной политике государства объясняют две основные теории – личный интерес и идеология [5; 7; 8].

Согласно теории личного интереса, люди, принимая решение о том, какую политику поддерживать, в первую очередь исходят из того, получат ли они личную пользу от этой политики или нет [21]. Эта выгода может выражаться в форме социальной помощи или уплаты более низких налогов [4]. Люди с меньшей вероятностью поддержат политику, причиняющую им финансовый ущерб или влекущую ситуацию, при которой экономические потери перевешивают социальные выгоды [6].

Теория личного интереса предполагает наличие прямой связи между положением людей в структуре общества и их отношением к политике, которое определяется различной степенью риска. Как правило, люди с более высоким положением (высокие социальный, профессиональный статус, доход, образование) меньше заинтересованы в щедром государстве всеобщего благосостояния, чем люди с более слабой позицией, подвергающиеся более высокому риску стать зависимыми от государственного социального обеспечения [26]. Некоторые исследователи подвергают критике теорию личного интереса, как слишком упрощенную [16]. В качестве альтернативы предлагается теория политической идеологии, согласно которой люди поддерживают политику государства не только из собственных интересов, но и потому, что они придерживаются определенных политических принципов и ценностей, включая, например, эгалитаризм [7], гуманизм [12] и т. д. Хотя в нескольких работах обе теории проверялись одновременно, дебаты о том, какая теория наиболее важна, продолжаются.

Большинство существующих исследований общественных взглядов на роль правительства сосредоточено на программах социального обеспечения в целом, в которых сфера здравоохранения обычно отдельно не выделяется [31]. Остается не совсем понятным, насколько применимы результаты этих исследований по отношению к роли государства в сфере оказания медицинской помощи. Поэтому представляется интересным выяснить оценку населением роли правительства в сфере здравоохранения, тем более что здравоохранение остается краеугольным камнем социальной политики. Опросы общественного мнения во многих странах, в том числе и в России, показывают, что здоровье является одним из главных приоритетов и самой важной характеристикой качества жизни (например: [1; 13]).

Важный вопрос касается того, как меняется со временем отношение россиян к роли государства в обеспечении социального благополучия в целом, и в сфере здравоохранения в частности. По этому вопросу, на основании существующей литературы [29], можно выдвинуть две противоположные гипотезы. С одной стороны, можно ожидать, что россияне будут относиться более скептически, поскольку теперь они получают услуги и поддержку более низкого качества, чем раньше. С другой стороны, в качестве ответа на сокращение государственных расходов на социальное обеспечение россияне могут активнее поддерживать роль государства в обеспечении социального благополучия, потому что они считают это необходимым для улучшения его будущих показателей. Одни европейские исследования демонстрируют, что общественная поддержка роли государства в обеспечении социального благополучия остается стабильной на протяжении долгого времени, другие, напротив, свидетельствуют о том, что она склонна

меняться – становиться более позитивной (или более негативной) [29]. Например, в Латвии наблюдается снижение общественной поддержки политики социального обеспечения за последние 20 лет [22]. В Китае, напротив, расширение системы социального обеспечения привело к росту поддержки роли государства в этой сфере [8].

Цель данного исследования заключается в том, чтобы восполнить существующие на сегодняшний день пробелы в научных работах по вопросам отношения населения к роли государства в социальной политике, в том числе: 1) рассмотреть взгляды россиян на роль государства в обеспечении и финансировании услуг здравоохранения, успешность правительства в этой сфере; 2) выявить изменение этих взглядов с течением времени; 3) исследовать взаимосвязь между убеждениями россиян и их индивидуальными характеристиками.

Данные и методы

Информационная база исследования – Международная программа социальных исследований (International Social Survey Programme (ISSP)) [28]. ISSP является непрерывной ежегодной программой международного сотрудничества, охватывающей темы, важные для исследовательских работ в области социальных наук с 1984 г. ISSP рассматривается как надежный источник информации и широко используется экономистами, социологами и политологами. Данные опросов, проанализированных в этой статье, были собраны в 2006 и 2016 г. (крайние доступные для оценки роли правительства) и охватили в России в общей сложности 2334 и 1576 респондентов в возрасте от 18 лет (соответственно годам проведенных опросов).

В качестве зависимых переменных использовались ответы на три вопроса, касающиеся отношения россиян к роли правительства в здравоохранении.

Первый вопрос касался обязанностей правительства. Респондентам предложили высказать свое мнение: «Должно или не должно быть обязанностью правительства оказывать медицинскую помощь больным?». Ответы включали: «Определенно не должно» (перекодирован как 1), «Наверное, не должно» (2), «Наверное, должно» (3) и «Определенно должно» (4).

Второй вопрос касался государственных расходов на здравоохранение. Респондентов спросили: «Хотите ли вы, чтобы государственные расходы были больше или меньше?». Ответы включали пять категорий: «Намного меньше» (перекодирован как 1), «Меньше» (2), «Так же, как и раньше» (3), «Больше» (4) и «Намного больше» (5).

Третий вопрос имел отношение к эффективности правительства. Участников обследования спросили: «Насколько успешно, по вашему

мнению, правительство в вашей стране в настоящее время занимается оказанием медицинской помощи больным?». Возможные варианты ответов включали: «Очень неуспешно» (перекодирован как 1), «Не вполне успешно» (2), «Ни успешно, ни неуспешно» (3), «Вполне успешно» (4) и «Очень успешно» (5).

Зависимые переменные являются порядковыми: более высокие баллы указывают на большую ответственность правительства в оказании медицинской помощи больным, большую поддержку государственного вмешательства в финансирование здравоохранения и большую эффективность правительства в оказании медицинской помощи.

Независимые переменные были выбраны на основе теоретического анализа ранее опубликованной научной литературы. Демографические переменные включали: пол (мужской/женский); возраст (18–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60 и старше); семейное положение (состоящие в браке (зарегистрированном и незарегистрированном)/(одинокие (никогда не состоявшие в браке, вдовы, разведенные)); тип поселения (большой город и его пригороды/ небольшой город и поселки городского типа/ село, деревня, хутор).

В соответствии с уровнем образования респонденты были распределены по трем группам: те, кто имеет среднее общее образование или ниже, вошли в первую группу; имеющие начальное или среднее профессиональное образование или неполное высшее были отнесены ко второй группе; а имеющие высшее профессиональное образование или выше составили третью группу. Информация о социально-экономическом статусе респондентов была получена из ответа на вопрос о том, какое, по их мнению, они занимают положение в обществе, измеряемое по десятибалльной шкале, где 1 означает низкое, а 10 – высокое социальное положение. Тип занятости включал следующие категории: занятые в государственном секторе; занятые в частном секторе; неработающие пенсионеры; незанятые.

Уровень религиозности респондентов, как характеристика ценностных убеждений, измерялся с помощью вопроса о частоте посещения религиозных служб и сгруппирован в три категории: регулярно посещающие – посещающие службы один раз в месяц или чаще; редко посещающие – посещающие церковь менее одного раза в год; никогда не посещающие. Необходимо отметить, что представители некоторых редких для нашей страны религиозных конфессий (буддисты, индуисты и т. п.) могут попасть в группу никогда не посещающих религиозные службы, несмотря на их религиозность. Но число таких респондентов крайне мало (менее 1%), поэтому они не могут оказать заметного влияния на результат.

Идеология участников обследования была определена с помощью двух аспектов. Первый касался политических предпочтений и был осно-

ван на ответе на вопрос о том, за какую партию респонденты голосовали на последних выборах. В 2006 г. голосовавшие за «КПРФ» и «Аграрную партию России» представляли имеющих левые взгляды; выбравшие «Партию пенсионеров/Российскую партию пенсионеров за социальную справедливость», «Яблоко», «Российскую экологическую партию «Зеленые»», «Народную партию РФ», «Российскую партию жизни», «Родину» относились к левоцентристам; отдавшие свой голос за «Союз правых сил», «Единую Россию» – к правоцентристам; «ЛДПР» – к правым. В 2016 г. те, кто голосовал за «КПРФ» или за «Патриотов России», были отнесены к левым; отдавшие свое предпочтение «Справедливой России» или «Яблоку» – к левоцентристам; голосовавшие за «Единую Россию» или за «Демократический выбор» были рассмотрены как имеющие правоцентристские взгляды; и, наконец, к правым были отнесены голосовавшие за «ЛДПР». Были созданы две фиктивные переменные: «Левая политическая принадлежность» кодируется как 1, если респонденты голосовали за «левых» или за «левоцентристов»; и «правая политическая принадлежность» кодируется как 1, если респонденты голосовали за «правых» или за «правоцентристов». Второй аспект касался выбора респондентами политики эгалитаризма как основы организации социальной жизни. Они, в свою очередь, считают, что государство должно быть («вероятно» или «точно») ответственным за снижение различий в доходах между бедными и богатыми.

В связи с тем, что зависимые переменные являются порядковыми, т. е. ранжируются в определенном диапазоне (например, от 1 до 5), статистический анализ проведен с помощью порядковых моделей логистической регрессии.

Результаты

В табл. 1 представлено мнение респондентов, участвующих в опросах по части обязанности правительства оказывать медицинскую помощь больным. Подавляющее большинство россиян (95,1%) в 2016 г. считало, что правительство должно нести ответственность за оказание медицинской помощи («наверное» (31,0%) и «определенно» (64,1%)). При этом за десять лет доля респондентов, признающих обязанность правительства, немного уменьшилась (на 3,3%), а доля тех, кто отрицает участие правительства в обеспечении медицинской помощи, напротив, выросла на такую же величину (с 1,6% в 2006 г. до 4,9% в 2016 г.).

В табл. 2 показано распределение опрошенных респондентов по их отношению к расходам правительства на здравоохранение. В 2016 г. почти три четверти россиян (75,3%) считали, что правительство должно тратить «больше» (46,9%) и «намного больше» (28,4%) на здравоохранение. Пятая часть респондентов (21,8%) хотела сохранить тот же объем

Таблица 1

В целом, как вы думаете, должно или не должно быть обязанностью правительства оказывать медицинскую помощь больным? (%)

Ответы	2006 г.	2016 г.
Определенно не должно	0,1	1,7
Наверное, не должно	1,5	3,2
Наверное, должно	22,0	31,0
Определенно должно	76,4	64,1
Итого	100,0	100,0

Источник: расчеты автора.

Таблица 2

Хотите ли вы, чтобы государственные расходы на здравоохранение были больше или меньше? (%)

Ответы	2006 г.	2016 г.
Намного меньше	0,3	0,5
Меньше	0,9	2,5
Столько же	9,3	21,8
Больше	41,5	46,9
Намного больше	48,0	28,4
Итого	100,0	100,0

Источник: расчеты автора.

государственных расходов. Это может свидетельствовать о том, что они более удовлетворены текущим состоянием здравоохранения или имеют другие проблемы, которые, по их мнению, вызывают большую общественную озабоченность. Произошедшие за десять лет изменения во взглядах россиян очевидны. Доля респондентов, полагающих, что государство должно тратить на здравоохранение «намного больше», существенно снизилась (с 48% в 2006 г. до 28,4% в 2016 г.), увеличилась доля тех, кто хочет сохранить такой же уровень финансирования (с 9,3 до 21,8%).

Табл. 3 представляет распределение общественного мнения относительно успешной работы правительства по оказанию медицинской помощи больным. Отношение респондентов скорее негативное, чем позитивное. В 2016 г. почти половина (48,9%) участников опроса считали, что правительство действовало «очень неуспешно» (12,2%) или «не вполне успешно» (36,6%), а чуть меньше пятой части (17,8%) оценивали действия правительства как успешные («очень» (2,1%) или «вполне» (15,7%)). При этом в 2016 г. по сравнению с 2006 г. мнение

россиян в отношении действий правительства по оказанию медицинской помощи больным немного улучшилось: доля положительных оценок увеличилась с 13,4 до 17,8%.

Таблица 3

Насколько успешно, по вашему мнению, правительство в настоящее время занимается оказанием медицинской помощи больным? (%)

Ответы	2006 г.	2016 г.
Очень неуспешно	21,0	12,2
Не вполне успешно	37,0	36,6
Ни успешно, ни неуспешно	28,6	33,4
Вполне успешно	10,1	15,7
Очень успешно	3,3	2,1
Итого	100,0	100,0

Источник: расчеты автора.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что большинство россиян выступает за государственное участие в сфере здравоохранения. Если обратиться к литературе, то можно сделать вывод о том, что в постсоциалистических странах люди склонны в большей степени поддерживать государственную политику социального обеспечения по сравнению с респондентами из западных стран (например: [19]), что, возможно, объясняется неадекватностью государственных услуг и неблагоприятным материальным положением, которые по-прежнему остаются проблемами, часто встречающимися во многих постсоциалистических странах [22].

Однако за период 2006–2016 гг. поддержка государственного вмешательства в политику здравоохранения несколько снизилась. Подобные результаты получены в исследованиях общественного отношения к социальной политике правительства в целом, например, в Латвии [22]. Эти изменения, возможно, связаны с трансформацией социальных норм: люди подстраиваются под изменения, становятся более приверженными принципам свободного рынка и индивидуальной ответственности за свое здоровье. Сокращение поддержки государственного вмешательства в политику здравоохранения также может быть обусловлено снижением доверия к государству и его способности эффективно регулировать эту отрасль.

Россия относится к числу стран с низким доверием населения к системе здравоохранения [2; 32]. Экономические факторы могут играть свою роль: увеличение расходов на здравоохранение может вызвать опасения по поводу финансовой устойчивости государства, возможного повышения налогов и сборов для финансирования государственных программ. В качестве еще одной причины можно назвать

вероятные улучшения, произошедшие в системе здравоохранения. Прогресс в медицинских технологиях (например, появление новых и более эффективных методов лечения и лекарств) способен изменить восприятие людей о необходимости государственного регулирования здравоохранения, т. к. можно будет больше полагаться на инновации, чем на государственные программы. В пользу последней причины снижения поддержки государственного вмешательства в политику здравоохранения говорит небольшое увеличение за рассматриваемый период доли тех россиян, которые полагают, что правительство успешно занимается оказанием медицинской помощи больным. Хотя в целом оценка населением успехов правительства в сфере здравоохранения остается негативной. Исследования показывают, что страны Восточной Европы демонстрируют не только требования более сильного государственного вмешательства, но и более низкий уровень удовлетворенности деятельностью правительства по сравнению с Западной Европой [18; 23].

В табл. 4 и 5 представлены результаты многомерной порядковой логистической регрессии отношения населения к политике правительства в сфере здравоохранения в 2006 и в 2016 г. соответственно.

Обязанность правительства обеспечивать медицинскую помощь больным

В 2006 г. (см. табл. 4) мнение россиян об обязанности правительства обеспечивать медицинскую помощь больным связано с такими факторами, как тип поселения, религиозность и предпочтение, отдаваемое эгалитарной политике. Жители сельской местности ($OR=1,63$ $CI:1,21-2,21$), выбирающие эгалитарную политику ($OR=3,11$ $CI:2,39-4,04$), чаще высказывались в пользу ответственности правительства за предоставление медицинской помощи больным. Религиозность, напротив, связана с вероятностью того, что человек не поддерживает обязанность правительства в сфере здравоохранения ($OR=0,64$ $CI:0,44-0,93$ для регулярно посещающих и $OR=0,76$ $CI:0,60-0,97$ для редко посещающих службы).

Через десять лет, в 2016 г. (см. табл. 5), религиозность утратила статистически значимую связь с отношением к обязанностям правительства в обеспечении медицинской помощи больным. По-прежнему важными остаются тип поселения и предпочтение, отдаваемое эгалитарной политике. Новые факторы, которые в 2016 г. предполагают активную роль правительства в здравоохранении, включали возраст, семейное положение, социально-экономический статус. Состоящие в браке ($OR=1,60$ $CI:1,25-2,04$), проживающие в маленьком городе ($OR=1,33$ $CI:1,00-1,77$) или в сельской местности ($OR=1,68$ $CI:1,23-2,28$), предпочитающие эгалитарную политику ($OR=4,09$ $CI:2,97-5,63$) с большей вероятностью были сторонниками ответственности правительства в сфере здравоохранения. Респонденты среднего возраста (40–49 лет) ($OR=0,67$ $CI:0,46-0,99$) с высоким социальным статусом ($OR=0,91$ $CI:0,84-0,98$) реже поддерживали обязанность правительства обеспечивать медицинскую помощь больным.

**Порядковая логистическая регрессия отношения населения
к политике правительства в сфере здравоохранения в 2006 г.:
коэффициенты шансов (OR)
с 95%-ми доверительными интервалами (CI)**

	%	Обязанность правительства		Расходы правительства		Успешность правительства	
		OR	CI	OR	CI	OR	CI
Пол							
женщины	61,4	1,03	(0,82–1,30)	1,05	(0,87–1,26)	1,13	(0,94–1,35)
мужчины	38,6	1		1		1	
Возраст							
18–29	24,7	1		1		1	
30–39	17,1	1,03	(0,74–1,43)	1,01	(0,76–1,33)	0,78	(0,60–1,01)
40–49	17,9	1,21	(0,86–1,71)	1,01	(0,76–1,34)	0,57***	(0,43–0,74)
50–59	18,0	1,41	(0,98–2,02)	1,20	(0,90–1,61)	0,63***	(0,48–0,83)
60 и старше	22,3	1,30	(0,78–1,18)	1,54*	(1,03–2,31)	0,66*	(0,45–0,97)
Уровень образования:							
низкий	38,2	0,95	(0,70–1,29)	0,92	(0,72–1,18)	1,24	(0,98–1,58)
средний	40,1	1,09	(0,82–1,43)	1,01	(0,80–1,27)	1,11	(0,90–1,38)
высокий	21,7	1		1		1	
Семейное положение							
в браке	47,2	1,07	(0,86–1,34)	1,14	(0,95–1,36)	0,95	(0,80–1,12)
одинокие	52,8	1		1		1	
Занятость							
занятые в государственном секторе	23,0	0,72	(0,52–1,02)	1,21	(0,92–1,60)	0,85	(0,66–1,11)
занятые в частном секторе	34,1	0,87	(0,63–1,18)	1,20	(0,93–1,54)	0,87	(0,68–1,10)

	%	Обязанность правительства		Расходы правительства		Успешность правительства	
		OR	CI	OR	CI	OR	CI
пенсионеры	23,7	1,17	(0,71–1,95)	1,11	(0,75–1,63)	0,70	(0,49–1,01)
незанятые	19,2	1		1		1	
Тип поселения							
большой город	56,6	1		1		1	
маленький город	22,7	1,15	(0,88–1,50)	1,18	(0,95–1,47)	1,10	(0,90–1,34)
село	20,7	1,63***	(1,21–2,21)	0,91	(0,73–1,13)	0,84	(0,68–1,04)
Социально-экономический статус	Mean 4,760	0,96	(0,90–1,02)	0,99	(0,94–1,04)	1,12**	(1,06–1,17)
Религиозность							
регулярно посещающие службы	10,1	0,64*	(0,44–0,93)	1,15	(0,83–1,60)	1,59***	(1,18–2,14)
редко посещающие	53,9	0,76*	(0,60–0,97)	1,06	(0,88–1,28)	1,15	(0,96–1,37)
никогда не посещающие	36,0	1		1		1	
Политические взгляды							
левые	12,9	0,92	(0,65–1,32)	1,12	(0,84–1,49)	1,10	(0,84–1,43)
правые	30,7	0,94	(0,74–1,21)	0,76**	(0,63–0,93)	1,15	(0,96–1,39)
Предпочтение концепции эгалитаризма							
да	85,9	3,11***	(2,39–4,04)	1,47***	(1,16–1,87)	0,63***	(0,50–0,79)
нет	14,1	1		1		1	

Значимость *** $P < 0,001$; ** $P < 0,01$; * $P < 0,05$.

Источник: расчеты автора.

**Порядковая логистическая регрессия отношения населения
к политике правительства в сфере здравоохранения в 2016 г.:
коэффициенты шансов (OR)
с 95%-ми доверительными интервалами (CI)**

	%	Обязанность правительства		Расходы правительства		Успешность правительства	
		OR	CI	OR	CI	OR	CI
Пол							
женщины	54,9	1,22	(0,95–1,56)	1,22	(0,99–1,52)	0,99	(0,80–1,22)
мужчины	45,1	1		1		1	
Возраст							
18–29	23,8	1		1		1	
30–39	35,5	0,76	(0,55–1,06)	0,97	(0,73–1,30)	0,78	(0,59–1,04)
40–49	20,2	0,67*	(0,46–0,99)	1,01	(0,72–1,42)	0,69*	(0,50–0,97)
50–59	12,7	1,43	(0,81–2,51)	1,56	(0,96–2,53)	0,33***	(0,21–0,52)
60 и старше	7,9	1,98	(0,98–4,02)	1,79*	(1,00–3,19)	0,30***	(0,17–0,53)
Уровень образования							
низкий	31,6	0,82	(0,59–1,13)	0,78	(0,59–1,04)	1,37*	(1,02–1,76)
средний	42,3	0,81	(0,61–1,08)	0,82	(0,64–1,06)	1,10	(0,87–1,41)
высокий	26,1	1		1		1	
Семейное положение							
в браке	51,6	1,60***	(1,25–2,04)	1,30**	(1,05–1,60)	0,94	(0,77–1,16)
одинокие	48,4	1		1		1	
Занятость							
занятые в государственном секторе	38,5	1,23	(0,88–1,70)	1,15	(0,86–1,55)	0,73*	(0,55–0,97)
занятые в частном секторе	18,6	1,43	(0,97–2,12)	1,53**	(1,09–2,15)	0,72*	(0,51–1,00)

	%	Обязанность правительства		Расходы правительства		Успешность правительства	
		OR	CI	OR	CI	OR	CI
пенсионеры	22,8	0,93	(0,56–1,56)	1,10	(0,70–1,73)	1,50	(0,98–2,32)
незанятые	20,1	1		1		1	
Тип поселения							
большой город	54,4	1		1		1	
маленький город	22,8	1,33*	(1,00–1,77)	1,11	(0,87–1,42)	0,89	(0,70–1,13)
село	22,7	1,68***	(1,23–2,28)	1,54*	(1,05–1,76)	0,77*	(0,60–0,98)
Социально-экономический статус	Mean 4,184	0,91**	(0,84–0,98)	0,93*	(0,87–0,99)	1,11***	(1,05–1,19)
Религиозность							
регулярно посещающие службы	12,2	0,70	(0,48–1,03)	0,95	(0,67–1,34)	1,10	(0,78–1,54)
редко посещающие	55,0	0,96	(0,74–1,25)	1,14	(0,91–1,44)	1,16	(0,93–1,44)
никогда не посещающие	32,8	1		1		1	
Политические взгляды							
левые	11,2	0,71	(0,48–1,04)	0,69	(0,49–1,00)	1,18	(0,84–1,65)
правые	45,6	0,99	(0,76–1,28)	0,71**	(0,57–0,89)	1,50***	(1,20–1,87)
Предпочтение концепции эгалитаризма							
да	86,3	4,09***	(2,97–5,63)	1,37*	(1,03–1,84)	0,71**	(0,53–0,94)
нет	13,7	1		1		1	

Значимость *** $P < 0,001$; ** $P < 0,01$; * $P < 0,05$.

Источник: расчеты автора.

Расходы правительства на здравоохранение

В 2006 г. (см. табл. 4) только три фактора – возраст, политические взгляды и предпочтение, отдаваемое эгалитарной политике, – связаны с вероятностью того, что респонденты поддерживают увеличение расходов правительства на здравоохранение. Участники опроса более старшего возраста ($OR=1,54$ $CI:1,03-2,31$), придерживающиеся эгалитарных взглядов ($OR=1,47$ $CI:1,16-1,87$), предпочитали увеличение государственного финансирования, а имеющие правые политические взгляды, напротив, с меньшей вероятностью выступали за такую политику ($OR=0,76$ $CI:0,63-0,93$).

В 2016 г. (см. табл. 5) число факторов поддержки государственного увеличения финансирования здравоохранения выросло до 7. Возраст, политические взгляды и предпочтение концепции эгалитаризма как основы организации социальной жизни по-прежнему оставались значимыми показателями отношения населения к роли правительства в финансировании здравоохранения. К ним добавились семейное положение, тип поселения, тип занятости, социально-экономический статус. Таким образом, пожилые в возрасте старше 60 лет ($OR=1,79$ $CI:1,00-3,19$), состоящие в браке ($OR=1,30$ $CI:1,05-1,60$), проживающие в сельской местности ($OR=1,54$ $CI:1,05-1,76$), занятые в частном секторе экономики ($OR=1,53$ $CI:1,09-2,15$), предпочитающие эгалитарную политику ($OR=1,37$ $CI:1,03-1,84$), с большей вероятностью поддерживали увеличение расходов правительства на здравоохранение. Имеющие высокий социально-экономический статус ($OR=0,93$ $CI:0,87-0,99$), придерживающиеся правых политических убеждений ($OR=0,71$ $CI:0,57-0,89$), напротив, с меньшей вероятностью высказывались за увеличение государственного финансирования оказания медицинской помощи.

Полученные результаты во многом соответствуют выводам других исследователей, изучавших отношение населения к социальной политике в целом или к политике в сфере здравоохранения. С большей вероятностью поддерживают вмешательство государства в социальную политику наиболее уязвимые группы населения. Это группы, получающие выгоду от такой политики, поэтому они лично заинтересованы в ее существовании. Пожилые люди, как правило, с большей вероятностью выступают за государственное финансирование и предоставление услуг по сравнению с молодежью [26; 27], что, возможно, связано с несхожим отношением у разных поколений к роли государства в сфере здравоохранения, более частым использованием услуг (в том числе и по причине ухудшения здоровья с возрастом). Респонденты, проживающие в сельской местности, с большей вероятностью высказываются за большую ответственность правительства в социальной политике [27; 31], что, возможно, объясняется финансовыми трудностями и низкой доступностью медицинской помощи

в сельской местности. Респонденты с более высоким доходом или более высокого социального статуса, как правило, меньше поддерживают вмешательство правительства [14; 15; 24; 26; 27], так как могут себе позволить оплачивать медицинские услуги без помощи правительства и часто предпочитают иметь больше свободы в их выборе и в контроле за своим здоровьем, а не полагаться на государственные программы. В пользу важности теории личных интересов при объяснении отношения населения к роли государства в обеспечении медицинских услуг свидетельствует и то, что среди состоящих в браке респондентов поддержка выше. Вполне возможно, что это родители с детьми или люди, чьи родственники нуждаются в медицинской помощи.

На основе анализа предыдущих исследований предполагалось, что статус занятости оказывает влияние на мнение респондентов относительно роли государства в здравоохранении: работники, занятые в государственном секторе, с большей вероятностью поддерживают государственные программы социального обеспечения, чем те, кто работает в частном секторе [11; 27]. Полученные результаты свидетельствуют о том, что россияне, занятые в государственном и частном секторах экономики, чаще одобряют идею о том, что государство обязано заботиться о своих гражданах и обеспечивать им необходимое медицинское обслуживание. Для государственного сектора связь была статистически незначима. Возможно, занятые в частном секторе люди имеют более широкие знания о сложностях и опасностях повседневной работы в мире бизнеса. Они могут осознавать, что ни один человек не застрахован от возможных заболеваний и травм. Таким образом, они могут придерживаться мнения, что медицинская помощь должна быть доступна каждому. Возможно, занятые в частном секторе индивиды могут видеть в государственном обеспечении здравоохранения потенциальные выгоды для себя в качестве работодателей: если государство предоставляет более доступное и качественное медицинское обслуживание, то работники будут более здоровыми и производительными, что, безусловно, выгодно для бизнеса.

Приверженность религии сравнительно редко изучается по отношению к поддержке социальной политики в целом и здравоохранения в частности. Установлено, что религиозность, измеряемая частотой посещения церковных служб, статистически значимо связана (по данным 2006 г.) с мнением людей относительно роли правительства в сфере здравоохранения: по сравнению с никогда не посещающими церковь те люди, которые делают это регулярно или редко, не считают правительство ответственным за оказание медицинской помощи больным. Аналогично, например, в США было установлено, что регулярно посещающие церковь, не хотят увеличения государственных расходов на здравоохранение [27]. Полученный результат, возможно, свя-

зан с религиозными убеждениями людей: верующие могут полагать, что забота о больных и нуждающихся является в первую очередь обязанностью общины и религиозных организаций, а не правительства. Они могут верить, что сообщество должно заботиться о своих членах, предлагая помощь, поддержку и медицинское обслуживание через религиозные организации и благотворительные учреждения. Некоторые религиозные группы могут предпочитать альтернативные методы лечения членов своей общины или полагаться на молитву и веру для их выздоровления.

Полученные результаты показывают, что респонденты, симпатизирующие политическим партиям правого толка, с большей вероятностью не поддерживают политику увеличения финансирования здравоохранения. Это соответствует результатам других исследований не только по отношению к здравоохранению, но и социальной политике в целом (например: [18; 19; 27]).

Предпочтение, отдаваемое эгалитарной политике, – единственная переменная, оказывающая последовательное влияние на предпочтения людей в области политики здравоохранения, что подтверждает выводы многих исследований (например: [5; 10; 20]).

Некоторые факторы, обладающие объяснительной силой в других исследованиях отношения населения к социальной политике, такие как пол (например: [15; 26; 31]) и уровень образования [26; 27; 31], оказались незначимыми в нашем исследовании.

Успех правительства в обеспечении медицинской помощи больным

В 2006 г. мнение опрошенных респондентов об успешности правительства в оказании медицинской помощи больным было связано с возрастом, религиозностью, социально-экономическим статусом и предпочтением, отдаваемым эгалитарной политике. Чем старше респонденты (например, для тех, кто старше 60 лет, $OR=0,66$ $CI:0,45-0,97$), тем с меньшей вероятностью они положительно оценивают действия правительства. Предпочитающие эгалитарную политику ($OR=0,63$ $CI:0,50-0,79$) реже выражают уверенность в том, что правительство смогло обеспечить качественную медицинскую помощь. Регулярное посещение церковных служб ($OR=1,59$ $CI:1,18-2,14$) и высокий социально-экономический статус ($OR=1,12$ $CI:1,06-1,17$) увеличивают уверенность в успешности правительства в сфере здравоохранения.

В 2016 г., спустя 10 лет, список факторов отношения к успешности правительства в здравоохранении существенно расширился. По мере увеличения возраста снижается вероятность уверенности в том, что правительство смогло обеспечить медицинскую помощь (например, для тех, кто старше 60 лет, $OR=0,30$ $CI:0,17-0,53$). Аналогичный эффект имели тип поселения, тип занятости, предпочтение, отдаваемое эгалитарной политике: проживающие в сельской местности ($OR=0,77$

CI:0,60-0,98), занятые в государственном ($OR=0,73$ CI:0,55-0,97) или частном секторах ($OR=0,72$ CI:0,51-1,00), выбирающие эгалитарную политику ($OR=0,71$ CI:0,53-0,94) с меньшей вероятностью оценивают программы общественного здравоохранения как успешные. Респонденты с низким уровнем образования ($OR=1,37$ CI:1,02-1,76), имеющие высокий социально-экономический статус ($OR=1,11$ CI:1,05-1,19), придерживающиеся правых политических взглядов ($OR=1,50$ CI:1,20-1,87), более склонны положительно относиться к успехам правительства в обеспечении лечения больных.

Таким образом, наиболее уязвимые группы населения (пожилые, проживающие в сельской местности и имеющие низкий социальный статус), не только с большей вероятностью поддерживают вовлеченность государства в сферу здравоохранения, но и негативно оценивают действия правительства в оказании медицинской помощи, что соответствует результатам, полученным ранее другими авторами [27]. Для пожилых, как правило, чаще посещающих медицинские учреждения по сравнению с другими возрастными группами, отношение к деятельности правительства в здравоохранении может быть обусловлено их негативным опытом использования медицинских услуг. Как предполагают исследователи, возрастной эффект может быть более выражен в России по сравнению с другими европейскими странами, поскольку старшее поколение формировалось в условиях более щедрой системы социального обеспечения, и его сокращение может привести к меньшей удовлетворенности среди пожилых людей [29]. Для жителей сельской местности и имеющих низкий социальный статус такая связь, вероятно, объясняется меньшей доступностью к качественному медицинскому обслуживанию. Уровень образования может влиять на опыт и способность респондентов оценивать качество и доступность медицинских услуг. Высокообразованные респонденты могут быть более критичными и более осведомленными об актуальных проблемах и недостатках системы здравоохранения. То, что работники, независимо от сектора занятости, реже считали правительство успешным в обеспечении медицинской помощи больным по сравнению с неработающими, вероятно, обусловлено тем, что работники могут столкнуться с проблемой ограниченной доступности медицинских услуг, например, из-за долгих очередей. Те, кто регулярно посещает церковь, в 2006 г. имели более низкую вероятность поддержки вмешательства государства в сферу здравоохранения и в то же время более высокую вероятность позитивной оценки успешности правительства в обеспечении медицинской помощи больным по сравнению с нерелигиозными респондентами. Схожий результат получен в США [27], где установлено, что нерелигиозные люди реже положительно оценивают успехи правительства по сравнению с религиозными. Природу такой связи требуется прояснить.

Идеологические убеждения, как было установлено в других исследованиях [27], являются параметрами успешности деятельности правительства: имеющие правые политические взгляды с большей вероятностью, а высказывающие эгалитарные предпочтения, напротив, с меньшей вероятностью положительно оценивают деятельность правительства в здравоохранении.

Заключение

Полученные результаты позволили сделать следующие выводы.

1. Подавляющее большинство россиян поддерживают роль правительства в финансировании и предоставлении медицинских услуг. Однако в последние десятилетия происходит сокращение объема государственного финансирования сферы здравоохранения, что приводит к увеличению оплаты медицинского обслуживания «из кармана» пациентов. Существует также тенденция к увеличению частного оказания медицинской помощи. В результате возникает *несоответствие* между общественным запросом на участие государства в сфере здравоохранения и проводимой государственной политикой в данной сфере. При этом многие россияне не считают правительство успешным в предоставлении медицинских услуг.

2. За период 2006–2016 гг. поддержка государственного вмешательства в систему здравоохранения несколько снизилась, изменились мотивы отношения к роли правительства в этой сфере. Поддержка обязанности правительства в обеспечении медицинской помощи и повышения финансирования здравоохранения в 2006 г. были мотивированы в большей степени ценностными и идеологическими факторами. Однако либерализация здравоохранения привела к тому, что в 2016 г. важную роль стали играть и факторы личного интереса.

3. Результаты исследования подтверждают, что отношение к политике правительства в области здравоохранения тесно связано не только с личным интересом, но и с идеологией. При этом влияние последней представляется более последовательным. Приверженность идеологии перераспределения обеспечивает прочную мотивационную основу для поддержания системы здравоохранения, но также повышает ожидания людей в отношении предоставления большего количества и более качественных услуг.

Исследование, безусловно, не лишено ограничений. Во-первых, оно основано на перекрестных данных, что не позволяет выявить причинно-следственные связи. Во-вторых, мы недостаточно знаем об ожиданиях россиян, чтобы точно понять, что они подразумевают, когда указывают, что правительство обязано обеспечивать медицинскую помощь больным. Например, ничего не упоминается о том, как пра-

ительство должно это делать. Кроме того, не говорится, как правительство должно за это платить. В-третьих, факторы, связанные с отношением населения к роли правительства в здравоохранении, рассмотренные в исследовании, ограничены теми факторами, которые были доступны при анализе, но они не могут полностью охватить сложный процесс формирования общественного мнения.

Несмотря на эти ограничения, результаты исследования представляют не только научный, но и практический интерес, поскольку могут помочь органам, ответственным за принятие решений, лучше понимать ожидания и потребности населения и, как результат, разрабатывать программы и политики, отражающие реальные потребности людей и способствующие эффективному использованию ресурсов, а также повышению уровня удовлетворенности населения действиями правительства.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВЦИОМ. Качество жизни россиян: ключевые факторы. 3 декабря 2018. <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/kachestvo-zhizni-rossiyan-kljuchevye-factory> (дата обращения: 03.02.2024 г.).
2. Кислицына О.А. Факторы, оказывающие влияние на удовлетворенность россиян системой здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения. 2020. № 2. С. 2–8. DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-2-8.
3. Салмина А.А. Поменялись ли взгляды россиян на социальную политику? Анализ динамики и сравнение с другими странами // Социологические исследования. 2019. № 12. С. 91–103. DOI: 10.31857/SO13216250007748-5.
4. Andreß H.J., Heien T. Four worlds of welfare state attitudes? A comparison of Germany, Norway, and the United States // European Sociological Review. 2001. Vol. 17. No. 4. Pp. 337–356. DOI: 10.1093/esr/17.4.337.
5. Blekesaune M., Quadagno J. Public Attitudes toward Welfare State Policies: A Comparative Analysis of 24 Nations // European Sociological Review. 2003. Vol. 19. No. 5. Pp. 415–427. DOI: 10.1093/esr/19.5.415.
6. Brooks C., Manza J. Why Welfare States Persist: The importance of Public Opinion in Democracies. Chicago: University of Chicago Press. 2007.
7. Calzada I., Gómez-Garrido M., Moreno L., Moreno-Fuentes F.J. It Is Not Only About Equality: A Study on the (Other) Values That Ground Attitudes to the Welfare State // International Journal of Public Opinion Research. 2014. Vol. 26. No. 2. Pp. 178–201. DOI: 10.1093/ijpor/edt044.
8. Dalen K. Changing attitudes towards government responsibility for social welfare in China between 2004 and 2014: Evidence from three national surveys // International Journal of Social Welfare. 2002. Vol. 31. No. 2. Pp. 248–262. DOI: 10.1111/ijsw.12511.
9. Deeming C. Classed Attitudes and Social Reform in Cross-National Perspective: a Quantitative Analysis Using Four Waves from the International Social Survey Programme (ISSP) // Journal of Sociology. 2016. Vol. 53. No. 1. Pp. 162–181. DOI: 10.1177/1440783316632605.

10. *Edlund J.* Trust in Government and Welfare Regimes: Attitudes to Redistribution and Financial Cheating in the USA and Norway // *European Journal of Political Research*. 1999. Vol. 35. No. 3. Pp. 341–370. DOI: 10.1111/1475-6765.00452.
11. *Edlund J.* Trust in the capability of the welfare state and general welfare state support: Sweden 1997–2002 // *Acta Sociol.* 2006. Vol. 49. No. 4. Pp. 395–417. DOI: 10.1177/0001699306071681.
12. *Feldman S., Steenberger M.R.* The Humanitarian Foundation of Public Support for Social Welfare // *American Journal of Political Science*. 2001. Vol. 45. No. 3. Pp. 658–677. DOI: 10.2307/2669244.
13. GALLUP. Top Issues for Voters: Healthcare, Economy, Immigration. November 2, 2018. <https://news.gallup.com/poll/244367/top-issues-voters-healthcare-economy-immigration.aspx> (дата обращения: 03.02.2024 г.).
14. *Hayes B.C., VandenHeuvel A.* Government spending on health care: A cross-national study of public attitudes // *J Health Soc Policy*. 1996. Vol. 7. No. 4. Pp. 61–79. DOI: 10.1300/J045v07n04_05.
15. *Kikuzawa S., Olafsdottir S., Pescosolido B.A.* Similar Pressures, Different Contexts: Public Attitudes toward Government Intervention for Health Care in 21 Nations // *Journal of Health and Social Behavior*. 2008. Vol. 49. No. 4. Pp. 385–399. DOI: 10.1177/00221465080490040.
16. *Kulin J., Svallfors S.* Class, Values, and Attitudes Towards Redistribution: A European Comparison // *European Sociological Review*. 2013. Vol. 29. No. 2. Pp. 155–167. DOI: 10.1093/esr/jcr046.
17. *Lipsmeyer C.S.* Welfare and the Discriminating Public: Evaluating Entitlement Attitudes in Post-Communist Europe // *Policy Studies Journal*. 2003. Vol. 31. No. 4. Pp. 545–564. DOI: 10.1111/1541-0072.00042.
18. *Lipsmeyer C., Nordstrom T.* East versus West: Comparing Political Attitudes and Welfare Preferences across European Societies // *Journal of European Public Policy*. 2003. Vol. 10. No. 3. Pp. 339–364. DOI: 10.1080/1350176032000085342.
19. *Morelock A.* Public Support for Social Welfare Policies: A Cross-National Examination. PhD diss. University of Tennessee. 2016. http://trace.tennessee.edu/utk_graddiss/3951 (дата обращения: 03.02.2024 г.).
20. *Munro N.* Predictors of support for state social welfare provision in Russia and China // *Europe-Asia Studies*. 2017. Vol. 69. No. 1. Pp. 53–75. DOI: 10.1080/09668136.2016.1265643.
21. *Navarro V.* Why some countries have national health insurance, others have national health services, and the US has neither // *Social Science & Medicine*. 1989. Vol. 28. No. 9. Pp. 887–898. DOI: 10.1016/0277-9536(89)90313-4.
22. *Niklass M.* Social Welfare Policy Preferences in Latvia: Evidence from ISSP Surveys // *CBU International Conference Proceedings*. 2018. Vol. 6. Pp. 678–684. DOI: 10.12955/cbup.v6.1232.
23. *Roosma F., van Oorschot W., Gelissen J.* The preferred role and perceived performance of the welfare state: European welfare attitudes from a multidimensional perspective // *Soc Sci Res*. 2014. Vol. 44. Pp. 200–210. DOI: 10.1016/j.ssresearch.2013.12.005.
24. *Schlesinger M., Lee T.-k.* Is Health Care Different? Popular Support of Federal Health and Social Policies // *Journal of Health Politics Policy and Law*. 1993. Vol. 18. No. 3. Pp. 551–628. DOI: 10.1215/03616878-18-3-551.

25. *Svallfors S.* Welfare regimes and welfare opinions: A comparison of eight Western countries // *Social Indicators Research*. 2003. Vol. 64. Pp. 495–520. DOI: 10.1023/A:1025931414917.
26. *Svallfors S.* Class, attitudes and the welfare state: Sweden in comparative perspective // *Soc Policy Admin*. 2004. Vol. 38. No. 2. Pp. 119–138. DOI: 10.1111/j.1467-9515.2004.00381.x.
27. *Tang J.* Who Cares About Health Care? Sociodemographics and Attitudes Toward Government's Role in Health Care Across Germany, Great Britain, and the United States. Honors thesis, Duke University. 2010. <https://dukespace.lib.duke.edu/server/api/core/bitstreams/d242a7df-a88e-4556-b046-87c5affde8ba/content> (дата обращения: 03.02.2024).
28. The International Social Survey Programme. <http://www.issp.org/> (дата обращения: 03.02.2024 г.).
29. *van Oorschot W., Gugushvili D.* Retrenched, but Still Desired? Perceptions Regarding the Social Legitimacy of the Welfare State in Russia Compared with EU Countries // *Europe-Asia Studies*. 2019. Vol. 71. No. 3. Pp. 345–364. DOI: 10.1080/09668136.2019.1583316.
30. *van Oorschot W.J.H., Laenen T., Roosma F., Meuleman B.* Recent advances in understanding welfare attitudes in Europe. In: Nelson K., Nieuwenhuis R., Yerkes M.A. (Eds.). *Social policy in changing European societies: Research agendas for the 21st century*. Edward Elgar Publishing, 2022. [https://www.elgaronline.com/configurable/content/book\\$002f9781802201710\\$002fbook-part-9781802201710-21.xml?t:ac=book%24002f9781802201710%24002fbook-part-9781802201710-21.xml](https://www.elgaronline.com/configurable/content/book$002f9781802201710$002fbook-part-9781802201710-21.xml?t:ac=book%24002f9781802201710%24002fbook-part-9781802201710-21.xml) (дата обращения: 03.02.2024 г.).
31. *Vilhjalmsson R.* Public views on the role of government in funding and delivering health services // *Scandinavian Journal of Public Health*. 2016. Vol. 44. No. 5. Pp. 446–454. DOI: 10.1177/1403494816631872.
32. *Zhao D., Zhao H., Cleary P.D.* International variations in trust in health care systems // *Int J Health Plann Manage*. 2019. Vol. 34. No. 1. Pp. 130–139. DOI: 10.1002/hpm.2597.

REFERENCES

1. VCIOM. Quality of life of Russians: key factors. 03 December 2018. <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/kachestvo-zhizni-rossiyan-klyuchevye-factory> (accessed: 03.02.2024 г.). (In Russ.).
2. *Kislitsyna O.A.* Factors influencing Russians' satisfaction with the healthcare system // *Social aspects of population health*. 2020. No. 2. Pp. 2–8. (In Russ.). DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-2-8.
3. *Salmina A.A.* Have Russians' views on social policy changed? Analysis of dynamics and comparison with other countries // *Sociological Research*. 2019. No. 12. Pp. 91–103. (In Russ.). DOI: 10.31857/SO13216250007748-5.
4. *Andreß H.J., Heien T.* Four worlds of welfare state attitudes? A comparison of Germany, Norway, and the United States // *European Sociological Review*. 2001. Vol. 17. No. 4. Pp. 337–356. DOI: 10.1093/esr/17.4.337.
5. *Blekesaune M., Quadagno J.* Public Attitudes toward Welfare State Policies: A Comparative Analysis of 24 Nations // *European Sociological Review*. 2003. Vol. 19. No. 5. Pp. 415–427. DOI: 10.1093/esr/19.5.415.
6. *Brooks C., Manza J.* *Why Welfare States Persist: The importance of Public Opinion in Democracies*. Chicago: University of Chicago Press. 2007.

7. Calzada I., Gómez-Garrido M., Moreno L., Moreno-Fuentes F.J. It Is Not Only About Equality: A Study on the (Other) Values That Ground Attitudes to the Welfare State // *International Journal of Public Opinion Research*. 2014. Vol. 26. No. 2. Pp. 178–201. DOI: 10.1093/ijpor/edt044.
8. Dalen K. Changing attitudes towards government responsibility for social welfare in China between 2004 and 2014: Evidence from three national surveys // *International Journal of Social Welfare*. 2002. Vol. 31. No. 2. Pp. 248–262. DOI: 10.1111/ijsw.12511.
9. Deeming C. Classed Attitudes and Social Reform in Cross-National Perspective: a Quantitative Analysis Using Four Waves from the International Social Survey Programme (ISSP) // *Journal of Sociology*. 2016. Vol. 53. No. 1. Pp. 162–181. DOI: 10.1177/14407833166632605.
10. Edlund J. Trust in Government and Welfare Regimes: Attitudes to Redistribution and Financial Cheating in the USA and Norway // *European Journal of Political Research*. 1999. Vol. 35. No. 3. Pp. 341–370. DOI: 10.1111/1475-6765.00452.
11. Edlund J. Trust in the capability of the welfare state and general welfare state support: Sweden 1997–2002 // *Acta Sociol.* 2006. Vol. 49. No. 4. Pp. 395–417. DOI: 10.1177/0001699306071681.
12. Feldman S., Steenberger M.R. The Humanitarian Foundation of Public Support for Social Welfare // *American Journal of Political Science*. 2001. Vol. 45. No. 3. Pp. 658–677. DOI: 10.2307/2669244.
13. GALLUP. Top Issues for Voters: Healthcare, Economy, Immigration. November 2, 2018. <https://news.gallup.com/poll/244367/top-issues-voters-healthcare-economy-immigration.aspx> (accessed: 03.02.2024 г.).
14. Hayes B.C., VandenHeuvel A. Government spending on health care: A cross-national study of public attitudes // *J Health Soc Policy*. 1996. Vol. 7. No. 4. Pp. 61–79. DOI: 10.1300/J045v07n04_05.
15. Kikuzawa S., Olafsdottir S., Pescosolido B.A. Similar Pressures, Different Contexts: Public Attitudes toward Government Intervention for Health Care in 21 Nations // *Journal of Health and Social Behavior*. 2008. Vol. 49. No. 4. Pp. 385–399. DOI: 10.1177/00221465080490040.
16. Kulin J., Svallfors S. Class, Values, and Attitudes Towards Redistribution: A European Comparison // *European Sociological Review*. 2013. Vol. 29. No. 2. Pp. 155–167. DOI: 10.1093/esr/jcr046.
17. Lipsmeyer C.S. Welfare and the Discriminating Public: Evaluating Entitlement Attitudes in Post-Communist Europe // *Policy Studies Journal*. 2003. Vol. 31. No. 4. Pp. 545–564. DOI: 10.1111/1541-0072.00042.
18. Lipsmeyer C., Nordstrom T. East versus West: Comparing Political Attitudes and Welfare Preferences across European Societies // *Journal of European Public Policy*. 2003. Vol. 10. No. 3. Pp. 339–364. DOI: 10.1080/1350176032000085342.
19. Morelock A. Public Support for Social Welfare Policies: A Cross-National Examination. PhD diss. University of Tennessee. 2016. http://trace.tennessee.edu/utk_graddiss/3951 (accessed: 03.02.2024).
20. Munro N. Predictors of support for state social welfare provision in Russia and China // *Europe-Asia Studies*. 2017. Vol. 69. No. 1. Pp. 53–75. DOI: 10.1080/09668136.2016.1265643.
21. Navarro V. Why some countries have national health insurance, others have national health services, and the US has neither // *Social Science & Medicine*. 1989. Vol. 28. No. 9. Pp. 887–898. DOI: 10.1016/0277-9536(89)90313-4.
22. Niklass M. Social Welfare Policy Preferences in Latvia: Evidence from ISSP Surveys // *CBU International Conference Proceedings*. 2018. Vol. 6. Pp. 678–684. DOI: 10.12955/cbup.v6.1232.

23. *Roosma F., van Oorschot W., Gelissen J.* The preferred role and perceived performance of the welfare state: European welfare attitudes from a multidimensional perspective // *Soc Sci Res.* 2014. Vol. 44. Pp. 200–210. DOI: 10.1016/j.ssresearch.2013.12.005.
24. *Schlesinger M., Lee T.-k.* Is Health Care Different? Popular Support of Federal Health and Social Policies // *Journal of Health Politics Policy and Law.* 1993. Vol. 18. No. 3. Pp. 551–628. DOI: 10.1215/03616878-18-3-551.
25. *Svallfors S.* Welfare regimes and welfare opinions: A comparison of eight Western countries // *Social Indicators Research.* 2003. Vol. 64. Pp. 495–520. DOI: 10.1023/A:1025931414917.
26. *Svallfors S.* Class, attitudes and the welfare state: Sweden in comparative perspective // *Soc Policy Admin.* 2004. Vol. 38. No. 2. Pp. 119–138. DOI: 10.1111/j.1467-9515.2004.00381.x.
27. *Tang J.* Who Cares About Health Care? Sociodemographics and Attitudes Toward Government's Role in Health Care Across Germany, Great Britain, and the United States. Honors thesis, Duke University. 2010. <https://dukespace.lib.duke.edu/server/api/core/bitstreams/d242a7df-a88e-4556-b046-87c5affde8ba/content> (accessed: 03.02.2024).
28. The International Social Survey Programme. <http://www.issp.org/> (accessed: 03.02.2024).
29. *van Oorschot W., Gugushvili D.* Retrenched, but Still Desired? Perceptions Regarding the Social Legitimacy of the Welfare State in Russia Compared with EU Countries // *Europe-Asia Studies.* 2019. Vol. 71. No. 3. Pp. 345–364. DOI: 10.1080/09668136.2019.1583316.
30. *van Oorschot W.J.H., Laenen T., Roosma F., Meuleman B.* Recent advances in understanding welfare attitudes in Europe. In Nelson K., Nieuwenhuis R., Yerkes M.A. (Eds.). *Social policy in changing European societies: Research agendas for the 21st century.* Edward Elgar Publishing. 2022. [https://www.elgaronline.com/configurable/content/book\\$002f9781802201710\\$002fbook-part-9781802201710-21.xml?t:ac=book%24002f9781802201710%24002fbook-part-9781802201710-21.xml](https://www.elgaronline.com/configurable/content/book$002f9781802201710$002fbook-part-9781802201710-21.xml?t:ac=book%24002f9781802201710%24002fbook-part-9781802201710-21.xml) (accessed: 03.02.2024).
31. *Vilhjalmsson R.* Public views on the role of government in funding and delivering health services // *Scandinavian Journal of Public Health.* 2016. Vol. 44. No. 5. Pp. 446–454. DOI: 10.1177/1403494816631872.
32. *Zhao D., Zhao H., Cleary P.D.* International variations in trust in health care systems // *Int J Health Plann Manage.* 2019. Vol. 34. No. 1. Pp. 130–139. DOI: 10.1002/hpm.2597.

Дата поступления рукописи: 05.03.2024 г.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Кислицына Ольга Анатольевна – доктор экономических наук, главный научный сотрудник ФГБУН Институт экономики РАН, Москва, Россия
ORCID: 0000-0002-4144-237X
olga.kislitsyna@gmail.com

ABOUT THE AUTHOR

Olga A. Kislitsyna – Dr. Sci. (Econ.), Chief Researcher at the Institute of Economics of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia
ORCID: 0000-0002-4144-237X
olga.kislitsyna@gmail.com

RUSSIANS' ATTITUDES TOWARD THE ROLE OF THE STATE IN HEALTHCARE

The aim of the study was: 1) to consider the views of Russians on the state's role in providing and financing health care services and the success of the government in this area; 2) to identify changes in these views over time; 3) to explore the relationship between the Russians' opinions and their individual characteristics. The analysis of International Social Survey Programme (ISSP) data collected in 2006 and in 2016 shows that support for the government's role in providing and financing health care has slightly declined over a ten-year period and a significant part of the respondents are dissatisfied with the government's success in ensuring treatment to those in need of medical attention. However, despite this, most Russians still support government involvement in health care. Individual characteristics associated with the attitude to the role of the state in healthcare have also been identified.

Keywords: *healthcare, public opinion, government funding, public services, government responsibility, International Social Survey Programme (ISSP), Russia.*

JEL: E62, H11, H51.