



Оригинальная статья
УДК 614.2; 336.5; 316.32; 351.77
JEL I18, I38, H51, C25
https://doi.org/10.52180/1999-9836_2026_22_1_4_60_73
EDN AMPWDI

Роль государства в здравоохранении: сравнительное исследование общественных установок россиян и жителей других стран

Ольга Анатольевна Кислицына
Институт экономики РАН, Москва, Россия
(olga.kislitsyna@gmail.com), (<http://orcid.org/0000-0002-4144-237X>)

Аннотация

На фоне старения населения и роста затрат на медицину вопрос о том, кто должен финансировать здравоохранение – государство или сами граждане – становится особенно актуальным. Несмотря на активное изучение социальной политики, именно здравоохранение как её сфера остаётся изученной недостаточно. Цель исследования – проанализировать: 1) как граждане разных стран рассматривают роль правительства в предоставлении и финансировании медицинской помощи? 2) какие факторы связаны с определённым отношением к роли государства в здравоохранении? Использована новая типология стран, основанная на характеристиках систем здравоохранения. Анализ данных опросов Международной программы социальных исследований (ISSP), собранных в 2016 г., показывает подавляющую поддержку роли государства в здравоохранении во всех рассмотренных странах. Более высокая поддержка отмечается, с одной стороны, в скандинавских странах с широким охватом и государственным финансированием, а также в странах с ограниченным набором медицинских услуг и низкой эффективностью системы. Напротив, наименьшая поддержка зафиксирована в странах, где здравоохранение преимущественно финансируется из частных источников. Для определения значимых социально-демографических и политико-идеологических факторов, влияющих на прогнозирование отношения к роли государства в здравоохранении, используются методы порядковой логистической регрессии. Анализ продемонстрировал значительное влияние мотивов личной заинтересованности на отношение к роли государства в здравоохранении. Так, во многих странах лица с высоким социальным положением чаще выражают несогласие с расширением государственных расходов в данной сфере. Во всех рассматриваемых странах моральная ориентация на общественное благо – приверженность эгалитарным взглядам – оказывается более значимым фактором поддержки роли государства в здравоохранении, чем личные интересы.

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

Для цитирования: Кислицына О.А. Роль государства в здравоохранении: сравнительное исследование общественных установок россиян и жителей других стран // Уровень жизни населения регионов России. 2026. Том 22. № 1. С. 60–73. https://doi.org/10.52180/1999-9836_2026_22_1_4_60_73
EDN AMPWDI



RAR (Research Article Report)
JEL I18, I38, H51, C25
https://doi.org/10.52180/1999-9836_2026_22_1_4_60_73

The Role of the State in Healthcare: A Comparative Study of Social Attitudes of Russians and Residents of Other Countries

Olga A. Kislitsyna
Institute of Economics, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia
(olga.kislitsyna@gmail.com), (<http://orcid.org/0000-0002-4144-237X>)

Abstract¹

Against the backdrop of population aging and rising healthcare costs, the question of who should finance healthcare – the government or citizens themselves – is becoming increasingly relevant. Despite extensive research on social policy, healthcare as one of its domains remains relatively underexplored. The aim of the study is to investigate: 1) How do citizens in different countries perceive the government's role in providing and financing healthcare? 2) Which factors are associated with particular attitudes toward the state's role in healthcare? A new typology of countries based on the characteristics of health systems is used. An analysis of data from the International Social Survey Programme (ISSP) collected in 2016 reveals overwhelming support for the government's role in healthcare across all examined countries. Higher levels of support are observed, on the one hand, in Scandinavian countries with universal coverage and public financing, as well as in countries with limited healthcare services and lower system efficiency. Conversely, the lowest levels of support are found in countries where healthcare is predominantly financed through private sources. To identify significant socio-demographic and political-ideological factors influencing attitudes toward the state's role in healthcare, ordinal logistic regression methods were applied. The analysis demonstrates that self-interest motives have a notable impact on attitudes toward the state's involvement in healthcare: in many countries, individuals with higher social position are more likely to oppose the expansion of public healthcare spending. Across all examined countries, moral commitment to the public good – adherence to egalitarian values – appears to be a stronger determinant of support for the government's role in healthcare than individual self-interest.

Keywords: health care, public opinion, public finance, public services, government accountability, comparative research, International Social Survey Programme (ISSP)

© Кислицына О.А., 2026

For citation: Kislitsyna O.A. The Role of the State in Healthcare: A Comparative Study of Social Attitudes of Russians and Residents of Other Countries. *Uroven' zhizni naseleniya regionov Rossii=Living Standards of the Population in the Regions of Russia*. 2026;22(1):60–73. https://doi.org/10.52180/1999-9836_2026_22_1_4_60_73 (In Russ.)

Введение

Отношение населения к роли государства в здравоохранении представляет важный аспект общественного дискурса. Системы здравоохранения во всём мире сталкиваются с общими проблемами [1], требующими коллективных решений. Во-первых, старение населения становится одним из главных факторов, воздействующих на структуру и финансирование здравоохранения. Увеличение доли пожилых ведёт к росту потребности в долгосрочном уходе, лечении хронических заболеваний и профилактике возрастных болезней. Во-вторых, появление технологических достижений в сфере диагностики, лечения и профилактики значительно повышает не только эффективность медицинских услуг, но одновременно их стоимость. Эти процессы требуют значительных инвестиций, и часто возникает дилемма: кто должен нести основную финансовую нагрузку – государство или сами граждане? Вопрос о том, «кто платит», является одной из самых обсуждаемых тем в политике здравоохранения.

Большое количество литературы посвящено объяснению предпочтений граждан в отношении предоставления услуг социального обеспечения, например [2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9]. На индивидуальном уровне различия в позициях граждан относительно социальной политики государства традиционно интерпретируются сквозь призму двух ключевых теорий: личного интереса и политической идеологии, например [4; 9; 10; 11; 12; 13]. Теория личного интереса акцентирует внимание на индивидуальных выгодах, тогда как теория политической идеологии фокусируется на мировоззренческих ценностях и идеологических ориентациях. Согласно теории личного интереса, поддержка той или иной политики определяется прежде всего личной выгодой или ущербом для индивида. Теория предполагает прямую зависимость между положением человека в обществе и его отношением к государственной поддержке: обладающие более сильными позициями и меньшим риском зависимости от социальных пособий, как правило, менее заинтересованы в щедром государстве всеобщего благосостояния, чем социально уязвимые группы. В качестве альтернативы теория политической идеологии утверждает, что поддержка политики проистекает не только из прагматических соображений, но и из идеологических убеждений и мировоззренческих установок, таких, например,

как эгалитаризм или гуманизм. Хотя эмпирические исследования нередко проверяют обе теории в комплексе, дискуссия об их относительной значимости далека от завершения.

В исследовании, проведённом в 24 странах, установлено, что поддержка государства всеобщего благосостояния формируется сочетанием личного интереса и идеологических установок. При этом тип режима благосостояния и уровень экономического неравенства в стране существенно модифицируют индивидуальные установки: в более универсальных и развитых системах поддержка социальной политики более распространена и менее зависит от личных интересов [2]. Выявлены различия между Восточной и Западной Европой [3]: жители стран Восточной Европы проявляют более высокую поддержку государственных программ, что связано с историческим опытом социалистического государства, в отличие от западных стран, где традиционно превалирует идея индивидуальной ответственности. Существуют и исследования, учитывающие влияние институционального контекста на восприятие государства в социальной сфере. Исследование, проведённое в 21 стране [4], показало, что несмотря на схожие социальные и демографические факторы (возраст, доход, здоровье), влияющие на установки людей, национальный контекст играет решающую роль. Тип системы здравоохранения, уровень социального неравенства и степень институционального развития определяют, как именно формируется поддержка государственного вмешательства. В результате одинаковые социальные «давления» приводят к разным общественным установкам в разных странах, что подчёркивает значение институциональных и культурных контекстов для легитимности государственной политики в сфере здравоохранения. На данных из двух государств всеобщего благосостояния (Германия, США) и Китая показано [6], что социальный класс оказывает как прямое, так и опосредованное влияние на отношение населения к роли государства: значительная часть различий объясняется тем, как люди понимают социальную справедливость. При этом механизмы формирования установок различаются в развитых государствах всеобщего благосостояния и в Китае, где институциональный контекст и исторический опыт усиливают роль представлений о справедливости. Установлено, что поддержка или неприятие социальной

политики государства зависит не только от личных интересов и идеологии, но и от того, насколько люди доверяют политическим институтам и считают правительство компетентным [7]. Высокий уровень доверия и удовлетворённости усиливает готовность граждан поддерживать даже потенциально непопулярные реформы, тогда как недоверие ведёт к сопротивлению изменениям и предпочтению сохранения текущего положения.

Некоторые исследования фокусируются на национальных особенностях и изменении общественных установок во времени. В Китае [9] за период 2004–2014 гг. наблюдается рост ожиданий участия государства в социальной защите и изменение мотивации к участию в программах социального обеспечения: в начале периода отношение к государственному обеспечению определялось личными интересами, идеологией и институциональными различиями, однако после реформ их влияние ослабло; к 2014 г. решающим фактором стал социально-экономический статус, тогда как различия по хукоу (система регистрации домохозяйств) и месту проживания утратили значимость. В России [14], напротив, в 2006–2016 гг. снизилась поддержка роли государства в здравоохранении: если в 2006 г. она определялась, главным образом, идеологией, то к 2016 г. выросло значение личных интересов. В США [11] после кризиса 2009 г. зафиксирован значительный рост позитивного отношения к программам государственного социального обеспечения. Если до кризиса (2006 г.) отношение к социальным выплатам в основном зависело от социально-экономических характеристик человека – уровня образования, социального класса и статуса занятости, то после кризиса (2017 г.) ключевыми факторами стали ценностные ориентиры, такие как политическая принадлежность и религиозность. В Великобритании [8] исследователи показывают, что поддержка социальной политики не сводится просто к поддержке активной роли государства: люди могут одобрять перераспределение и социальную защиту, но при этом скептически относиться к прямому государственному управлению и вмешательству. Граждане Великобритании нередко поддерживают цели социального государства (сокращение неравенства, помощь нуждающимся), но расходятся во взглядах на инструменты их достижения. Отношение к социальной политике зависит от идеологии, социального положения и опыта взаимодействия с государственными институтами. В Норвегии [10] поддержка коллективного здравоохранения зависит от личных интересов и идеологии. Пожилые, малообеспеченные и люди с плохим здоровьем выступают за рост госрасходов и против софи-

нансирования услуг. Напротив, либерально-консервативные избиратели поддерживают введение соплатежей и частное страхование, но стремятся ограничить государственные траты. Поддержка коллективной модели здравоохранения в Португалии также зависит как от идеологических установок, так и от факторов личного интереса (возраст, здоровье, социально-экономическое положение) [12]. В Исландии [15] мнение населения о роли государства формируется одновременно личными и идеологическими факторами. Пожилые и социально уязвимые группы чаще поддерживают государственное финансирование и предоставление услуг, тогда как обеспеченные и здоровые граждане склонны полагаться на частные механизмы.

Примечательно, что большинство существующих работ, изучающих общественные взгляды на роль государства, рассматривают социальную политику в целом, уделяя здравоохранению как отдельной сфере недостаточное внимание [15]. Следовательно, остаётся открытым вопрос о применимости полученных выводов конкретно к роли государства в обеспечении медицинской помощи. Это подчёркивает актуальность исследования взглядов населения на роль государства в обеспечении медицинской помощи и необходимость анализа факторов, влияющих на легитимность и устойчивость государственных инициатив в этой сфере.

Цель исследования – изучить: 1) как граждане разных стран оценивают роль правительства в предоставлении и финансировании медицинской помощи? 2) какие факторы связаны с определённым отношением к роли государства в здравоохранении? Объект исследования: население разных стран. Предмет исследования: отношение населения к роли государства в здравоохранении. Гипотезы исследования: 1. Жители стран с высокоэффективными системами здравоохранения, финансируемыми государством и ориентированными на первичную медико-санитарную помощь, поддерживают политику государственного вмешательства в здравоохранение в большей степени. Жители стран со значительной ролью частного финансирования и оплаты из собственного кармана проявляют наименьшую поддержку; 2. Зависимость от услуг здравоохранения, предоставляемых государством – из-за старости, низкого социально-экономического положения – подчёркивает важность мотивов личной заинтересованности и ведёт к более позитивному отношению к роли государства в здравоохранении; 3. Чем сильнее приверженность человека общественному благу, что отражается в поддержке эгалитарной политики и левой позиции в поли-

тическом спектре, тем сильнее поддержка роли государства в здравоохранении.

Теоретико-методологические положения **Выбор стран для сравнительного исследования**

Распространённый подход к сравнительным исследованиям [16] заключается в том, чтобы сосредоточиться на роли типов систем социального обеспечения (например, типология Эспинга-Андерсена [17]). Однако данный подход часто подвергается критике, как представляющий неоднородную картину с противоречивыми выводами. Поэтому в данном исследовании рассмотрена новая типология стран [18], основанная на характеристиках систем здравоохранения и включающая пять типов [16; 18].

Тип 1 – *Государственные системы, ориентированные на обеспечение и выбор* (Австралия, Австрия, Бельгия, Чешская Республика, Франция, Германия, Исландия, Ирландия, Люксембург, Словения): системы социального страхования, финансируемые преимущественно государством, характеризующиеся средним или высоким уровнем финансовых и человеческих ресурсов, свободой выбора врачей и регулированием доступа только путём разделения затрат. Показатели эффективности посредственные как в отношении профилактики, так и качества здравоохранения.

Тип 2 – *Государственные системы, ориентированные на эффективность и первичную медико-санитарную помощь* (Финляндия, Япония, Новая Зеландия, Норвегия, Португалия, Южная Корея, Швеция): высокоэффективные системы здравоохранения, финансируемые государством, играющим важную роль в регулировании доступа и оплате труда медицинских специалистов. Первичная медико-санитарная помощь имеет высокий приоритет.

Тип 3 – *Государственные системы, ориентированные на регулирование* (Канада, Дания, Италия, Нидерланды, Испания, Великобритания): системы здравоохранения, финансируемые преимущественно государством, характеризующиеся средним уровнем ресурсов, низким уровнем личных расходов, высоким уровнем регулирования доступа и ограничения выбора. Меньший приоритет первичной медико-санитарной помощи и более низкая эффективность, чем у типа 2.

Тип 4 – *Смешанные системы с низким обеспечением и низкой эффективностью* (страны Балтии и Центральной/Восточной Европы (Эстония, Венгрия, Польша, Словакия)): в основном государственные системы здравоохранения с низким уровнем финансовых и кадровых ресурсов, высоким уровнем расходов из собственного кармана, строгим регулированием доступа и низкими по-

казателями профилактики и качества медицинской помощи.

Тип 5 – *Частные системы, ориентированные на обеспечение и эффективность* (Швейцария, США): системы здравоохранения со значительной ролью частного финансирования и оплаты из собственного кармана. Государственные ресурсы составляют большинство, с высоким обеспечением и высокими расходами. Доступ к здравоохранению регулируется правилами распределения затрат, такими как франшизы. Этот тип имеет средние показатели по профилактике и высокие показатели по качеству обслуживания.

Для проведения сравнительного исследования общественных установок россиян и жителей других стран из каждого типа систем здравоохранения выбраны две страны-представителя – Франция и Германия (тип 1), Швеция и Япония (тип 2), Великобритания и Испания (тип 3), Венгрия и Литва (тип 4), США и Швейцария (тип 5).

Данные и методы

Информационная основа исследования – Международная программа социальных исследований (International Social Survey Programme (ISSP), данные последнего доступного модуля на тему «Роль правительства», проведённого в 2016 г.¹

В качестве *зависимых переменных* использованы ответы на два вопроса, касающиеся отношения респондентов к роли правительства в здравоохранении. Первый вопрос имеет отношение к обязанностям правительства. Респондентам предложили ответить: «Должно или не должно быть обязанностью правительства оказывать медицинскую помощь больным?». Ответы включали: «Определённо не должно» (перекодирован как 1), «Наверное, не должно» (2), «Наверное, должно» (3) и «Определённо должно» (4). Второй вопрос касается госрасходов 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).

Независимые переменные отобраны на основе теории и анализа предыдущей литературы. Демографические показатели включают: пол; возраст (18–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60+); семейное положение (в браке/одинокое); тип поселения (большой город и его пригороды/небольшой город и посёлки городского типа/село, деревня, хутор). К показателям социально-экономического

¹ International Social Survey Programme: Role of Government V - ISSP 2016 // GESIS Leibniz Institute for the Social Sciences: [website]. URL: https://search.gesis.org/research_data/ZA6900 (дата обращения: 10.10.2025).

положения относятся: образование (низкое (неполное среднее и ниже)/среднее (полное среднее, техническое)/ высокое (высшее, магистр, доктор)); самооценка социального положения (по 10-балльной шкале, где 1 – низкое, а 10 – высокое положение); тип занятости (государственный сектор/частный сектор/пенсионеры/незанятые). Религиозность, как характеристика ценностных убеждений, измеряется частотой посещения служб: регулярно (≥ 1 раз в месяц), редко (< 1 раза в год), никогда. Идеология определяется по двум аспектам. Первый относится к политическим предпочтениям и основан на ответе на вопрос о том, за какую партию респонденты голосовали на последних выборах: левую («крайне левые», «левые, левоцентристские»), правую («правые, консервативные», «крайне правые»), другую (другие партии, включая центристские, не голосовавшие). Второй аспект касается предпочтения эгалитарной политики. К сторонникам эгалитарных взглядов отнесены считающие, что государство должно быть («вероятно» или «точно») ответственным за снижение различий в доходах между бедными и богатыми.

На первом этапе исследования проведён частотный анализ по совокупности всех стран-участниц Международной программы социальных исследований. На втором этапе, с целью построения срав-

нительных моделей, из общей выборки выделены страны, репрезентирующие 5 типов систем здравоохранения. В связи с тем, что зависимые переменные являются порядковыми, т.е. более высокие баллы указывают на большую ответственность правительства в оказании медицинской помощи больным, большую поддержку государственного вмешательства в финансирование здравоохранения, статистический анализ проведён с помощью порядковых моделей логистической регрессии.

Результаты и обсуждение

На рисунке 1 показано мнение опрошенных о роли правительства в обеспечении медицинской помощи. Во всех странах большинство считает, что правительство должно (определённо или наверное) нести эту ответственность, однако уровень «определённо должно» варьирует от 31% в Корее и Японии до более 87% в Норвегии. Наименьшая поддержка в странах Азии Типа 2 (Япония, Корея) и Типа 5 (Швейцария (34%), США (49%)), наибольшая – в скандинавских странах, также принадлежащих к Типу 2 (Финляндия (75%), Норвегия (87%), Швеция (69%)). Высокая поддержка также отмечена в странах, относящихся к Типам 3 (Дания (79%), Испания (73%), Великобритания (68%) и 4 (Венгрия (73%), Латвия (74%), Словакия (75%).

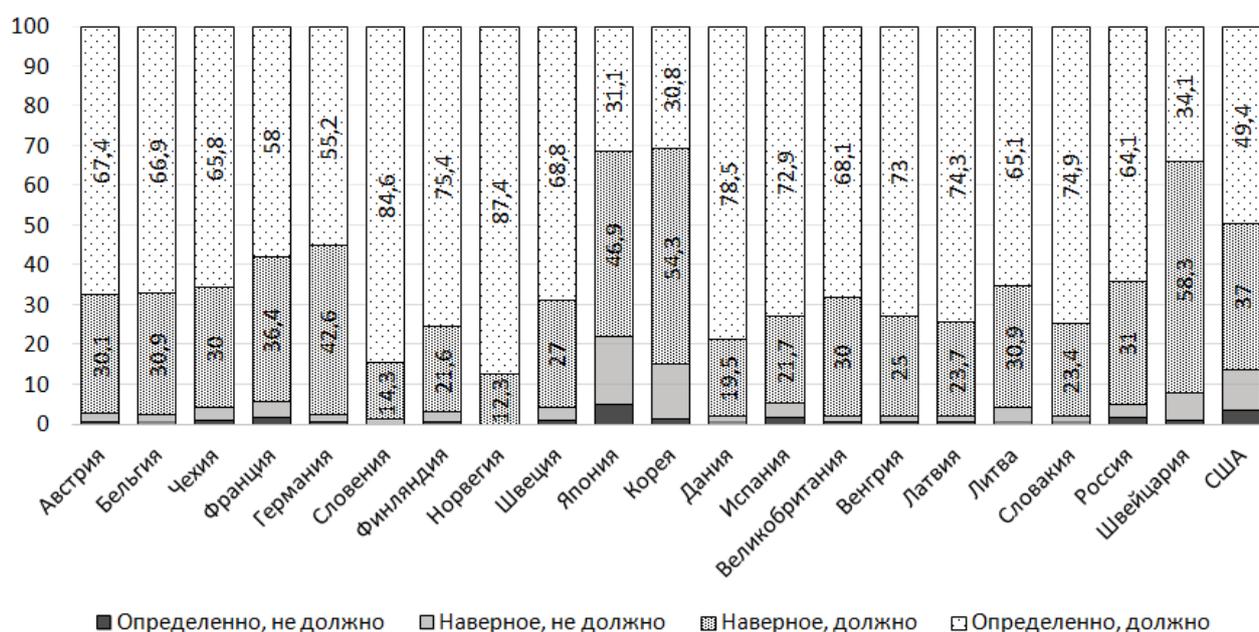


Рисунок 1. Распределение респондентов в соответствии с ответом на вопрос: «В целом, как вы думаете, должно или не должно быть обязанностью правительства оказывать медицинскую помощь больным?» (%)

Figure 1. Distribution of Respondents according to the Answer to the Question: «In General, Do You Think It Should or Should not be the Government's Responsibility to Provide Medical Care to the Sick?» (%)

Источник: расчёты автора.

Во всех странах, кроме Швейцарии, большинство поддерживает увеличение госрасходов на здравоохранение (больше, намного больше) (рисунок 2). Поддержка особенно высока в Венгрии (96%), Латвии (91%), Испании (89%), Великобритании (86%), Швеции (85%), Словакии (83%), Литве (80%), Австрии (80%). Аналогичный высокий уровень наблюдается в Словении (79%), России (75%), Германии (74%), Норвегии (74%), Дании (73%) (т.е., в основном, в странах, относя-

щихся к Типам 2, 3 и 4). Самый низкий уровень поддержки – в странах, принадлежащих к Типам 5 и 2 – Швейцарии (46%) и Японии (55%). Все остальные страны занимают промежуточное положение. В Швейцарии, Японии, Финляндии, Франции, Корее и Бельгии треть населения считает, что финансирование должно остаться прежним (30–45%). Доля тех, кто выступает за сокращение расходов, выше в США (10%), Швейцарии и Японии (по 9%), и Франции (6%).

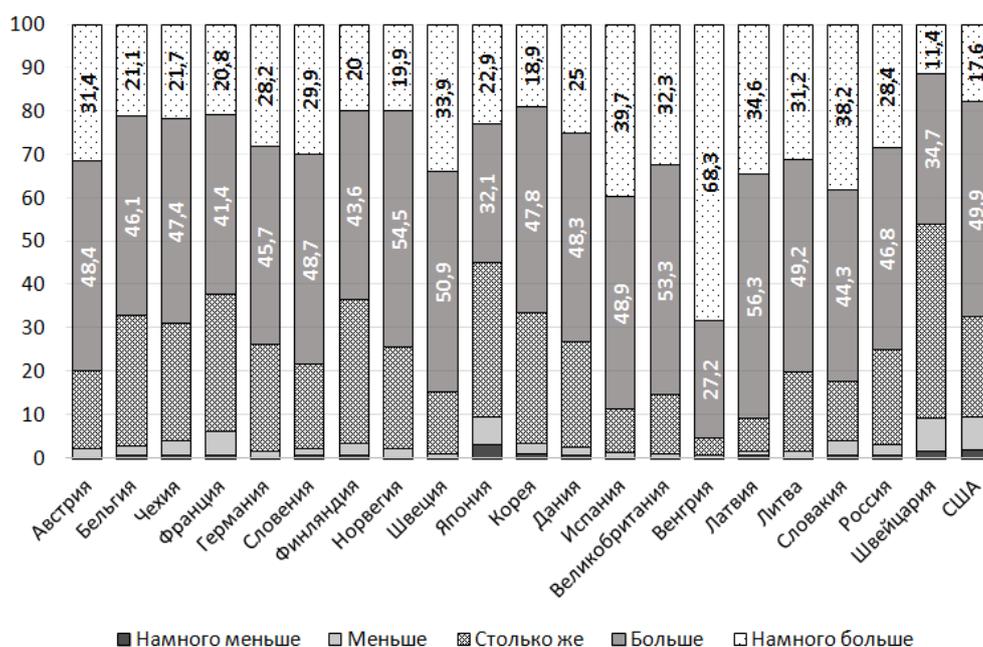


Рисунок 2. Распределение респондентов в соответствии с ответом на вопрос: «Хотите ли вы, чтобы государственные расходы на здравоохранение были больше или меньше?» (%)
Figure 2. Distribution of Respondents according to the Answer to the Question: «Do You Want Government Spending on Health Care to be More or Less?» (%)

Источник: расчёты автора.

В целом анализ подтверждает Гипотезу 1: жители стран с высокоэффективными государственными системами здравоохранения, ориентированными на первичную медико-санитарную помощь (Тип 2 – Швеция, Норвегия, Финляндия), проявляют наибольшую поддержку государственного вмешательства, вероятно, из-за равного доступа к качественной медицине и высокого доверия к институтам [19]. При этом внутри Типа 2 есть различия: в скандинавских странах поддержка высокая, тогда как в Японии и Южной Корее – низкая. Это связано с культурными и историческими особенностями: сильная традиция социального государства в Скандинавии против более индивидуалистического подхода в Восточной Азии [20].

В странах с системами, ограничивающими выбор пациента, ориентированными на контроль

затрат, страдающими от дефицита ресурсов и невысокой эффективности, особенно в части первичной и профилактической помощи (Типы 3 и 4), жители также поддерживают государственное вмешательство, надеясь на улучшение качества и доступности медицинских услуг.

Напротив, в странах с преобладанием частного финансирования (Тип 5 – США, Швейцария) поддержка вмешательства ниже, что отражает акцент на личной ответственности и скептицизм к роли государства [21]. В США сильная традиция личной свободы и ограниченного вмешательства государства снижает поддержку госполитики в здравоохранении [22]. В Швейцарии, несмотря на развитую соцзащиту, предпочтение отдаётся децентрализованному и рыночному подходу.

Относительно низкая (по сравнению с другими более благополучными странами) поддержка

населением роли государства в здравоохранении в России особенно удивляет. Это может быть связано с различными факторами. Долгое время система здравоохранения в России испытывала проблемы с качеством обслуживания, доступностью и эффективностью, что могло привести к снижению доверия к государству как гаранту медицинского обеспечения. В России существует значительный сектор платной медицины, и многие граждане привыкли оплачивать медицинские услуги из собственного кармана. Это может формировать мнение, что государство не должно нести полную ответственность за здоровье населения.

В таблице 1 и таблице 2 представлены результаты многомерной порядковой логистической регрессии отношения населения к политике правительства в сфере здравоохранения: соответственно, обязанности правительства оказывать медицинскую помощь больным и увеличению финансирования в сфере здравоохранения.

Единственным фактором, связанным с поддержкой обязанности государства обеспечивать медицинскую помощь во всех странах, остаётся предпочтение эгалитарной политики (таблица 1).

Женщины чаще мужчин поддерживают эту обязанность во Франции и Испании. В России пожилые респонденты выражают больший уровень поддержки, тогда как в Японии и Великобритании – люди 30–49 лет. Наличие партнёра усиливает поддержку роли государства в России, но снижает её в Германии и США. Проживание в малых городах и сельской местности повышает поддержку государственных обязанностей в России, Литве и Японии, но уменьшает её во Франции, Венгрии и Швейцарии. Низкий и средний уровень образования связан с меньшей поддержкой в Великобритании и Венгрии. Работающие реже поддерживают обязанность государства во Франции, Германии и США, но чаще – в Литве; в США пенсионеры также реже выражают поддержку. Высокое социальное положение снижает поддержку вмешательства государства в России, Швеции, Японии и Венгрии. Регулярное посещение церкви уменьшает её во Франции, Великобритании, Венгрии и Литве, но повышает в Японии. Левые чаще поддерживают роль государства (Швеция, Япония, Венгрия), тогда как правые – реже (Испания, США).

Таблица 1

Порядковая логистическая регрессия отношения населения к обязанности правительства оказывать медицинскую помощь больным (коэффициенты шансов (OR))

Table 1

Ordinal Logistic Regression of Population Attitudes toward the Government's Responsibility to Provide Medical Care to the Sick (Odds Ratios (OR))

	Тип 1		Тип 2		Тип 3		Тип 4		Тип 5		
	Россия	Франция	Германия	Швеция	Япония	Великобритания	Испания	Венгрия	Литва	США	Швейцария
Пол (женщины)	1,22	1,26**	1,20	1,03	0,90	0,93	1,46***	1,14	1,26	0,99	1,09
Возраст											
60 и старше	1,93**	0,68	1,24	1,00	1,28	1,21	0,98	1,11	1,44	1,06	0,71
50–59	1,42	0,85	1,02	1,01	1,32	1,18	1,01	1,31	0,72	1,19	0,67
40–49	0,67**	1,17	1,05	1,20	1,57*	1,82**	0,82	1,46	1,05	1,18	0,89
30–39	0,76	0,85	0,90	1,01	1,53*	1,27	0,87	1,29	0,87	0,97	0,71
18–29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Семейное положение (в браке)	1,60***	1,04	0,73**	0,96	0,78	1,26	0,93	1,27	0,88	0,68**	1,11
Тип поселения											
Село	1,67***	0,75*	1,02	1,24	1,11	1,40	1,27	1,34	2,38***	0,77	0,56***
Маленький город	1,31*	0,76*	1,05	0,88	1,37*	0,88	1,31	0,58***	2,74***	0,65	0,72
Большой город	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Образование											
Низкое	0,87	1,26	0,83	0,81	0,80	0,85	0,90	0,57*	1,09	1,14	1,34
Среднее	0,80	1,25	1,01	0,95	0,84	0,67*	0,87	1,03	0,90	0,97	0,95
Высокое	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Занятость											
Занятые в государственном секторе	1,23	0,62**	0,71*	0,83	1,01	0,81	0,82	1,13	1,46*	0,58***	0,84
Занятые в частном секторе	1,43	0,65*	0,91	0,98	0,78	1,66	0,84	0,82	1,13	0,57*	0,96

Окончание Таблицы 1

	Тип 1			Тип 2		Тип 3		Тип 4		Тип 5	
	Россия	Франция	Германия	Швеция	Япония	Велико-британия	Испания	Венгрия	Литва	США	Швейцария
Пенсионеры	0,93	1,12	0,80	1,13	0,94	1,45	0,77	1,03	1,04	0,52**	0,92
Незаняты	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Социальное положение (1 – низкое, 10 – высокое)	0,91**	0,94	0,98	0,89*	0,90***	1,00	1,00	0,86**	1,07	1,07	1,04
Религиозность											
Регулярно посещающие службы	0,70	0,75	0,83	0,63	1,51*	0,59***	0,85	0,54*	0,47**	0,85	0,79
Редко посещающие	0,97	0,74**	1,01	0,78	1,08	0,68*	0,95	0,67*	0,58*	1,04	0,93
Никогда не посещающие	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Предпочтение эгалитарной политики	4,12***	2,45***	1,71***	1,89***	2,14***	2,64***	1,59**	2,46***	2,60***	2,61***	1,91***
Политические взгляды											
Левые	0,70	0,86	1,12	2,23***	1,63*	-	1,22	1,78*	1,36	-	1,17
Правые	0,89	0,78	0,85	0,95	0,75**	-	0,58***	1,38	1,03	0,21***	0,75
Другие	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

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

- нет данных

Источник: расчёты автора.

Во всех странах единственным устойчивым фактором, повышающим поддержку увеличения расходов на здравоохранение, остаётся предпочтение эгалитарной политики (таблица 2). Женщины чаще поддерживают рост госфинансирования во Франции, Швеции и Швейцарии; пожилой возраст усиливает поддержку в России, Германии, Венгрии и США. Наличие семейного партнёра повышает поддержку расходов в России, но снижает её во Франции и США. Жители сельской местности и малых городов в России и Литве чаще выступают за рост финансирования, тогда как в Швейцарии сельские жители поддерживают его реже. В России низкое образование уменьшает поддержку, тогда как во Франции, Германии, Великобритании и Швейцарии низ-

кий и средний уровни образования – наоборот, увеличивают её. Высокое социальное положение снижает поддержку увеличения расходов в России, Франции, Великобритании, Венгрии, Литве и Швейцарии. Посещение церкви уменьшает поддержку участия государства во Франции и Венгрии. Работающие в частном секторе чаще поддерживают рост расходов в России и Франции, пенсионеры – в США; в Германии занятые в государственном секторе реже выступают за увеличение финансирования. Левые чаще поддерживают повышение расходов во Франции, а правые – реже в США и Швейцарии. В Швеции различий между левыми и правыми нет: обе группы поддерживают увеличение госфинансирования.

Таблица 2

Порядковая логистическая регрессия отношения населения к увеличению финансирования в сфере здравоохранения (коэффициенты шансов (OR))

Table 2

Ordinal Logistic Regression of Population Attitudes toward Increasing Healthcare Funding (Odds Ratios (OR))

	Тип 1			Тип 2		Тип 3		Тип 4		Тип 5	
	Россия	Франция	Германия	Швеция	Япония	Велико-британия	Испания	Венгрия	Литва	США	Швейцария
Пол (женщины)	1,19	1,29**	1,06	1,53***	0,89	1,08	1,20	1,02	1,06	1,02	1,54***
Возраст											

	Тип 1			Тип 2		Тип 3		Тип 4		Тип 5	
	Россия	Франция	Германия	Швеция	Япония	Велико-британия	Испания	Венгрия	Литва	США	Швейцария
60 и старше	1,78*	0,84	1,91*	0,69	1,11	1,04	0,73	3,20*	1,11	1,99**	0,53
50–59	1,47	0,96	1,77**	1,06	1,23	1,24	0,93	3,21**	1,24	1,68*	0,60
40–49	0,90	1,32	1,44*	0,98	1,50	1,02	0,91	1,68	1,07	1,53*	0,79
30–39	0,92	1,07	1,25	0,79	1,36	0,83	1,08	1,46	0,79	1,44*	0,89
18–29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Семейное положение (в браке)	1,27*	0,77**	1,09	0,91	0,79	1,11	1,00	1,13	0,97	0,73*	1,05
Тип поселения											
Село	1,34*	0,98	0,99	1,14	1,07	0,73	0,94	1,19	1,91***	0,73	0,66**
Маленький город	1,12	0,90	1,03	1,00	1,20	0,88	0,92	1,11	1,45**	0,62	0,82
Большой город	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Образование											
Низкое	0,60***	1,47***	1,85*	1,21	0,85	1,51*	1,16	0,64	1,25	0,84	1,39
Среднее	0,91	1,18	1,69*	0,78	0,90	1,16	1,08	1,01	0,82	1,17	1,55***
Высокое	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Занятость											
Занятые в государственном секторе	1,10	1,19	0,75*	0,91	1,03	0,77	1,20	1,01	1,01	1,06	1,03
Занятые в частном секторе	1,46*	1,55*	0,84	1,04	0,96	1,03	1,35	1,26	1,21	0,89	1,05
Пенсионеры	1,03	1,35	0,75	0,83	1,15	0,76	0,99	0,56	0,92	1,02	1,88*
Незанятые	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Социальное положение (1 – низкое, 10 – высокое)	0,93*	0,90***	0,95	0,95	0,97	0,91*	0,98	0,85***	0,92*	0,99	0,92*
Религиозность											
Регулярно посещающие службы	0,97	1,09	0,77	0,96	0,99	0,92	0,93	0,47**	1,49	0,98	0,80
Редко посещающие	1,10	0,78*	0,90	0,88	1,14	0,88	1,06	0,84	1,52	1,18	0,91
Никогда не посещающие	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Предпочтение эгалитарной политики	1,34*	1,58***	1,67***	1,74***	1,70***	1,84***	2,02***	2,91***	1,77***	1,99***	1,45**
Политические взгляды											
Левые	0,85	1,34*	0,98	1,86***	1,08	-	1,09	1,59	0,82	-	1,26
Правые	0,99	0,96	0,81	1,72***	0,85	-	0,80	1,25	0,98	0,32***	0,61***
Другие	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

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

- нет данных

Источник: расчёты автора.

Таким образом, исследование показывает, что поддержка государственной политики в здравоохранении в значительной степени определяется социально-демографическими характеристиками, ценностями и идеологией населения, что согласуется с современной литературой [10; 12; 13; 14; 23]

и подтверждает Гипотезы 2 и 3. Влияние индивидуальных факторов варьирует между странами, отражая значимость национального контекста.

Идеологические ценности оказывают наибольшее влияние: эгалитарные установки повсеместно связаны с поддержкой участия государс-

тва в здравоохранении [10; 12; 13]. Политическая ориентация влияет слабее, но тенденция сохраняется: левые чаще поддерживают государственное вмешательство, правые – реже [10; 23; 24].

Гипотеза о большей поддержке среди социально-экономически уязвимых групп получила лишь частичное подтверждение, поскольку статистически значимые эффекты выявлены не во всех странах.

Наиболее стабильным предиктором выступает социальное положение: чем оно выше, тем слабее поддержка государственных обязанностей в лечении больных (в 4 странах – в России, Швеции, Японии, Венгрии) и увеличения госрасходов на здравоохранение (в 6 странах – в России, Франции, Великобритании, Венгрии, Литве, Швейцарии). Этот результат согласуется с предыдущими исследованиями [4; 10; 15; 23; 24] и объясняется меньшей зависимостью обеспеченных групп от госресурсов, их более высоким налоговым бременем и большей ориентацией на индивидуализм и частный сектор.

Женщины чаще мужчин поддерживают ответственность государства за лечение больных в 2 странах (Франция, Испания), а увеличение госфинансирования – в 3 (Франция, Швеция, Швейцария), что согласуется с предыдущими исследованиями [4; 14; 13; 25] и имеет два объяснения [26]. Первое – гуманитарное: женщины чаще придерживаются просоциальных ценностей. Второе – теория экономической безопасности: их более уязвимое экономическое положение делает поддержку государственного здравоохранения более вероятной.

Возраст положительно связан с поддержкой увеличения госфинансирования здравоохранения в 4 странах (Россия, Германия, Венгрия, США), что подтверждает предыдущие исследования [14; 23] и объясняется более частым использованием медуслуг и межпоколенческими различиями в отношении к государству. В 3 странах (Россия, Япония, Великобритания) возраст также связан с поддержкой обязанности правительства обеспечивать медицинскую помощь. Однако эффект различается: в Японии и Великобритании люди 40–49 лет чаще поддерживают такую обязанность, тогда как в России – реже. Эти различия могут быть связаны с социально-историческим контекстом: в Великобритании и Японии государство оправдало ожидания среднего поколения, тогда как в России группа 40–49 лет формировалась в условиях недоверия, нестабильности и рыночной ориентации, что снизило поддержку роли государства.

Низкий и средний уровень образования связан с большей поддержкой госфинансирования в

4 странах (Франция, Германия, Великобритания, Швейцария), что соответствует гипотезе личных интересов [15; 23]. Более образованные респонденты чаще выступают против увеличения расходов, поскольку несут большую налоговую нагрузку и чаще имеют доступ к частному страхованию. Исключение – Россия, где менее образованные респонденты реже поддерживают рост госрасходов, вероятно, из-за низкого доверия к институтам, недостаточной информированности и наличия иных приоритетов.

Занятость по-разному влияет на отношение к роли государства. В 3 странах (Франция, Германия, США) работающие реже поддерживают обязанность правительства обеспечивать лечение, а в Германии – и увеличение госфинансирования, поскольку чаще пользуются частной медициной и меньше зависят от государственных услуг. В России и Литве, напротив, занятые чаще поддерживают госучастие, рассматривая его как гарантию социальной защиты.

Наличие семейного партнёра повышает поддержку роли государства в здравоохранении в России, но снижает её в Германии, Франции и США. В России семья чаще связана с традиционными ценностями и ожиданием социальной защиты, что усиливает одобрение госпрограмм. В западных странах, где сильнее акцент на индивидуальной ответственности и развит частный сектор страхования, семейные пары чаще предпочитают самостоятельно решать вопросы здравоохранения и опираться на собственные ресурсы.

Проживание в сельской местности или малом городе усиливает поддержку государственного участия в России, Литве и Японии, но снижает её во Франции, Венгрии и Швейцарии. Ранее показано, что жители сёл чаще поддерживают роль государства, чем горожане [14; 15]. Различия между странами могут быть связаны с доступностью медицины, историческими традициями и экономическими условиями.

Регулярное посещение религиозных служб снижает поддержку участия государства в лечении больных в 4 странах (Франция, Великобритания, Венгрия, Литва) и увеличения госрасходов – в 2 (Франция, Венгрия). Эти результаты согласуются с предыдущими исследованиями [14; 23] и могут объясняться убеждением, что забота о нуждающихся – прежде всего задача общины и религиозных институтов [27], а также предпочтением альтернативных способов лечения и опоры на молитву [28].

Исследование имеет ряд ограничений. Во-первых, перекрёстные данные не позволяют делать причинно-следственные выводы. Во-вторых, отсутствует информация об ожиданиях населе-

ния, чтобы точно понять их представления о механизмах государственного участия. В-третьих, факторы, связанные с отношением населения к роли государства в системе здравоохранения, ограничены теми аспектами, которые отражены в обследовании. В-четвёртых, сравнение затруднено из-за различий в классификации образования и политических ориентаций между странами [23].

Заключение

Финансирование системы здравоохранения – часто обсуждаемая тема в политической сфере как внутри стран, так и на международной арене. Несмотря на разнообразие подходов к организации и финансированию медицинских услуг, универсального решения не существует, а взгляды населения в этой сфере изучены недостаточно.

Научный вклад исследования заключается в том, что здравоохранение рассматривается как самостоятельная область государственной политики, обладающая собственной логикой формирования общественных предпочтений, отличной от других направлений системы социального обеспечения. Использование типологии систем здравоохранения, основанной на характеристиках финансирования, эффективности и роли первичной медико-санитарной помощи, позволило выявить различия в отношении населения к роли государства.

Результаты проведённого исследования не оставляют сомнений в отношении подавляющей поддержки роли государства в здравоохранении во всех странах. Это отражает устойчивое восприятие здравоохранения как общественного блага и важнейшей функции государства. Анализ позволил выявить некоторые важные факторы, которые объясняют расхождения в предпочтениях людей в отношении общественного здравоохранения.

Гипотеза 1 подтверждена: поддержка государства в здравоохранении высока в странах с широким государственным финансированием и высоким охватом, а также в странах с дефицитом

ресурсов и низкой эффективностью, но ниже в системах с преобладанием частного финансирования. Различия объясняются историческими, культурными и институциональными факторами, включая доверие к государству и индивидуалистические ценности.

Гипотезы 2 и 3 частично подтверждены: мотивы личного интереса действительно влияют на поддержку роли государства в здравоохранении, однако не во всех странах и зачастую непоследовательно. Социальное положение – один из ключевых факторов: чем оно выше, тем ниже поддержка государственной роли в здравоохранении. Вместе с тем моральная приверженность общественному благу (эгалитарные ценности) перевешивает личный интерес как мотив поддержки роли государства в здравоохранении во всех странах.

Таким образом, поддержка роли государства в здравоохранении зависит от комплекса индивидуальных факторов. Также важно учитывать, что влияние одних и тех же характеристик различается в разных странах из-за культурных, исторических и структурных отличий системы здравоохранения и общества в целом. Для успешной реализации политики в области здравоохранения государству необходимо опираться как на прагматические интересы граждан, так и на моральные установки, делая акцент на солидарности, равенстве и доступности медицинских услуг.

Перспективными направлениями дальнейших исследований являются анализ влияния удовлетворённости системой здравоохранения и личного опыта использования медицинских услуг на общественные установки, а также оценка последствий пандемии COVID-19 для восприятия роли государства. Пандемия выявила уязвимость систем здравоохранения и зависимость населения от государственных институтов, что могло одновременно усилить ожидания от государства и недоверие к нему, подчёркивая необходимость дальнейшего сравнительного анализа.

Список источников

1. Lucero-Prisco D.E. 3rd, Shomuyiwa D.O., Kouwenhoven M.B.N., et al. Top 10 Public Health Challenges for 2024: Charting a New Direction for Global Health Security. *Public Health Challenges*. 2024;4(1):e70022. <https://doi.org/10.1002/puh2>
2. Blekesaune M., Quadagno J. Public Attitudes toward Welfare State Policies: A Comparative Analysis of 24 Nations. *European Sociological Review*. 2003;19(5):415-427. <https://doi.org/10.1093/esr/19.5.415>
3. Lipsmeyer C., Nordstrom T. East versus West: Comparing Political Attitudes and Welfare Preferences across European Societies. *Journal of European Public Policy*. 2003;10(3):339-364. <https://doi.org/10.1080/1350176032000085342>
4. 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;49(4):385-399. <https://doi.org/10.1177/002214650804900402>

5. 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*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing; 2022. P. 202–217. <https://doi.org/10.4337/9781802201710.00021>
6. Guo J., Hao Y., Ling W. The Effects of Social Class on Social Welfare Attitudes a Mediating Role of Fairness Perceptions—Evidence from Two Welfare States and China. *International Review of Economics and Finance*. 2024;89A:1529–1538. <https://doi.org/10.1016/j.iref.2023.09.009>
7. Garritzmann J.L., Neimanns E., Busemeyer M.R. Public Opinion Towards Welfare State Reform: The Role of Political Trust and Government Satisfaction. *European Journal of Political Research*. 2023;62(4):197–220. <https://doi.org/10.1111/1475-6765.12501>
8. Eichhorn J., Kenealy D., Clegg D. Social Policy Attitudes in the UK: Distinguishing Welfarism from Statism. *Social Policy and Society*. 2024;1–21. <https://doi.org/10.1017/S1474746424000460>
9. 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*. 2022;31(2):248–262. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12511>
10. Martinussen P.E. Let's Stick Together: The Role of Self-Interest and Ideological Beliefs for Supporting a 'Solidaristic' Health Policy in Norway. *Health Policy*. 2022;126(3):262–268. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.01.005>
11. Lee E.K., Kim T.K. The Shift of U.S. Public Attitudes Toward Welfare State: A Cohort Comparison between Pre and Post Economic Crisis Era. *Social Work and Society*. 2024;22(2):1–15.
12. Asensio M. The Political Legitimacy of the Healthcare System in Portugal: Insights from the European Social Survey. *Healthcare*. 2021;9(2):202. <https://doi.org/10.3390/healthcare9020202>.
13. Resch T. Private Health Insurance and Redistribution Preferences in the Austrian Health Care System: A Case of Mere Self-Interest? Preprint (Version 1). Research Square. 2022. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1302302/v1>
14. Кислицына О.А. Отношение россиян к роли государства в сфере здравоохранения // Вестник Института экономики Российской академии наук. 2024. № 2. С. 7–30. https://doi.org/10.52180/2073-6487_2024_2_7_30. EDN AUFPFV 67211860
15. Villhjalmsson R. Public Views on the Role of Government in Funding and Delivering Health Services. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2016;44(5):446–454. <https://doi.org/10.1177/1403494816631872>
16. Rydland H.T., Fjær E.L., Eikemo T.A., et al. Educational Inequalities in Mortality Amenable to Healthcare. A Comparison of European Healthcare Systems. *Public Library of Science One*. 2020;5(7):e0234135. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234135>
17. Esping-Andersen G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. London: Polity Press; 1990. 257 p. ISBN 0-7456-0665-2
18. Reibling N., Ariaans M., Wendt C. Worlds of Healthcare: A Healthcare System Typology of OECD Countries. *Health Policy*. 2019;123(7):611–620. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.001>
19. Dahlen Ø.P., Skirbekk H. How Trust Was Maintained in Scandinavia Through the First Crisis of Modernity. *Corporate Communications: An International Journal*. 2021;26(1):23–39. <https://doi.org/10.1108/CCIJ-01-2020-0036>
20. Badanta B., González-Cano-Caballero M., Suárez-Reina P., et al. How Does Confucianism Influence Health Behaviors, Health Outcomes and Medical Decisions? A Scoping Review. *Journal of Religion and Health*. 2022;61(4):2679–2725. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01506-8>
21. Martinussen P.E., Magnussen J. Having Private Health Insurance Associated with Less Support for Public Healthcare? Evidence from the Norwegian NHS. *Health Policy*. 2019;123(7):675–680. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.003>
22. Krashinsky L., Naylor C.D. Political Partisanship, Laissez-faire Attitudes, and COVID-19 Behaviours and Viewpoints in Canada and the United States. *Canadian Journal of Public Health*. 2024;115(1):15–25. <https://doi.org/10.17269/s41997-023-00822-0>
23. 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. Undergraduate Honors Thesis Terry Sanford School of Public Policy Duke University. USA: Duke University; 2010. 53 p.
24. Nykiforuk C.I.J., Thomson M., Curtin K.D., et al. Assessing support for mental health policies among policy influencers and the general public in Alberta and Manitoba, Canada. *International Journal of Mental Health Systems*. 2024;18(1):8. <https://doi.org/10.1186/s13033-024-00624-y>
25. Center for American Women and Politics (CAWP). *Gender Gap Public Opinion*. New Brunswick, NJ: Center for American Women and Politics, Eagleton Institute of Politics, Rutgers University-New Brunswick, 2025. <https://cawp.rutgers.edu/gender-gap-public-opinion>
26. Lizotte M.-K. Investigating Women's Greater Support of the Affordable Care Act. *The Social Science Journal*. 2016;53(2):209–217. <https://doi.org/10.1016/j.soscij.2014.12.003>
27. Chai M., Wu L. Belief in Religion or Participation in Insurance? The Impact of Religious Beliefs on the Decision to Participate in Social Health Insurance in China. *Religions*. 2024;15(5):621. <https://doi.org/10.3390/rel15050621>
28. Swihart D.L., Yarrarapu S.N.S., Martin R.L. *Cultural Religious Competence in Clinical Practice*. StatPearls Publishing; 2025. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493216/>.

Информация об авторе:

Ольга Анатольевна Кислицына – доктор экономических наук, главный научный сотрудник, Центр экономической теории социального сектора, Институт экономики РАН
(SPIN-код: 7120-4122) (ResearcherID: E-3767-2012) (Scopus Author ID: 8852460000)
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию 31.10.2025; одобрена после рецензирования 09.01.2025; принята к публикации 10.03.2026.

References

1. Lucero-Prisno D.E. 3rd, Shomuyiwa D.O., Kouwenhoven M.B.N., et al. Top 10 Public Health Challenges for 2024: Charting a New Direction for Global Health Security. *Public Health Challenges*. 2024;4(1):e70022. <https://doi.org/10.1002/puh2>
2. Blekesaune M., Quadagno J. Public Attitudes toward Welfare State Policies: A Comparative Analysis of 24 Nations. *European Sociological Review*. 2003;19(5):415-427. <https://doi.org/10.1093/esr/19.5.415>
3. Lipsmeyer C., Nordstrom T. East versus West: Comparing Political Attitudes and Welfare Preferences across European Societies. *Journal of European Public Policy*. 2003;10(3):339-364. <https://doi.org/10.1080/1350176032000085342>
4. 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;49(4):385-399. <https://doi.org/10.1177/002214650804900402>
5. 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*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing; 2022. P. 202–217. <https://doi.org/10.4337/9781802201710.00021>
6. Guo J., Hao Y., Ling W. The Effects of Social Class on Social Welfare Attitudes a Mediating Role of Fairness Perceptions—Evidence from Two Welfare States and China. *International Review of Economics and Finance*. 2024;89A:1529-1538. <https://doi.org/10.1016/j.iref.2023.09.009>
7. Garritzmann J.L., Neimanns E., Busemeyer M.R. Public Opinion Towards Welfare State Reform: The Role of Political Trust and Government Satisfaction. *European Journal of Political Research*. 2023;62(4):197-220. <https://doi.org/10.1111/1475-6765.12501>
8. Eichhorn J., Kenealy D., Clegg D. Social Policy Attitudes in the UK: Distinguishing Welfarism from Statism. *Social Policy and Society*. 2024;1-21. <https://doi.org/10.1017/S1474746424000460>
9. 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*. 2022;31(2):248–262. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12511>
10. Martinussen P.E. Let's Stick Together: The Role of Self-Interest and Ideological Beliefs for Supporting a 'Solidaristic' Health Policy in Norway. *Health Policy*. 2022;126(3):262-268. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.01.005>
11. Lee E.K., Kim T.K. The Shift of U.S. Public Attitudes Toward Welfare State: A Cohort Comparison between Pre and Post Economic Crisis Era. *Social Work and Society*. 2024;22(2):1-15.
12. Asensio M. The Political Legitimacy of the Healthcare System in Portugal: Insights from the European Social Survey. *Healthcare*. 2021;9(2):202. <https://doi.org/10.3390/healthcare9020202>.
13. Resch T. Private Health Insurance and Redistribution Preferences in the Austrian Health Care System: A Case of Mere Self-Interest? Preprint (Version 1). *Research Square*. 2022. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1302302/v1>
14. Kislitsyna O.A. Attitude of Russians to the role of the state in the healthcare sector. *Vestnik Instituta ekonomiki Rossijskoj akademii nauk=Bulletin of the Institute of Economics of the Russian Academy of Sciences*. 2024;(2):7-30. https://doi.org/10.52180/2073-6487_2024_2_7_30 (In Russ.)
15. Vilhjalmsson R. Public Views on the Role of Government in Funding and Delivering Health Services. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2016;44(5):446-454. <https://doi.org/10.1177/1403494816631872>
16. Rydland H.T., Fjær E.L., Eikemo T.A., et al. Educational Inequalities in Mortality Amenable to Healthcare. A Comparison of European Healthcare Systems. *Public Library of Science One*. 2020;5(7):e0234135. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234135>
17. Esping-Andersen G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. London: Polity Press; 1990. 257 p. ISBN 0-7456-0665-2
18. Reibling N., Ariaans M., Wendt C. Worlds of Healthcare: A Healthcare System Typology of OECD Countries. *Health Policy*. 2019;123(7):611-620. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.001>
19. Dahlen Ø.P., Skirbekk H. How Trust Was Maintained in Scandinavia Through the First Crisis of Modernity. *Corporate Communications: An International Journal*. 2021;26(1):23-39. <https://doi.org/10.1108/CCIJ-01-2020-0036>
20. Badanta B., González-Cano-Caballero M., Suárez-Reina P., et al. How Does Confucianism Influence Health Behaviors, Health Outcomes and Medical Decisions? A Scoping Review. *Journal of Religion and Health*. 2022;61(4):2679-2725. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01506-8>
21. Martinussen P.E., Magnussen J. Having Private Health Insurance Associated with Less Support for Public Healthcare? Evidence from the Norwegian NHS. *Health Policy*. 2019;123(7):675-680. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.003>

22. Krashinsky L., Naylor C.D. Political Partisanship, Laissez-faire Attitudes, and COVID-19 Behaviours and Viewpoints in Canada and the United States. *Canadian Journal of Public Health*. 2024;115(1):15-25. <https://doi.org/10.17269/s41997-023-00822-0>
23. 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
24. Nykiforuk C.I.J., Thomson M., Curtin K.D., et al. Assessing support for mental health policies among policy influencers and the general public in Alberta and Manitoba, Canada. *International Journal of Mental Health Systems*. 2024;18(1):8. <https://doi.org/10.1186/s13033-024-00624-y>
25. Center for American Women and Politics (CAWP). Gender Gap Public Opinion. New Brunswick, NJ: Center for American Women and Politics, Eagleton Institute of Politics, Rutgers University-New Brunswick, 2025. <https://cawp.rutgers.edu/gender-gap-public-opinion>
26. Lizotte M.-K. Investigating Women's Greater Support of the Affordable Care Act. *The Social Science Journal*. 2016;53(2):209-217. <https://doi.org/10.1016/j.soscij.2014.12.003>
27. Chai M., Wu L. Belief in Religion or Participation in Insurance? The Impact of Religious Beliefs on the Decision to Participate in Social Health Insurance in China. *Religions*. 2024;15(5):621. <https://doi.org/10.3390/rel15050621>
28. Swihart D.L., Yarrarapu S.N.S., Martin R.L. Cultural Religious Competence in Clinical Practice. StatPearls Publishing; 2025. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493216/>.

Information about the author:

Olga A. Kislitsyna – Doctor of Economics, Chief Research Worker of the Department of The Center for Economic Theory of the Social Sector, Institute of Economics of the Russian Academy of Sciences

(SPIN-code: 7120-4122) (ResearcherID: E-3767-2012) (Scopus Author ID: 8852460000)

The author declares no conflict of interests.

The article was submitted 31.10.2025; approved after reviewing 09.01.2025; accepted for publication 10.03.2026.