М. Ф. Черныш

Социальное благополучие и здоровье¹

DOI: 10.19181/INAB.2020.1.4

Михаил Федорович Черныш

Институт социологии ФНИСЦ РАН

E-mail: mfcche@yandex.ru

РИНЦ AuthorID: 235258

Для цитирования: Черныш М. Ф. Социальное благополучие и здоровье // ИНАБ. 2020. № 1. Субъективное и объективное благополучие в современном российском обществе: результаты эмпирического исследования. С. 54-74. DOI: 10.19181/INAB.2020.1.4

Аннотация. В статье рассматривается взаимосвязь между субъективным благополучием и состоянием здоровья респондента. Изучен в теоретическом плане вопрос здоровья как фактор, определяющий состояние благополучия, выявлена корреляция между самооценкой здоровья и оценкой собственного благополучия. В исследовании установлено, что на субъективное благополучие респондента влияет не только его состояние здоровья, но и возможности инфраструктуры здравоохранения, на которые он или она могут рассчитывать. Чем слабее развита инфраструктура здравоохранения, тем ниже уровень субъективного благополучия, которое переживает респондент. Респонденты отмечают, что в настоящее время российская система здравоохранения находится в плачевном состоянии. Большинство опрошенных констатируют отсутствие в лечебных учреждениях современного оборудования, врачей-специалистов, низкую квалификацию врачей, их равнодушие к судьбам пациентов. Оценка состояния медицины негативно сказывается на субъективном благополучии респондентов, работает как фактор его понижения.

Ключевые слова: субъективное благополучие; здоровье; «новая культура здоровья»; здравоохранение

Объективное и субъективное здоровье

Исследование «Факторы социального благополучия в изменяющемся и стабильном обществах» проводится с 2019 г., когда была выполнена качественная часть исследования, реализованная методом фокус-группового обсуждения. В ходе качественного исследования респонденты подтвердили гипотезу, которая выдвигалась на этапе подготовки исследования: субъективное переживание благополучия зависит от состояния здоровья. Если у человека нет здоровья, если здоровье слабое, то никакие другие блага не могут приносить ему радость, а состояние благополучия не наступает, даже если другие обстоятельства этому благоприятствуют. Здоровье, полагали респонденты, рассматривается как неперемное условие благополучия или даже счастья в двух аспектах. Во-первых, само по

¹ Статья подготовлена при поддержке РФФИ, грант N 19-011-00522 «Факторы социального благополучия в изменяющемся и стабильном обществах» (руководитель – чл.-корр. РАН М. Ф. Черныш)

себе, как источник энергии, переживаемое на уровне физиологии ощущение собственных возможностей и, прежде всего, мобильности в разных её измерениях. Во-вторых, как условие позитивного восприятия иных общественных благ, помогающее получать от них удовольствие. Так, наслаждение, которое приносит человеку искусство или общение с другими людьми, может быть полным, если оно не омрачается болезненными ощущениями и сопутствующими им негативными эмоциями. Эта зависимость нашла отражение в идеях Дж. Бентама, сформулировавшего принципы утилитаризма: человек ищет в жизни наслаждения и бежит от страданий и, прежде всего, страданий физиологических [Бентам, 1998]. Все, что помогает людям избегать страданий и переживать окружающий мир в позитивном ключе должно рассматриваться как благо и, напротив, страдание одного человека или многих чревато тем, что не только сам страдающий не способен наслаждаться жизнью, но и люди, его окружающие, а также общество в целом несут вследствие его недуга серьезные потери.

В иной форме та же мысль выражена в известной пирамиде Маслоу [Маслоу, 2008]. В основании пирамиды находятся самые базовые физиологические потребности, такие как еда, кров, сон, вода. На следующем уровне располагаются потребности более продвинутые, но при этом явным образом связанные с первым базовым уровнем – безопасность, здоровье. Здоровье – это при всех прочих равных ещё и условие беспрепятственного удовлетворения потребностей первого уровня. Если здоровье неудовлетворительно, то могут быть нарушены и прием пищи, и нормальный сон. Только при условии того, что первые два уровня потребностей обеспечены, следующие уровни потребностей могут рассчитывать на полноценную реализацию. Человек, переживающий недуг, не имеет физических и психологических возможностей успешно справляться с работой, делать карьеру, наслаждаться искусством или общением с окружающими. Его потенциал реализовать себя ограничен и он, сравнивая себя с другими, здоровыми людьми, понимает, что находится в заведомо невыгодном положении, что реализовать себя, свои задатки, надежды, мечты ему значительно сложнее, чем другим, не имеющим подобных препятствий.

Известный финский социолог Э. Аллардт [Allardt, 1993] предлагал рассматривать благополучие в двух взаимосвязанных аспектах – как объективные обстоятельства, в которых находится индивид, с одной стороны, и его субъективные переживания – с другой. Аналогичная логика может быть применена в отношении оценки респондентом своего здоровья. Можно считать доказанным, что чаще всего эти оценки совпадают с реальным положением вещей: если респондент оценивает свое состояние здоровья как хорошее, то скорее всего именно таким оно и является. Если же он говорит о проблемах со здоровьем, то и в этом случае вероятнее всего у него есть для этого основания. И все же в каких-то случаях возможны расхождения между объективным и субъективным состояниями здоровья. К примеру, респондент жалуется на здоровье, но в реальности каких-либо серьезных, значимых заболеваний, способных осложнить ему жизнь, у него нет. Жалобы на здоровье часто играют роль «завесы», камуфлирующей проблемы в иных сферах – личных отношениях или профессиональных. Случается и так, что соматические проблемы возникают как

результат «наведенных», внешних причин таких, например, как неудачи по месту работы или проблемы в личных отношениях.

Возможен и противоположный вариант, когда респондент настаивает на хорошем здоровье, но на самом деле имеет серьезные хронические заболевания. Дело в том, что здоровье – это не только условие полноценной жизни, но и важный профессиональный ресурс, особенно для профессий, завязанных на ручной труд. На эту особенность восприятия здоровья обратили внимания российские исследователи И. Тартаковская и А. Ваньке, проводившие исследование в среде рабочих [Тартаковская, Ваньке, 2019]. Последние рассматривали здоровье как средство, дающее возможность трудиться, получать заработную плату и сводить концы с концами. Они признавали, что здоровье, как и другие ресурсы, связанные с физиологией, имеют свойство деградировать: сказывается необходимость (для строительных рабочих) работать вне помещений, в любую погоду, подвергаясь агрессивным воздействиям внешней среды. Рабочие признавали, что, изнашивая себя (зачастую сверх меры), они тем самым сокращают годы благополучия в будущем. Здоровье – залог долголетия – расходуется в настоящем, выживание в настоящем оказывается более важным, чем возможность спокойной и благополучной жизни околопенсионном и пенсионном возрасте.

Желание иметь работу и достойную заработную плату в настоящем может стать фактором, который заставляет работника скрывать проблемы со здоровьем, игнорировать возможные заболевания с тем, чтобы сохранить благополучную среду обитания в настоящем. В обществе, ориентированном на потребление, рассматривающем комфорт как достижение, материальные потери приравниваются к социальному поражению, к утрате возможности претендовать в глазах окружающих на роль человека успешного, благополучного. Благополучие в этом случае рассматривается не столько как совокупность материальных обстоятельств жизни, сколько как отражение собственной социально-экономической позиции в глазах окружающих. Важно не то, что переживается самим индивидом, не то, какова его или её реальная позиция, сколько то, как его или её успехи или поражения «отражены» в зеркале непосредственного окружения. Речь идет о благополучии как символическом ресурсе, обеспечивающем доступ к другим ресурсам, социальным и экономическим. В этом контексте заявка на благополучие тождественна притязанию на конкретную социальную позицию и все то, что по существующим общественным нормам этой позиции сопутствует.

Сложная, многогранная природа понятия «благополучие», та конкурентная среда, которую оно продуцирует, создало предпосылки для появления в обороте общественных наук так называемого «возможностного подхода» (capability approach). Его активными сторонниками стали американский философ М. Нусбаум и индийский экономист А. Сен. Суть подхода заключается в том, что благополучие невозможно рассматривать только как шкалу, распределяющую граждан по разным ступенькам. Благополучие находится в теснейшей связи со здоровьем граждан, а это означает, что общество и государство должны обеспечить каждому гражданину такой уровень заботы о здоровье и медицинского обслуживания,

при котором он или она могли бы чувствовать себя уверенно, быть способными отправлять важнейшие гражданские обязанности. Здоровье, как индивидуальное, так и коллективное, необходимо рассматривать не как статус, а как динамическую переменную, характеризующую состояние общества, его способность обеспечить гражданам жизнь на достойном уровне, защиту в форме широкого набора медицинских услуг, возможность не думать каждодневно о рисках, с которыми сталкивается каждый, кто живет в насыщенной стрессами среде современного общества. Если обеспечить каждого человека медицинской помощью на должном уровне, то, по мысли сторонников «возможностного подхода», в существенной мере снимается проблема неравенства и создается перспектива благополучной жизни не только для тех, кто находится в привилегированном положении, а для подавляющего большинства граждан, независимо от их социального статуса в настоящем или прошлом. В этом подходе по-своему преломляется идея благополучия для большинства граждан, добиться которого невозможно одними рыночными средствами. Необходима политика, направленная на расширение жизненных возможностей, включая возможности получения медицинской помощи и возможности заботиться о здоровье в профилактическом ключе. Реальных результатов от такой политики можно добиться, если она будет комплексной, включать в себя возможности здорового питания, комфортного проживания, психологической стабильности, доступности медицинской помощи. «Возможностный подход» предлагает рассматривать движение общества к благополучию как комплексный, многосторонний процесс, в который в одинаковой степени вовлечены государство, гражданское общество и граждане.

Альтернативой «возможностному подходу» является восприятие благополучия как сугубо индивидуального состояния, достигаемого, прежде всего, благодаря собственным усилиям. В поисках ключа к благополучию индивид имеет право выбирать любые средства, кажущиеся ему эффективными. Только в этом случае благополучие будет цениться и рассматриваться как результат свободного выбора. По большому счету, исходя из этой позиции, любой работник имеет законное право расходовать собственное здоровье так, как ему заблагорассудится. Предприниматель, работающий по восемнадцать часов в сутки, или рабочий, игнорирующий требования безопасности для того, чтобы заработать побольше денег, вместе умножают сумму благополучия как итогового состояния, выраженного в заработанной сумме. Свободный выбор и движение по намеченному пути оказываются важнее, чем сохранение здоровья. При этом стратегия сохранения здоровья в этом индивидуальном плане может присутствовать, но, выбирая её, работник делает это свободно, без внешнего принуждения, взвешивая все «про» и «контра» каждого из возможных вариантов.

Из сказанного следует, что в современном обществе здоровье и благополучие соотносятся между собой в разных контекстах – коллективистском, опирающемся на утилитаристскую традицию, или индивидуалистическом, имеющем в основании понимание того, что только человек может быть хозяином собственного тела и только он отвечает за свое состояние. Оценку здоровья невозможно рассматривать исключительно в позитивистском ключе, как характеристику состояния. Во многих случаях

она является, кроме всего прочего, ещё и способом саморепрезентации, заявленным стремлением получить доступ к определенным общественным благам, желанием снискать сочувствие окружающих или уважение к собственным физическим возможностям. Исследуя отношения между переменными здоровья и благополучия, необходимо иметь ввиду, что речь идет о конкретных социальных ситуациях и притязаниях, которые им соответствуют.

Гипотезы исследования

Сказанное выше позволяет сделать ряд предположений о взаимосвязи благополучия, объективного и субъективного, и оценки здоровья.

1. Оценка благополучия зависит от состояния здоровья, но эта зависимость может варьироваться в зависимости от возраста. Неважное самочувствие, наличие хронических заболеваний считается чем-то вроде нормы в старших возрастах, но для молодого возраста нормой считается крепкое здоровье. Молодой человек, жалующийся на здоровье, – это все же редкость по сравнению с тем, кто находится на пенсии или приближается к пенсионному возрасту. Из этого предположения следует, что в старших возрастных группах здоровье оказывает на благополучие меньшее влияние, чем в группе молодых людей.

2. Можно предположить, что обе переменные – субъективное благополучие и оценка собственного здоровья – в значительной степени определяются стандартами жизни респондента, а если быть более точным, его или её уровнем дохода. Доход – и это неоднократно подтверждалось зарубежными исследованиями – в странах с неолиберальной экономикой существенно влияет на ощущение счастья, которое испытывают респонденты. В то же время в странах с сильной социальной защитой доход оказывается не столь значимым фактором. Это происходит потому, что в странах с развитым социальным государством уровень неравенства гораздо ниже, чем в странах первого типа, а разница в доходах сглаживается доступностью социальных служб, смягчающей или снимающей для граждан состояние неблагополучия. В настоящее время российское общество относится к первому типу. За последние 30 лет здание советского социального государства почти полностью демонтировано многочисленными реформами. Процессы коммерциализации жизни превзошли даже тот уровень, который характерен для развитых стран Запада, а область общего блага сведена к минимуму. Исходя из этого, можно ожидать, что в российском обществе субъективное благополучие будет тесно связано с уровнем дохода семьи или индивида, а также с уровнем объективного благополучия – качеством жилья, наличием собственного транспорта, качеством льгот и привилегий в государственной системе. В сумме эти показатели способны существенно влиять на оценку респондентом собственного здоровья.

3. Можно предположить, что на оценку состояния здоровья респондентом оказывает влияние уровень образования. Это может быть связано с присутствием в общественном сознании префигуративных форм культуры и, в частности, культуры здорового поведения, которая наиболее активно распространяется в образованных слоях населения. Концентрация респондентов с высшим образованием выше в больших городах, и здесь

же активно развиваются услуги, сопутствующие здоровому образу жизни – фитнес-центры, тренажерные залы, спа-салоны, спортивные клубы. Упомянутый тип культуры становится фактором сокращения потребления в данной группе спиртных напитков. Население, придерживающееся привычного отношения к здоровью как ресурсу, имеет, как правило, более низкий уровень образования и проживает в сельской местности или небольших населенных пунктах с запущенной инфраструктурой. Подчеркнем, что речь идет не о констатации фактов, а о проверяемой гипотезе, которая может быть либо подтверждена, либо опровергнута имеющимися данными.

4. На оценку состояния здоровья влияет наличие в пределах досягаемости от респондента развитой медицинской структуры. Если подобная зависимость действительно существует, то её можно объяснить тремя возможными ситуациями: а) респондент, имеющий проблемы со здоровьем, обратился в лечебные учреждения по месту жительства и не смог получить там той помощи, на которую рассчитывал; б) родственники респондента, испытывающие проблемы со здоровьем, обратились в организации здравоохранения, но безуспешно, и респонденту пришлось вмешаться для того, чтобы оказывать им помощь; и в) респондент знает о том, что местная медицина ослаблена (например, отсутствуют специалисты должного уровня) и приходит к пониманию того, что у него или неё нет ни средств, ни возможностей улучшить ситуацию.

5. Респонденты, пользующиеся платными медицинскими услугами, имеют более высокий уровень субъективного благополучия, чем те, кто обращается за помощью в государственные или муниципальные медицинские учреждения. Здесь возможен эффект, о котором шла речь выше: респондент, имеющий средства для того, чтобы получить развитые медицинские услуги, чувствует себя увереннее, защищеннее, чем те, кто довольствуется стандартными услугам государственной медицины.

Возраст и ощущение благополучия

В настоящее время оценки субъективного благополучия тяготеют в российском обществе к средней точке шкалы. Этот результат оказался несколько ниже ожидаемого. Все-таки в предыдущих исследованиях, например, в исследовании социальной справедливости 2013 г. респонденты придерживались принципов умеренного оптимизма: оценки несколько превышали среднюю точку по шкале, но не настолько, чтобы засвидетельствовать о безусловно оптимистичных настроениях. Разумеется, на то, как респонденты воспринимают ситуацию, повлиял тот особый период, в который проводилось исследование. Большую часть массива удалось сформировать в период «затишья», когда показатели заболеваемости COVID-19 снизились до минимальных значений, а введенные властями рестрикции были по большей части отменены. И, тем не менее, присутствие не преодоленной эпидемии не могло не отразиться в полученных данных.

Как и предполагалось, молодежь выделяется на общем фоне более высокими оценками: в возрастной когорте от 18 до 29 лет медиана по шкале оценки оказалась равной 6 баллам. В этой группе зафиксирован наименьший разброс значений оценки вокруг этой величины. В моло-

дежной среде сформировалось понимание того, что из всех возрастных групп молодежная когорта находится в наибольшей безопасности: в молодых возрастах болезнь переносилась как обыкновенная респираторное заболевание, а снятие ограничений позволило многим вернуться к работе.

Рис. 1. Оценка субъективного благополучия, средняя оценка по 10-балльной шкале

Далее, в таблицах П1 и П2 (см. стр. 72, 73) представлены результаты порядковой регрессии, в которой зависимой переменной выступала самооценка благополучия, а независимыми были выбраны две переменные: удовлетворенность доходом и самооценка здоровья. Как и предполагалось изначально, факторы здоровья и дохода способны существенно влиять на самочувствие молодых людей.

Оценка состояния здоровья как плохого снижает оценку благополучия примерно на два балла (см. табл. П1). Даже умеренные проблемы со здоровьем (средняя точка шкалы) понижают оценку благополучия на 1 балл. Проблемы с доходами сказываются на самоощущении молодых людей ещё более радикально: оценка благополучия снижается почти на 3 балла по сравнению с контрольной группой, в качестве которой выступают те, кто доходами удовлетворен полностью. Это лишь подтверждает выводы других исследований, согласно которым молодежь прежде всего ориентирована на материальное благополучие. Приличные доходы, жизненный комфорт, доступность услуг в сфере досуга рассматриваются молодыми как важнейшее, но не единственное условие благополучия. Здоровье также относится к таким базовым, «физиологическим» условиям успешной жизни, но, как будет показано дальше, здоровье в современном обществе в значительной степени зависит от доступности медицинских услуг.

В сознании старшей возрастной группы (старше 60 лет) здоровье и материальный достаток занимают важное место. В старшей группе острее переживается крайняя нужда. Сказывается ограниченность возможностей получения дополнительного дохода, которая характерна для данной группы. Остро переживается потеря здоровья: оценка благополучия снижается в этом случае более чем на 3 балла (см. табл. П2). С другой стороны, умеренные, не слишком серьезные проблемы со здо-

ровьем воспринимаются как нечто неизбежное. Так, средняя точка на шкале оценки состояния здоровья снижает оценку благополучия менее чем на 1 балл. Как показывает исследование, экономический фактор и фактор здоровья влияют на состояние благополучия в тех случаях, когда существенно снижают качество жизни, отвлекая от решения других жизненных задач.

Благополучие, здоровье и стандарты жизни

В обществах с высоким уровнем неравенства различия жизненных возможностей затрагивают в большей или меньшей степени все сферы жизни. Обеспеченные слои имеют дополнительные возможности во всех сферах жизни – в области образования, здравоохранения или досуга. Высокие доходы позволяют покупать качественные продукты питания, посещать оздоровительные учреждения, а в случае необходимости обходить стороной государственную медицину, обращаясь напрямую в частные клиники к лучшим врачам. Как показало исследование, люди, находящиеся в благополучной прослойке, реже жалуются на состояние здоровья и выше оценивают свой уровень благополучия.

Рис. 2. Самооценка благополучия и уровень обеспеченности, средние оценки

Как видно из рис. 2, бедные (не способные свести концы с концами) оценивают свой уровень субъективного благополучия величинами ниже средней точки шкалы. В группе бедных большинство опрошенных выбирали значения, находящиеся ниже 4-х баллов. Схожие результаты наблюдаются и в группе околобедных. С каждой ступенькой по шкале обеспеченности медианные оценки благополучия возрастают, достигая максимума в группе состоятельных и богатых. Оптимизм, который излучает состоятельный слой населения, не оказывает серьезного влияния на средние оценки в целом. Дело в том, что сам этой слой невелик и составляет всего 5,7% населения. Что касается слоя богатых, то есть тех, кто имеет безграничные возможности потребления, то он составил в выборке всего 0,9%.

Таблица 1

Самооценка здоровья в группах с разным уровнем дохода, % по столбцу

Состояние здоровья	Группа дохода (самооценка)					
	Бедные	Около-бедные	Средние	Обеспеченные	Состоятельные	Богатые
Очень плохое	6,5	2,4	1,3	0,9	0,7	0,0
Плохое	18,2	15,3	10,2	7,7	5,8	4,7
Удовлетворительное	49,8	57,7	54,5	51,8	46,6	34,9
Хорошее	21,1	20,2	29,0	32,0	38,3	39,5
Отличное	4,5	4,3	5,0	7,6	8,7	20,9

В группе «бедных» доля тех, кто оценивает свое здоровье как «плохое» или «очень плохое», составила почти четверть всех опрошенных (см. табл. 1). Доля тех, кто посчитал, что имеет хорошее или отличное здоровье также оказалась равной примерной четверти. В то же время в группе состоятельных (группу богатых опускаем, поскольку она слишком мала) доля готовых жаловаться на плохое здоровье равна 7,5%, а доля тех, кто готов признать за собой отличное или хорошее здоровье, – примерно половине (46%).

Необходимо понять, что стоит за отмеченной разницей. Возможно, речь идет о разных возрастных группах: молодые и успешнее, и здоровее, чем те, кто находится в пенсионном или предпенсионном возрасте. Если это так, то введя в уравнение регрессии переменную возраст, мы получим возможность существенно сократить различия в оценках здоровья. Второй вариант объяснений связан с особенностями российской территориальной структуры: бедные или околобедные слои, как правило, проживают в сельской местности или небольших населенных пунктах. В этих населенных пунктах наблюдается отток молодежи в сторону больших городов. Иными словами, здесь население не только беднее, но и в среднем старше, чем в больших городах. На самоощущении жителей этих городов и сел сказывается и то, что именно по ним настоящим «катком» прошла так называемая оптимизация медицины, лишившая жителей возможности получать квалифицированную медицинскую помощь. Итак, в основе отмеченных различий лежит скорее всего социальные неравенства и диспропорции, связанные с демонтажем социального государства и переустройством жизненного уклада в пользу больших городов.

Данные предположения проверялись в исследовании с помощью уже опробованной процедуры порядковой регрессии, в которой зависимой переменной стало состояние здоровья, а независимыми тип населенного пункта и возраст.

Результаты такого рода регрессии имеют свойства подробным образом характеризировать все включенные в уравнение переменные. Далее они будут представлены в тех пунктах, которые представляются наиболее важными.

1. Возраст сам по себе не оказывает заметного влияния на субъективное благополучие респондента. Значимо отличаются от остальных только самые молодые (18–28 лет), однако величина этих отличий незначительна (0,39 пункта шкалы благополучия). Иными словами, следует отметить как неподтвердившиеся любые предположения о том, что молодость как физиологический факт может как-то на значимом уровне менять представления индивида о мире, в котором он живет.

2. При том условии, что все остальные переменные находятся под контролем, переменная уровня обеспеченности продемонстрировала наибольший потенциал влиять на самоощущение человека. Респонденты, находящиеся в группе бедных, оценивали свой уровень благополучия почти на 4 балла ниже, чем те, кто принадлежит к состоятельной или богатой группе.

3. Переменная здоровья (при том, что остальные переменные находятся под контролем) продемонстрировала значимое влияние только в одном случае: если респондент считает свое здоровье очень плохим. Во всех других случаях её влияние сглаживается другими переменными и, прежде всего, переменной уровня жизни.

4. Вопреки ожиданиям, тип населенного пункта не оказывает заметного влияния на уровень субъективного благополучия респондента. Некоторые преимущества дает проживание в столичных городах – Москве или Санкт-Петербурге, а также другом большом городе, но зафиксированные различия и в этом случае невелики (0,7 балла).

Полученные данные позволяют избавиться от ряда важных пресуппозиций относительно того, какие факторы формируют представления о благополучии. Версия, согласно которой благополучным можно быть, не имея приличного дохода, не получила подтверждения. В ходе неолиберальных реформ в современном общественном сознании сложилась установка на коммерциализацию благополучия, на представление благополучия как стандарта жизни, который в свою очередь открывает дорогу ко всем другим благам.

Социальное благополучие и префигуративная культура здорового образа жизни

В российском обществе в последнее время наблюдаются признаки появления культуры «нового благополучия», заимствовавшей основные образцы из внешнего мира, т. е. стран, где подобная культура получила значительное развитие. Речь идет о культуре, связующей четыре основных компонента: 1) позитивный взгляд на мир как пластичную реальность, которую в определенных пределах можно изменять в своих интересах, 2) здоровый образ жизни, свободный от наркотиков, алкоголя или иных чрезмерных нагрузок на организм, 3) постоянное физическое движение, поддерживающее тонус, и 4) акцент на личное совершенствование – физическое, профессиональное, духовное. По каждому из названных направлений образовался собственный сегмент системы услуг – тренеров, учителей, бизнес-гуру, наставников в деле личностного роста. «Новое благополучие» стало в последнее время не просто целью многих молодых людей и людей среднего возраста, а альтернативной культурой поведения. Как и следовало ожидать, наибольшее распространение новая культура получила в об-

разованных слоях населения, а если быть более точным, в «среднем классе» – социальной группе, объединяющей характеристики экономического благополучия и чуткое отношение к глобальным тенденциям в области заботы о здоровье и внешности.

Культура спорта, продвигающего ценности здорового образа жизни, здорового потомства, да к тому же еще и ценностей fair play возникла в XIX в. в элитных учебных заведениях Великобритании и США. Однако как любой набор потребительских предпочтений, свойственный элитным слоям, ценностный комплекс, акцентирующий здоровье и долголетие, «разошелся» в обществе, прежде всего, в тех слоях, которые подражали элитам, хотели быть на них похожи. Теперь уже не совсем важно, что было в начале, какими мотивами руководствовались те, кто записывался, поступив в университет, на курсы гольфа или начинал тренироваться в гребле. Культура твердо вошла в набор жизненных мотиваций среднего класса и, соответственно, обозначила границы нормы и патологии. К норме относится все то, о чем было сказано выше – спорт, личностный рост, позитивный взгляд на мир. Патологией стала стратегия саморазрушения, которая чаще всего принимала форму активного употребления крепких спиртных напитков.

В какой-то момент культура «нового благополучия», которую культивировал средний класс, стала антиподом темным сторонам культуры современного рабочего класса, ищущего необычных ощущений в наркотиках или спиртном. О том, что так называемые «пролы» обречены быть носителями культуры грубых удовольствий, жить коротко, не получая продвинутых форм медицинского обслуживания даже в критических ситуациях, говорилось в наиболее известных антиутопиях XX в. – романах О. Хаксли и Дж. Оруэлла.

Логично предположить, что оценки здоровья будут разными в разных социальных группах – выше в среднем классе и ниже в других классах, имеющих более низкие стандарты жизни. Эти предположения получили подтверждение в полученных данных, но различия оказались не столько значительными, как предполагалось изначально (см. табл. 2).

Таблица 2

Удовлетворенность здоровьем в среднем классе (группы с высоким уровнем доходам и высшим образованием) и другими классами, % по столбцу

Удовлетворенность здоровьем	Средний класс	Другие классы
Совсем не удовлетворен(а)	2,7	6,6
В основном не удовлетворен(а)	10,7	14,1
В чем-то удовлетворен(а), в чем-то нет	37,5	37,0
В основном удовлетворен(а)	35,8	30,4
Полностью удовлетворен(а)	12,5	11,2
Ко мне не относится	0,8	0,8

В среднем классе действительно существенно меньше доля тех, кто совсем не удовлетворен здоровьем, а также меньше тех, кто не удовлетворен в основном. Если в среднем классе доля тех, кто недоволен собственным здоровьем, составляет 13,4%, то в других классах – 20,7%.

Соответственно в среднем классе доля тех, кто удовлетворен своим здоровьем в основном или полностью несколько больше (на 7–8%), чем в других классах.

Данный результат наводит на следующие размышления. Принадлежность к среднему классу не следует рассматривать как неперемное условие включенности в культуру «нового благополучия». На самом деле границы культуры и границы класса могут различаться в существенных пределах. Так, значительная часть среднего класса может хранить лояльность традиционной культуре со всеми вытекающими из этого последствиями, а новая культура может продвигаться за счет тех, кто хотя и не является средним классом, планирует принадлежать к нему в будущем.

Респондентам был задан вопрос о том, чего же им более всего не хватает в настоящее время. Шкала варьировалась от «не хватает постоянно» до «хватает в полной мере». В ходе анализа выявились 5 факторов, покрывающих 60,9% дисперсии (см. табл. 3).

Таблица 3

Результаты факторного анализа

Чего не хватает, чтобы чувствовать себя счастливым	Компонент				
	«Неспокойный»	«Ищущий»	«Семейный»	«Гармоничный»	«Меркантильный»
Образования	0,069	0,776	0,108	0,053	0,224
Знаний	0,167	0,828	0,081	0,109	0,140
Жизненного опыта	0,291	0,708	0,055	0,192	-0,059
Квалификации	0,174	0,793	0,129	0,044	0,216
Спокойствия	0,505	0,279	0,026	0,211	0,255
Денег	0,219	0,132	0,002	0,105	0,769
Комфортного жилья	0,162	0,229	0,147	0,167	0,629
Свободного времени	0,143	0,096	0,044	0,760	0,120
Общения с друзьями	0,181	0,122	0,200	0,804	0,108
Общения с близкими	0,139	0,104	0,360	0,744	0,067
Близкого человека	0,123	0,073	0,743	0,261	0,212
Мира, счастья в семейной жизни	0,276	0,089	0,734	0,168	0,214
Детей	0,147	0,114	0,738	0,017	-0,053
Возможности жить по совести	0,476	0,198	0,412	0,075	-0,165
Интересной работы	0,379	0,310	0,191	-0,011	0,396
Оптимизма	0,721	0,186	0,209	0,094	0,128
Мудрости	0,692	0,317	0,091	0,153	-0,077
Здоровья	0,640	0,005	0,144	0,074	0,202
Справедливого отношения ко мне	0,614	0,120	0,196	0,156	0,277
Удачи, везения	0,613	0,096	0,100	0,149	0,386

Вес первого фактора – максимальный – 16% от суммарной дисперсии. В данной системе координат наиболее важными переменными являются оптимизм, мудрость, здоровье, наличие справедливости, а также удачи и везения. Данный тип относится к категории «неспокойных», неудовлетворенных текущим душевным состоянием. Депривация касается, прежде всего, того, что происходит внутри, но это субъективное ощущение явным образом связано с внешними обстоятельствами. Именно так следует рассматривать акцент на везение, удачу, на ту несправедливость, с которой приходится сталкиваться в мире.

Второй тип – «ищущий» (14,6%) – ориентирован на образование, знания, квалификацию. В них он ищет возможности благополучия, внешнего и внутреннего.

Третий тип – «семейный» (11%) – желает благополучия, которое дает человеку собственная семья, гармония в отношениях с супругом и детьми.

Четвертый тип (10,5%) также ищет гармонии в человеческих отношениях, но это отношения иного типа – друзья, близкие люди. Для этого типа субъективное благополучие приходит через ощущение свободы, которое он или она ищут за границей рабочего места.

Последний, пятый тип («меркантильный» – 9%) стремится в этой жизни к деньгам и комфорту, которые, считает он, смогут дать ему то, что именуется благополучием. Все остальное, по его мнению, прилагается к тем материальным условиям успеха, которыми он или она смогут себя окружить. Итак, если подводить итоги, культура «нового благополучия» существует, но прежде всего в надеждах на рост и преодоление текущей, далеко не всегда благоприятной ситуации. В поисках благополучия респондент ищет внутренней гармонии, мира с самим собой, которого сложно добиться, если возникают проблемы со здоровьем. Таким образом, здоровье – это важнейшее условие дальнейшей работы по установлению внутренней гармонии. Важную роль в достижении субъективного благополучия играют отношения с другими людьми, прежде всего близкими. В одном случае это – семья, дети, в другом – это друзья, те люди, с которыми хочется проводить вместе время. Но для того, чтобы добиваться субъективного благополучия, необходимо инвестировать в себя, в образование, квалификацию, знания. Эти инвестиции дают двойкий эффект – ощущение роста, с одной стороны, и признание, в том числе и материальное, вовне. Ориентация на деньги и комфорт оказались заключенными в самом последнем, наименее влиятельном типе, но это не означает, что они не важны. Как показали данные исследования, респонденты отлично понимают, что многое из того, что мыслится ими как важнейшие, конечные ценности, в современном мире обусловлены стабильным и желательно приличным доходом.

Ощущение благополучия и доступность медицинской помощи

Как уже говорилось выше, какую-то часть населения проблема доступности медицинской помощи не касается напрямую. И, действительно, если респондент в целом здоров, если здоровы его или её близкие, то состояние медицины для него менее важно, чем того, кто пользуется её услуга-

ми регулярно. Эти соображения могли бы иметь право на существование, если бы речь шла об обычных временах, если бы исследование не проводилось в период пандемии, когда болезнь приняла форму общественной угрозы, заставив задуматься о качестве медицины не только тех, кто и до этого страдал от разных недугов, но и тех, кто наблюдал её распространение в ближайшем окружении – в городе, районе, селе. Иными словами, сами обстоятельства поставили проблему благополучия и проблему получения медицинской помощи в одну связку.

Как и предполагалось, оценка доступности медицинской помощи зависит от возраста (см. табл. 4).

Таблица 4

Распределение ответов на вопрос об оценке уровня доступности медицинской помощи по возрастным группам, % по столбцу

Как бы Вы оценили уровень доступности медицинской помощи в Вашем населенном пункте?	Возрастные группы, лет				
	18–29	30–39	40–49	50–59	60 и старше
Очень низкий	8,9	12,3	14,0	13,0	13,7
В основном низкий	20,0	24,0	26,7	27,2	25,8
По каким-то заболеваниям высокий, по каким-то низкий	42,2	40,7	40,0	39,9	39,3
В основном высокий	22,4	18,1	15,2	16,8	17,8
Очень высокий	6,5	5,0	4,1	3,0	3,6

В наиболее молодой группе доля тех, кто считает, что уровень доступности медицинских услуг высокий, оказалась на максимуме – 28,9%. Такая же доля опрошенных посчитали, что доступность услуг низкая – 28,9%.

Во всех остальных возрастных группах доля тех, кто считает, что доступ к услугам высокий, колеблется вокруг цифры в 20%, а доля «скептиков» увеличивается примерно до 40%.

Около 40% выбирают вариант, который представляет картину смешанными красками – по каким-то услугам доступ высокий, а по каким-то низкий.

Можно считать симптоматичным то, что на общем фоне пожилые респонденты практически не отличаются от других социальных групп: структура оценок в этой возрастной когорте такая же, как и в других. Доступность медицинских услуг имеет прямое, значимое влияние на уровень благополучия, который переживает респондент.

Зависимость, которая была выявлена корреляционным анализом, можно охарактеризовать следующим образом: чем выше доступность медицинской помощи, тем выше уровень субъективного благополучия, которое испытывает респондент (см. табл. 5).

Таблица 5

Корреляция уровня благополучия и доступности медицинской помощи в месте проживания (коэффициенты Спирмена и Кендалла)

Переменные	Показатели корреляционной связи	Оценка доступности медицинской помощи	Самооценка материального благополучия по 10-балльной шкале
Коэффициент корреляции: Тау-в Кендалла			
Оценка доступности медицинской помощи	Коэффициент корреляции	1,000	0,191**
	Значимость (двухсторонняя)	.	0,000
	Число	4693	4693
Самооценка материального благополучия по 10-балльной шкале	Коэффициент корреляции	0,191**	1,000
	Значимость (двухсторонняя)	0,000	.
	Число	4693	5021
Коэффициент корреляции: Ро Спирмена			
Оценка доступности медицинской помощи	Коэффициент корреляции	1,000	0,234**
	Значимость (двухсторонняя)	.	0,000
	Число	4693	4693
Самооценка материального благополучия по 10-балльной шкале	Коэффициент корреляции	0,234**	1,000
	Значимость (двухсторонняя)	0,000	.
	Число	4693	5021

**. Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Возникает вопрос: в чем респонденты обнаруживают слабости местной медицины?

В большинстве населенных пунктов состояние медицины плачевное (см. табл. ПЗ, стр. 74). Отсутствует нормальное, работающее оборудование, к врачам выстраиваются огромные очереди, квалифицированную помощь можно получить разве что за деньги, врачи равнодушны, да к тому же низкоквалифицированы. Пациентам в регионах тяжело получить квоту на бесплатное лечение, направление к специалистам выдается неохотно, «скорая помощь» работает медленно, а состояние больниц и поликлиник вызывает законные нарекания пациентов. Примерно один из восьми опрошенных жаловался на отдаленность больниц или клиник, до которых бывает трудно добраться. Речь идет о последствиях так называемой «оптимизации» – закрытия больниц и клиник в отдаленных населенных пунктах, в результате которой их жители фактически остались без медицинской помощи. 42,9% опрошенных считают, что в том регионе, где они живут, либо невозможно, либо очень трудно добиться бесплатного лечения действительно серьезных заболеваний таких, например, как заболевания сердца. В российском обществе плачевное состояние медицины после её оптимизации стало одним из факторов, способных существенно понижать уровень субъективного благополучия.

Полученные данные заставляют отнестись серьезно к выводам американского ученого Н. Брэдберна, которые он сделал на основании про-

веденного им масштабного исследования [Bradburn, 1969]. Существуют, полагал Брэдберн, факторы, которые способны повышать общий уровень субъективного благополучия в обществе, но при этом их отсутствие или заведомая слабость не имеют свойства понижать ощущение благополучия. В то же время ряд факторов в обычных обстоятельствах не влияют на общее ощущение благополучия, особенно если речь идет о здоровом человеке, но в кризисной ситуации они выходят на первый план и становятся едва ли не основными в определении того, как чувствует себя респондент. Здравоохранение, как и многие другие аспекты жизни, находятся в таком фоновом по отношению к субъективному благополучию состоянии. Деграция медицины, резкое снижение доступности медицинских услуг, подчеркиваемое набирающей силу пандемией, становится серьезным фактором, понижающим общее самочувствие населения. Как правило, респонденты рассматривают изменения как фактор, который может сыграть в обе стороны – в сторону улучшения жизни и в сторону её ухудшения. Реформа медицины стала одним из факторов серьезного ухудшения психологического благополучия в российском обществе.

Платная медицина

Оптимизация медицины привела к тому, что получить квалифицированную медицинскую помощь стало сложно не только на далекой периферии, но и в столичных городах – Москве и Санкт-Петербурге (см. табл. 6). Как показало исследование, примерно один из шести жителей столиц считает, что получить услуги специалиста либо невозможно, либо очень трудно.

Таблица 6

Насколько легко в Вашем городе получить бесплатную консультацию врача-специалиста?

Распределение в % по столбцу в зависимости от типа населенного пункта

Насколько легко получить бесплатную консультацию врача-специалиста	Москва	Санкт-Петербург	Города с численностью жителей					Село, деревня
			1 млн или более	500-999 тыс.	100-499 тыс.	50-99 тыс.	10-49 тыс.	
Невозможно	1,5	1,9	3,0	2,2	3,2	3,7	1,5	24,4
Очень трудно	3,9	4,4	5,3	7,9	11,2	13,8	11,1	10,9
В основном трудно	9,0	13,9	18,1	17,9	22,0	23,4	34,8	16,8
Иногда легко, иногда трудно	30,4	34,8	36,7	35,0	30,2	33,0	30,0	22,8
В основном легко	36,4	35,4	25,4	26,7	25,0	19,5	12,6	12,9
Очень легко	18,8	9,5	11,5	10,2	8,0	5,7	4,1	3,4
Затрудняюсь ответить	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	1,0	5,9	8,7

Если респондент живет в деревне, то здесь ситуация гораздо хуже. Около четверти опрошенных считает, что получить консультацию врача-специалиста в их населенном пункте невозможно, 10,9% – очень трудно, 16,9% – в основном трудно. В сумме более половины тех, кто живет в деревнях, испытывает серьезные трудности в тех случаях, когда нужно при-

бегнуть к помощи врача-специалиста. Аналогичные проблемы испытывают жители малых городов, где также закрывались больницы и поликлиники.

Альтернативой бесплатной государственной медицины должна была стать платная медицина, в которую, кстати, перешли многие врачи, работавшие в прошлом в государственных клиниках. Однако ввиду систематического снижения уровня жизни населения она таковой не стала. В 2015 г., по данным исследования SDMR, около 28% граждан решали проблемы с доступностью медицинских услуг посредством платной медицинской помощи. Речь идет именно о платной помощи, а не услугах, покрываемых ОМС. Однако уже в тот момент стало ясно, что платность медицины в российском обществе имеет свои ограничения. Данные показали, что бюджеты, выделяемые на платные услуги в сфере образования или медицины, имеют тенденцию к сокращению. Обнаружилась тенденция к снижению доходов, и, одновременно, те средства, которые семьи экономии на покупку услуг, отпускались на покрытие текущих расходов. Сказалось, помимо всего прочего, нестабильность валюты, которая в течение одного года подешевела более чем на 30%.

В настоящее время у многих жителей провинциальной России нет средств на то, чтобы обращаться к платным специалистам. К тому же после «оптимизации» даже платность не становится гарантией качества получаемых услуг: ведь, как уже говорилось, в системе платной медицины работают, как правило, специалисты, которых сократили из системы государственной медицины, или государственные врачи, подрабатывающие в частном секторе экономики. Иными словами, то, что ранее предоставлялось бесплатно, в настоящее время доступно только на платной основе. Состояние медицины, особенно в той части, которая касается специализированной медицинской помощи, существенно влияет на ощущение благополучия: уровень корреляции Спирмена равен в этом случае 0,18.

Можно, разумеется, сослаться на пандемию и назвать её тем главным «медицинским» фактором, который влияет на состояние субъективного благополучия. Однако, как показал статистический анализ, наибольшее беспокойство вызывает у респондентов не распространяющаяся инфекция, а слабость той системы, которой вменяется в обязанность с ней бороться. Эта система разрушена «оптимизацией», слаба в техническом и кадровом отношении. В том, как функционирует система, налицо серьезные изъяны морально-этического характера. Ощущение благополучия вернется в общество только в том случае, если система будет восстановлена в полном объеме, с тем чтобы получать помощь могли не только жители столиц, но и те, кто лишился её в ходе так называемой ошибочной «реформы».

Выводы

Анализ результатов исследования в первом приближении позволяет сделать следующие выводы:

1. В разных возрастных группах фиксируется разный уровень субъективного благополучия. В молодой когорте уровень субъективного благополучия выше, чем во всех остальных. Однако результаты регрессионного анализа говорят о том, что наблюдаемая зависимость обусловлена двумя важными факторами – уровнем дохода и самооценкой здоровья.

Низкий доход или потеря здоровья способны существенно снизить уровень субъективного благополучия в молодой группе, причем даже более существенно, чем в группах более продвинутых возрастов.

2. Данные исследования говорят о том, что так называемая «новая культура здоровья» существует в массовом сознании, но подпитывается не столько позитивными целями саморазвития, сколько ощущением жизненного негатива, в котором находится респондент и которого он или она хотели бы избежать. Респондентов не устраивает необходимость постоянно перерабатывать, мириться с плохой экологией, решать жизненные задачи за счет досуга.

3. Респонденты переживают состояние медицины как фактор, снижающий уровень субъективного благополучия. Они отмечают, что российские лечебные заведения находятся в плачевном состоянии, что в них катастрофически не хватает врачей-специалистов, что во многих случаях квалифицированная медицинская помощь недостижима. В настоящее время у большинства россиян, в силу имеющихся обстоятельств, нет возможностей активно обращаться в частные медицинские организации, тем более, что в большинстве случаев уровень предоставляемых там услуг примерно такой же, как и в государственных клиниках.

4. Вопреки ожиданиям тип поселения не оказывает существенного влияния на оценку респондентами состояния медицины и связанный с этим уровень субъективного благополучия. Основным фактором, дифференцирующим мировосприятие, остается в настоящее время доход и самооценка здоровья.

Список литературы

Бентам И. Введение в основания нравственности и законодательства. М.: РОССПЭН, 1998. 416 с.

Маслоу А. Мотивация и личность. СПб: Питер, 2008. 352 с.

Тартаковская И. Н., Ваньке А. В. Трудовые траектории прекарных работников и формирование прекарного габитуса // Социологический журнал. 2019. № 2. С. 99–115. DOI: 10.19181/socjour.2019.25.2.6388

Allardt E. *Having, Loving, Being: An Alternative to the Swedish Model of Welfare Research / The Quality of Life*. Ed. By Martha Nussbaum and Amartya Sen. Oxford University Press. 1993. P. 88–95.

Bradburn N. *The Structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine Publishing Company. 1969. 332 p.

Приложение. Таблицы П1-П3

Таблица П1

Влияние самооценки здоровья и удовлетворенности доходом на уровень субъективного благополучия в возрастной группе «18–29 лет»
(модель порядковой регрессии)

Оценки параметров									
Переменные влияния: благополучие, удовлетворенность доходом, самооценки здоровья	Оценка	Стандартная ошибка	Вальд	Ст. св.	Значимость	95% доверительный интервал			
						Нижняя граница	Верхняя граница		
Пороговое значение	[Благополучие = 1]	0,443	328,543	1	0,000	-8,896	-7,160		
	[Благополучие = 2]	0,295	497,431	1	0,000	-7,167	-6,009		
	[Благополучие = 3]	0,245	436,857	1	0,000	-5,596	-4,636		
	[Благополучие = 4]	0,226	263,730	1	0,000	-4,120	-3,232		
	[Благополучие = 5]	0,216	122,638	1	0,000	-2,818	-1,971		
	[Благополучие = 6]	0,210	48,114	1	0,000	-1,868	-1,045		
	[Благополучие = 7]	0,205	0,934	1	0,334	-0,599	0,203		
	[Благополучие = 8]	0,218	23,309	1	0,000	0,625	1,480		
	[Благополучие = 9]	0,284	69,022	1	0,000	1,803	2,916		
Положение	[Удовлетворенность доходом = 1]	0,230	153,139	1	0,000	-3,300	-2,398		
	[Удовлетворенность доходом = 2]	0,215	86,624	1	0,000	-2,422	-1,580		
	[Удовлетворенность доходом = 3]	0,200	33,426	1	0,000	-1,549	-765		
	[Удовлетворенность доходом = 4]	0,212	3,744	1	0,053	-824	0,005		
	[Удовлетворенность доходом = 5]	.	.	0	.	.	.		
	[Самооценка здоровья = 1]	0,559	12,925	1	0,000	-3,104	-0,914		
	[Самооценка здоровья = 2]	0,250	54,245	1	0,000	-2,330	-1,351		
	[Самооценка здоровья = 3]	0,167	53,422	1	0,000	-1,544	-0,891		
	[Самооценка здоровья = 4]	0,162	20,690	1	0,000	-1,052	-0,418		
Функция связи: Логит.	[Самооценка здоровья = 5]	.	.	0	.	.	.		

^a Этому параметру присвоено значение ноль, так как он является избыточным.

Таблица П2

Влияние состояния здоровья и удовлетворенности доходом на оценку благополучия в возрастной группе «60 лет и старше»
(модель порядковой регрессии)

Оценки параметров							
Переменные влияния: благополучие, удовлетворенность доходом, самооценки здоровья	Оценка	Стандартная ошибка	Вальд	Ст. св.	Значимость	95% доверительный интервал	
						Нижняя граница	Верхняя граница
Пороговое значение	[Благополучие = 1]	1,025	45,021	1	0,000	-8,884	-4,867
	[Благополучие = 2]	1,003	31,458	1	0,000	-7,591	-3,659
	[Благополучие = 3]	0,991	16,806	1	0,000	-6,008	-2,121
	[Благополучие = 4]	0,987	9,882	1	0,002	-5,037	-1,168
	[Благополучие = 5]	0,982	3,121	1	0,077	-3,659	0,190
	[Благополучие = 6]	0,980	,584	1	0,445	-2,669	1,171
	[Благополучие = 7]	0,981	,148	1	0,700	-1,545	2,300
	[Благополучие = 8]	1,000	2,842	1	0,092	-0,274	3,646
	[Благополучие = 9]	1,126	8,909	1	0,003	1,154	5,570
Положение	[Удовлетворенность доходом = 1]	0,443	46,973	1	0,000	-3,905	-2,168
	[Удовлетворенность доходом = 2]	0,426	19,934	1	0,000	-2,737	-1,067
	[Удовлетворенность доходом = 3]	0,423	5,840	1	0,016	-1,853	-0,193
	[Удовлетворенность доходом =4]	0,440	0,004	1	0,953	-0,889	0,837
	[Удовлетворенность доходом =5]	.	.	0	.	.	.
	[Самооценка здоровья =1]	1,040	8,959	1	0,003	-5,154	-1,075
	[Самооценка здоровья =2]	0,909	3,734	1	0,053	-3,539	0,025
	[Самооценка здоровья =3]	0,896	1,047	1	0,306	-2,672	0,839
	[Самооценка здоровья =4]	0,917	0,004	1	0,950	-1,854	1,739
[Самооценка здоровья =5]	0 ^a	.	.	0	.	.	.
Функция связи: Логит.							
^a Этому параметру присвоено значение ноль, так как он является избыточным.							

Таблица ПЗ

Распределение ответов на вопрос о недостатках современной российской медицины в зависимости от типа населенного пункта, % по столбцу

Недостатки	Москва	Санкт-Петербург	Город с численностью жителей					Село, деревня	В целом
			1 млн или более	500–999 тыс.	100–499 тыс.	50–99 тыс.	10–49 тыс.		
В больницах, поликлиниках нет нормального оборудования	33,1	29,8	44,9	44,0	46,2	49,9	45,3	46,9	43,8
В больницах, поликлиниках длинные очереди	40,6	55,8	61,3	60,8	62,8	58,6	43,4	32,3	49,8
Квалифицированная помощь в основном за деньги	56,9	51,0	61,0	58,5	58,0	57,7	42,3	30,1	47,5
Врачи равнодушны к больным, к делу относятся формально	54,4	44,2	47,6	44,5	46,7	44,3	33,8	21,8	37,2
У врачей низкая квалификация, они не знают, как лечить	50,0	27,9	40,5	38,4	37,1	39,7	38,4	28,9	35,4
Трудно пройти по квоте на бесплатное лечение	36,3	46,2	43,5	38,9	40,8	29,9	21,1	14,6	29,1
Лекарства непомерно дороги, недоступны для таких как я	31,3	33,7	30,4	29,7	31,7	28,7	30,8	22,2	28,4
Невозможно получить направление в медучреждение, имеющее нужных специалистов	35,6	38,5	38,4	31,7	37,2	34,5	20,9	17,3	28,1
Медленно работает «скорая помощь»	20,6	22,1	29,5	26,9	25,9	20,3	24,1	19,8	23,6
Запущенное состояние медучреждений, отсутствие ремонта	20,0	16,3	33,9	28,3	29,5	24,3	14,3	21,1	23,5
В больницах, клиниках мало мест, не добьешься госпитализации	22,5	22,1	26,8	25,5	27,3	22,9	25,1	15,1	22,4
Больницы, клиники слишком далеко, трудно добираться	10,0	20,2	10,1	7,3	7,3	6,4	15,2	22,0	13,1
Другое	1,9	1,9	2,1	2,0	2,7	4,1	3,9	8,5	4,3