

конструкты. Основные трудности заключаются в формировании коллективов, которые будут заниматься проектированием и внедрением в практику технологий развития толерантности и патриотизма.

Список литературы:

1. Лурье С.В. Национализм, этничность, культура. Категории науки и историческая практика // Общественные науки и современность. М. – 1999. - № 4. – С. 101-111.

2. Абдулкаримов Г.Г. Теоретические проблемы этнополитики в России. Этносоциология модернизации современной России. – 2008. М. – 2008. С. 42-48.

3. Семененко И.С. Культурные факторы и механизмы формирования российской национально-цивилизационной идентичности на рубеже XXI в. // Полис. М. – 2004. – № 1. – С. 101-114.

УДК 316. 5

МИГРАНТЫ О ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИНТЕРВЬЮ В РАЗНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУППАХ

Л.Е. Петрова,

к.соц.н., доцент,

ГБОУ ВПО УрГПУ

[*docentpetrova@gmail.com*](mailto:docentpetrova@gmail.com)

IMMIGRANTS HEALTH CARE: ACCESSIBILITY AND QUALITY OF CARE BASED ON AN INTERVIEW IN DIFFERENT ETHNIC GROUPS

Petrova Larisa Evgenevna

Candidate of Science (Social Science), associate Prof., Ural State

Pedagogical University, Ekaterinburg

[*docentpetrova@gmail.com*](mailto:docentpetrova@gmail.com)

АННОТАЦИЯ

По результатам полуформализованных интервью в Екатеринбурге (n=41) доступность и качество услуг здравоохранения для мигрантов связаны с режимом безопасности через контроль здоровья, необходимостью платных медицинских услуг в случае отсутствия гражданства РФ, низким уровнем доверия институту здравоохранения вообще и возможности экстренной медицинской помощи. Влияет на отношение к мигрантам в учреждениях здравоохранения статус и социальный капитал мигранта. Установка на самолечение, неудовлетворенность «бесплатной» медициной, приоритеты расходования средств сопоставимы с местным населением. Отношение к геттоизации, «изолированному» обслуживанию мигрантов в сфере здравоохранения, неоднозначно. Социально-уязвимый статус мигрантов усугубляется в ситуации болезни.

ABSTRACT

According to the results semiformalized interviews in Yekaterinburg (n = 41) the availability and quality of health services for migrants related to the security regime through the control of health, the need for paid medical services in the absence of Russian citizenship, a low level of confidence in the institution of public health in general and the possibility of emergency medical care. Effect on attitudes towards migrants in health care status and social capital of the migrant. Installation on a self-dissatisfaction "free" medicine, spending priorities are comparable with the local population. Attitude to ghettoization, "isolated" for migrants in the health sector is ambiguous. Socially vulnerable status of migrants in a situation exacerbated by the disease.

Ключевые слова: мигранты, качество медицинской помощи, социальный капитал

Keywords: immigrants, quality of health care, social capital

Россияне в целом не удовлетворены системой отечественного здравоохранения. Так, по данным Левада-центра, ответ «скорее удовлетворены» дали 27%, «скорее не удовлетворены» - 41%. Отвечая на

вопрос «Как Вы считаете, можете ли Вы, другие члены вашей семьи, получить сейчас при необходимости хорошее медицинское обслуживание?», только 4% дали ясный положительный ответ, 38% - «скорее, да», 37% - «скорее, нет», 16% - «определенно нет» [5].

В 2014 г. кафедрой социологии и политологии УрГПУ по инициативе Министерства физической культуры, спорта и молодежной политики Свердловской области реализован исследовательский проект, посвященный проблемам адаптации мигрантов. Методом полуструктурированного интервью опрошены 41 чел. в разных этнических группах, имеющих на территории области диаспоры (аварцы, армяне, азербайджанцы, вьетнамцы, китайцы, киргизы, узбеки, украинцы, таджики). Выборка квотная по полу, возрасту, времени пребывания в Екатеринбурге. Курсивом приводятся цитаты из интервью, а в скобках – ключевые характеристики информантов. Мы отдаем себе отчет в некоторой неполиткорректности номинации участников исследования по национальности, но это упрощает описание контекста, делает его более точным, потому что многие мигранты, даже недавно проживающие и работающие в Екатеринбурге, уже имеют российское гражданство. И тогда написать «таджикистанец» было бы менее информативно, чем «таджик».

Полученные в ходе указанного проекта данные об отношении мигрантов к системе здравоохранения следует рассматривать именно в общероссийском контексте – отношения жителей РФ к доступности и качеству медицинских услуг. Представляется, что региональная медицина в целом не отличается от федерального уровня. Однако, для мигрантов (трудовых, беженцев, не имеющих гражданства РФ, приехавших из других стран давно и пр.) имеет значение не просто оценка системы здравоохранения, а условия получения медицинских услуг и легкий доступ к ним, а также к медицинской помощи в случае острой необходимости. На этом и сделан акцент в данном тексте.

Мы солидарны с точкой зрения И.Б. Бритвиной об особенностях социальной работы с мигрантами: «Адаптация переселенцев может осложняться и проблемой ухудшения их здоровья в результате стрессов в период переезда и аккультурации. ...степень гарантированности прав для мигрантов можно проанализировать и на примере доступа к медицинскому обслуживанию. Здоровье признается во всем мире как фундаментальное и неотъемлемое право каждого человека. Вместе с тем, когда мы говорим о мигрантах, к сожалению, нужно отметить, что они не имеют равных с местным населением прав доступа к медицинским ресурсам» [1; с. 136]. Уязвимое положение мигрантов, с одной стороны, конструирование систем социальной безопасности вокруг них, с другой, - вот что делает исследования проблемы «здоровоохранение для мигрантов» актуальной и с научной, и с практической точки зрения.

Правовое поле медицинских услуг иностранцам, мигрантам и беженцам. Формально, принципиальных особенностей в организации получения услуг в области здравоохранения для иностранцев нет: по ФЗ РФ от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», медицинскую помощь иностранцам могут оказывать медицинские и иные организации, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность. Условия предоставления услуг учитывают правовой статус иностранцев – «При угрозе жизни медицинская помощь ... оказывается бесплатно (экстренная медицинская помощь). Бесплатно предоставляется и неотложная медицинская помощь в форме скорой (в т. ч. скорой специализированной) медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Иная медицинская помощь в неотложной форме, а также медицинская помощь в плановой форме оказывается иностранным гражданам за плату. Также иностранцы могут получить медицинскую помощь по договорам добровольного и (или) обязательного медицинского страхования. Для получения плановой медицинской помощи иностранный гражданин ... должен представить

письменные гарантии исполнения обязательства по оплате медицинских услуг или внести предоплату, исходя из предполагаемого их объема. Гражданин обязан предъявить полис ОМС при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни» [4]. Результаты исследования показали, что, несмотря на имеющийся механизм предоставления услуг, трудовые мигранты, вынужденные переселенцы не всегда эффективно используют его, зачастую демонстрируя недостаточный уровень правовых знаний.

Граждане РФ. Этническая принадлежность может не иметь значения при наличии гражданства России: «...*Всевышний дал здоровье, не жалеюсь. [Проблем] не было, я — гражданин России..., медицинское обеспечение — все в установленном порядке*» (аварец, 39 лет); «*Медицина в РФ бесплатная, я ее и получал бесплатно, никогда никакие деньги никому не давались... Потому что врачи делают свои должностные обязанности нормально, как и у всех людей*» (армянин, 24 года).

Восприятие проблем со здравоохранением не отличается у тех, кто приехал в РФ в последние годы и тех, кто живет здесь давно: «*У меня язвенная болезнь была, почки были. Помогли, как и всем, не очень хорошо. Но я не скажу, что местным помогают лучше. Отнеслись пренебрежительно, но это специфика их работы, они не могут относиться к каждому как к своему родному, то есть — это нормально*» (армянин, 25 лет).

Дилемма «платно/бесплатно». Обычная для оценки дел в здравоохранении ситуация – неудовлетворенность «бесплатной» медициной и возможность более эффективного решения проблем «за деньги»: «*С оформлением медицинских справок были проблемы? Нет. Деньги решают всё!*» (армянин, 25 лет); «*Ребенок, девочка, родилась здесь. Медицинское обслуживание только платное. Не то что бесплатного нет... Я в первый раз пошел в поликлинику бесплатную и зарекся, что больше никогда в жизни ... не пойду, потому что ждать 2 часа в очереди, чтобы к кому-то*

попасть... ..чтобы этот круг пройти, весь рабочий день... я должен быть в поликлинике. Извините, у меня столько времени и желания нет» (армянин, 31 год); «Обращалась в платную больницу, все хорошо» (армянка, 59 лет); «С медициной так-то у нас проблем нету. ...У нас платно же проходится. У нас бесплатно что бывает? Медосмотры здесь проходим, у нас компания оплачивает [магазин]» (киргизка, 23 года); «...трудностей у меня не было. Ну, я обычно в частные поликлиники хожу. В государственных, во-первых, хамят, врачи нервные. А в частных, нормально как-то более или менее себя ведут» (таджичка, 19 лет).

Негативно оценивается стиль взаимодействия медперсонала и пациентов, вне зависимости от наличия гражданства, возможности получения медпомощи по полису ОМС: *«Есть хамское отношение... в госструктурах, тоже самое происходит и в этих [платной медицины] учреждениях. Если мы рожали платно, там были и русские, и не русские. Если мы платно – нам всё можно ... Качество низкое... интересно то, что специалисты есть, но до них дойти сложно. ...Если есть проблемы – ищем людей, круг знакомых большой» (армянин, 31 год).*

Использование медицинского страхования. Не имеющие гражданства РФ не имеют и полиса обязательного медицинского страхования. Добровольно или под давлением они оформляют полисы добровольного медицинского страхования. Удовлетворенность такими услугами низкая, но опять стоит заметить, что это – не особенность мигрантов, а системная проблема, в России незначительное число граждан (около 8%) имеют полисы ДМС и, как правило, они оформлены работодателем. *«На почте нам сказали купить медстрахование, стоит 500 рублей, для мигрантов, ВСК на 3 месяца, и у меня наступил страховой случай, заболел мудрый зуб, футболили отовсюду, ... этим я не могу воспользоваться, как будто я купила чистый лист, отмывание простое» (украинка, 29 лет); «...есть страховая компания... предоставляет ... полисы иностранным гражданам на экстренный случай, например, на работе что-*

то произойдёт. ... если без страховки обратиться, нигде не пройдет» (таджик, 21 год); *«Я сама несколько раз получала [полис ДМС], но этих полисов хватало на 2 или 3 осмотра. Всё. Потом уже не существует их в базе данных»* (таджичка, 19 лет).

Необходимость оказания высокотехнологичной помощи. Как и для местных жителей, проблема медицинской помощи встает тогда, когда требуется высококвалифицированная, обычно – стационарная помощь, которую частные клиники не оказывают: *«...сказали нам что там [в частной клинике] не берутся оперировать. Придётся в другую...в государственную. Мы первую операцию сделаем, а другую не сможем. Эта...проблема у меня с мамой – медицинского полиса не дают ей. У неё нету [гражданства РФ]. А ей нужно срочно операцию, в течении 3 месяцев или у неё потом будет онкология...»* (таджичка, 19 лет); *«...у меня наступил страховой случай, у меня заболел зуб...Зуб в итоге начала полоскать. [в больнице] мне сделали снимок ..., врач говорит: «Будем удалять», ... будет стоить 7 тысяч. У меня нет таких денег, я говорю: «Я к вам приду, когда заработаю денег»»* (украинка, 29 лет); *«Приехал человек уже старый, ему нужна операция на ноге, ... плати деньги, 30 тысяч, а где он ... возьмет, полиса нет, пишут вот в министерство здравоохранения, уже месяц ни ответа, ни привета, вот, ждем»* (украинец, 68 лет).

Мифы о скорой медицинской помощи. Как было отмечено выше, при угрозе жизни экстренная и неотложная медицинская помощь по-прежнему оказывается бесплатно. Но мигранты не доверяют этой букве закона, основываясь и на мифах о невозможности получить неотложную и экстренную помощь, и, видимо, на негативном опыте: *«...если вы звоните в скорую и они приезжают, а у вас полиса нет, то они уезжают обратно»* (таджичка, 19 лет); *«[острота восприятия проблемы] касается ребенка, если у него будут проблемы, ну, скорую-то вызовет, в любом случае должны помощь оказать, а мы сами [взрослые] протянем, народными методами»* (украинец, 25 лет).

Практики самолечения. Как и жители России, иностранцы, мигранты предпочитают обходиться без посещения врача, если заболевание кажется им легким. Причины, как и для местного населения, - либо в дефиците ресурсов (деньги, время), либо это уверенность в успехе самолечения: «*Бедные ребята [сограждане, коллеги] замучились, ... болят они. Мой племянник, 4 дня у него из носа кровь ... Лекарства [как] могли сделали, но сейчас... он кашляет все равно. Гриппом заболел. ... В больнице мы не были. Лекарства купили, дали. Не обращались, там [на строительном объекте] работать надо. Делать, чтобы деньги. Без деньги сейчас никуда не можешь пойти*» (таджик, 54 года); «*Заболел несколько раз здесь, ... с печенью ... последний раз не лечился, так, прошло. [в больницу не обращались?] Нет. Просто в аптеке лекарств купил, всё. [А почему не обратились в больницу?] Как обратимся туда?... денег нету. ...Еще много лекарств. А откуда мы найдем столько денег [чтобы] купить. Пойдем ... от печени таблетку возьмем, и всё*» (таджик, 19 лет); «*...всегда, если заболела, принимала китайское лекарство. [Вы с собой привозили?] Да, как обычно, это же грипп или ОРВИ*» (китаянка, 25 лет).

Наши данные подтверждаются и данными репрезентативных опросов последних лет. В Москве «около 80% мигрантов не имели возможности пользоваться бесплатной медицинской помощью. При этом 36% обращались за помощью в коммерческие медицинские центры, 60% предпочитали самолечение. При оценке отдельных составляющих жизни в Москве наибольшую неудовлетворенность респондентов (60%) вызывало именно медицинское обслуживание, что почти в 2 раза больше неудовлетворенности семейной жизнью (28%) и в 3 раза бытом и жильем (20%)» [7]. По данным другого исследования, «Абсолютное большинство [опрошенных мигрантов] (89,6%) отмечают, что не могут позволить себе такой роскоши как болезнь. Однако, если такая проблема все же возникает, они предпочитают пользоваться платными медицинскими услугами» [3].

Медицинский контроль: вынужденность vs необходимость.

Здоровье мигрантов в политическом дискурсе рассматривается как источник национальной безопасности. Однако обеспечение на системном уровне правовых основ этой безопасности практически невозможно. Так, п. 5 ст.27 ФЗ от 15.08.1996 г. «О порядке выезда и въезда в РФ», запрещающий мигрантам въезд на территорию РФ без действительного в нашей стране медицинского полиса, почти никогда не исполняется. В 2011 г. внесены изменения в ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в РФ», по которым гастарбайтер, независимо от срока разрешения на работу, обязан представлять справки об отсутствии у него наркомании и инфекционных заболеваний, которые представляют опасность для окружающих, предусмотренные перечнем, утвержденным уполномоченным Правительством РФ, федеральным органом исполнительной власти, а также сертификат об отсутствии ВИЧ-инфекции на бумажном носителе либо в форме электронных документов (ФЗ от 1 июля 2011 г. № 169-ФЗ п. 5, ст. 6.1). Исследователи отмечают, что соблюдение этих норм закона зачастую фактически невозможно: «в крупных городах и прежде всего в Москве добросовестный мониторинг всех въезжающих оказался просто невозможным. В столице лечебные учреждения департамента здравоохранения физически не смогли бы обследовать всех мигрантов. Пропускная способность московских диспансеров не рассчитана на 2 млн. дополнительных обследований в год. ... Федеральная миграционная служба выдавала разрешение на работу по справкам, достоверность которых невозможно было проверить, поскольку в Москве не существует единой базы данных, куда стекались бы сведения об обследованных мигрантах. В итоге по экспертным оценкам в Москве в 2008 г. оказались около 1 млн. не прошедших медицинский контроль гастарбайтеров, а в 2007 г. ни один из 300 мигрантов, страдающих от СПИДа, не был депортирован» [2].

Таким образом, попытки осуществлять социальный контроль здоровья иностранцев, мигрантов, прибывающих на территорию РФ, оказываются

неэффективными. Однако участники нашего исследования дополняют эти позиции с учетом своего опыта. Обращение в медицинские учреждения может быть инициировано работодателем – санитарная книжка, например. И это требование не является эксклюзивным для иностранцев: «...медосмотр проходим каждые 3 месяца..., прививки, конечно. Не было проблем, там и русские, и армяне, ... 15 минут и все. Руководители кафе за всё это платят» (узбек, 25 лет); «... да, медицина хорошая, для поселения в общежитие мы должны были пройти медицинскую комиссию» (вьетнамец, 33 года).

Другая ситуация – необходимость получения официальных документов для пребывания на территории РФ: «...когда разрешение на работу получил, 2 года [назад], я работал, конечно. Я сам прохожу. Как остальные, тоже в очередях, 2-3 дня. Надо было – проходили» (таджик, 51 год); «...справку делали, чтобы собрать все документы, чтобы получить РВП [разрешение на временное пребывание на территории РФ]» (украинец, 25 лет); «Делали справки, что на меня, что на детей, стоит это все бешенные деньги: 1250 рублей на каждого, об отсутствии у меня всего и у детей, заставили детей сдавать все прививки и доплатили 2150– это обследование, без этого, сказали, не возьмут документы на РВП» (украинка, 50 лет).

Проблемы знания русского языка. Если иностранец или мигрант получают формальное медицинское освидетельствование (получение разрешения, санкнижки), то языковой барьер не является значимым. Для удобства в некоторых поликлиниках есть даже указатели на иностранном языке: «проходил санитарную книжку тоже, в поликлинике в районе... Таганского. ... там иностранных граждан много ...и все условия созданы. Кассы на отдельных языках – на русском есть, на таджикском, на китайском, по-моему, тоже. Всё, условия все нормальные» (таджик, 21 год).

Если помощь нужна специализированная, требующая диалога, консультации, в том числе – детям, то знание языка оказывается важным: «зависит от врача, некоторые говорят быстро очень, а другие видят – это иностранцы, и тогда помедленнее, а некоторые нет... вы же учитесь тоже

русскому языку. И тогда мы: а можно повторить еще раз? ...моя подруга... Она сейчас работает здесь на Таганском рынке, родила ребенка. И ... ребенок ... заболел. Тогда мне нужно пойти к ней, помочь – переводить. Перевести на русский, что сказал врач» (китайка, 25 лет).

Проблемы в коммуникации с пациентами, недостаточно хорошо владеющими русским языком, отмечены и в интервью с мигранткой из Киргизии, которая давно живет в России и работает врачом: *«А те люди, которые не имеют возможности, без образования, из аулов, ...они даже в столице пару дней не жили, в Бишкеке. Сюда они приезжают, действительно два слова не могут связать, даже свои имя, фамилию. Я сталкиваюсь, ... кто не может общаться, проблему рассказать. ...где болит показать пальцем не могут» (киргизка, врач-гинеколог).*

Влияние социального статуса, капитала и страны происхождения.

На восприятие иностранца, мигранта в учреждении здравоохранения (думается, и в других публичных официальных пространствах) влияет объем социального капитала (возможность и желание изъясняться, внешний вид, общий уровень культуры, использование социальных связей), социальный статус (рабочий на стройке или аспирант университета), престиж той или иной страны, восприятие культуры как чужой или близкой. Так, аспирант университета в качестве пациента воспринимается скорее как экзотика: *«Однажды я проглотил зубочистку, и мне нужно было приехать в больницу № 7. Наверное, они знали, что я иностранец и очень активно помогли. Это произвело на меня хорошее впечатление» (вьетнамец, 33 года).*

А беженцы из Украины считают, что к ним должны относиться не так, как к другим иностранцам: *«Ужасное впечатление [от здравоохранения], я на всех [общих] правах, как со Средней Азии, в такой же очереди, все тоже самое, никого особенного отношения к украинцам» (украинка, 50 лет).*

Необходимость специализированных медицинских учреждений для мигрантов. В современном российском обществе в связи с активными процессами миграции фиксируется феномен, получивший название

«геттоизация», под которым обычно понимается создание локальных замкнутых, изолированных поселений; изоляция от окружающей культурной среды определенной группы людей, в описываемом контексте – иммигрантов. Однако понимать его можно шире – как закрытие, локализацию не только проживания, но и получения услуг. При этом, как показывает наш исследовательский опыт, к геттоизации (изоляции) стремятся зачастую не только иммигранты, но и местные жители. В данном случае представлены ответы на вопрос в интервью о том, требуется ли создание, открытие специализированных медицинских учреждений для мигрантов.

Аргументы против – специальная медицина для мигрантов не нужна: *«необязательно... Смысл не в том, что отдельно или вместе, главное поменять в мозгу людей – что разницы нет. ... Есть политика - не имеет значения нация, имеет значение паспорт. ... если он таджик или русский, у них что – разная кровь или болезни, нет, конечно, симптомы те же самые должны быть, зачем их как-то отделять»* (армянин, 31 год); *«...к мигрантам в обычных больницах относятся [даже] лучше, потому что они могут заплатить, они и будут платить в любом случае»* (армянин, 25 лет); *«Медицинское учреждение должно быть для всех, доктор для того, чтобы лечить всех, как говорится, без пола, вероисповедания и т.д.»* (армянин, 44 года).

Трудно определить позицию. В обсуждении доступности и изолированности медицинской помощи для мигрантов контекст был общегражданский: *«Мне кажется да, необходимы. ... с другой стороны, подразделять – это не особо. Вопрос спорный, я не знаю, как ответить на это. Нам нужны настоящие врачи, которые понимают, где что как делать»* (армянка, 19 лет); *«я думаю да, ну, не знаю, просто бывает, приезжают как называют – мигранты, все равно надо будет сходить в поликлинику, обследоваться. Люди разные..., разные национальности, кто-то захочет ходить туда, может кто-то и не пойдет»* (узбечка, 25 лет).

Аргументы «за» изоляцию в здравоохранении. Показательно, что, аргументируя геттоизацию, мигранты исходят из позиции уязвимости, ориентируются на восприятие их пребывания в России местными жителями: «...если местных граждан смущаем, то нужно» (узбечка, 24 года); «если мы не стесняем, то зачем, главное, чтобы помощь оказали» (украинец, 27 лет); «Может, временная программа какая-то, потому что отдельным учреждениям это не выгодно. Чтобы столкновений со всеми не было, или кабинеты отдельные» (украинец, 25 лет); «Я думаю да, потому что люди приезжают, мы без средств едем сюда, мы же не виноваты, что в такой ситуации оказались» (украинка, 50 лет).

Эти высказывания можно связать с полученными другими исследователями фактами нарушения прав иностранцев, мигрантов в получении медицинской помощи: «В ... исследованиях нарушений прав мигрантов в различных сферах (2006—2007 гг.) выяснилось, что 33,5% респондентов сталкивалось с нарушением своих прав при получении медицинского обслуживания» [3].

Таким образом, мигранты расценивают доступность и качество здравоохранения сопоставимо с местным населением – удовлетворенность средняя, платные услуги более доступны, ориентация на самолечение представлена активно из-за дефицита ресурсов (время и деньги). Однако внутри группы мигрантов дифференциация по уровню и частоте пользования услугами здравоохранения связана с контролем над здоровьем со стороны работодателя, а также особенностями конвертации социального капитала, что вообще характерно для современного российского общества в разных сферах [6]. Для достижения целей в области здоровья имеет значение страна происхождения, социальный статус мигранта и его уровень знания русского языка.

Список литературы

1. Бритвина И.Б. Мигранты как объект социальной работы. Учебное пособие. Курган: Курганский гос. ун-т., 2012.

2. Гастарбайтеры заражают Россию СПИДом, <http://health.russia-regionpress.ru/archives/3219/> 2.11.2011 г.

3. Горшков М.К., ред. Мигранты в социокультурном пространстве региона: Социологические очерки. М.: Альфа-М; 2009.

4. Карасова Ю.В., Березовский Д.П., Бутенко О.С. Правовые основы оказания медицинской помощи гражданам, временно находящимся на территории РФ // Правовые вопросы в здравоохранении. 2014. № 12.

5. Опрос проведен 22-25 августа 2014 года по репрезентативной всероссийской выборке городского и сельского населения среди 1600 человек в возрасте 18 лет и старше в 134 населенных пунктах 46 регионов страны. Распределение ответов приводится в процентах от общего числа опрошенных. Статистическая погрешность данных не превышает 3,4%. <http://www.levada.ru/17-09-2014/udovletvorennost-sistemoi-zdravookhraneniya>

6. Петрова Л.Е. Онлайн-образование врача: ограничения конвертации культурного капитала // Высшее образование в России. 2015. № 1. С. 152-158.

7. Проблема незаконной миграции в России: реалии и поиск решений (по итогам социологического исследования) / Международная организация по миграции (МОМ), Бюро МОМ в России. М.: Гендальф; 2004. С. 7.

УДК 316.443

ББК 60.524.56

**ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НАБОР МОЛОДОГО ЧЕЛОВЕКА:
СТРУКТУРА И ПРОБЛЕМЫ КОНСТРУИРОВАНИЯ**

Пименова О.И.,

канд. социол. наук,

УрФУ

**IDENTIFICATION SET OF A YOUNG MAN: STRUCTURE AND
DESIGN PROBLEMS**

Pimenova O.,

Candidate of Sociological Sciences, UFU