

Сафонов А. Л., Некипелова Д. В.

## НЕФОРМАЛЬНЫЕ ТРУДОВЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРАКТИКИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125993, г. Москва

Статья посвящена комплексному анализу неформальных трудовых и экономических практик в системе здравоохранения Российской Федерации. Доказывается, что неформальность является не случайным отклонением, а устойчивым системным элементом, воспроизводящимся вследствие фундаментального разрыва между формальными нормами и реальными условиями профессиональной деятельности. Методологическую основу исследования составляют контент-анализ научных публикаций, анализ официальной статистики Росстата и применение балансового метода для оценки масштабов неформальной занятости.

Результаты исследования выявили значительную и растущую долю неформально занятых в отрасли, которая балансовым методом оценена в 29,6% от общей численности работников в 2023 г. В работе систематизировано многообразие форм неформальности, включая теневую занятость, неформальные платежи в отношениях врач—пациент, приписки в отчетности, а также деятельность в частном и альтернативном секторах, не регулируемая правовым полем. Основными причинами их существования выступают разрыв в финансировании государственных гарантий, различия между ожидаемым и фактическим уровнем оплаты труда, чрезмерная регламентация и институциональные противоречия.

Сделан вывод о том, что неформальные практики выполняют компенсаторную функцию, обеспечивая жизнеспособность системы в условиях институциональных дисфункций, но одновременно порождают серьезные риски для качества медицинской помощи, принципов социальной справедливости и правовой защищенности граждан. Предлагается направлять усилия не на силовое подавление неформальных практик, а на устранение их системных причин через гармонизацию нормативного регулирования.

**Ключевые слова:** неформальная занятость; система здравоохранения; формальные нормы; неформальная экономика; медицинская помощь; коррупция.

**Для цитирования:** Сафонов А. Л., Некипелова Д. В. Неформальные трудовые и экономические практики в системе здравоохранения Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):251—256. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-251-256>

**Для корреспонденции:** Некипелова Дарья Валерьевна, канд. экон. наук, старший научный сотрудник Института региональной экономики и межбюджетных отношений, ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», e-mail: [dvnekipelova@fa.ru](mailto:dvnekipelova@fa.ru)

Safonov A. L., Nekipelova D. V.

## THE INFORMAL LABOR AND ECONOMIC PRACTICES IN THE HEALTH CARE SYSTEM OF THE RUSSIAN FEDERATION

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”, 125993, Moscow, Russia

This article presents the results of comprehensive analysis of informal labor and economic practices in the health care system of the Russian Federation. It is proved that informality is not a random deviation but a persistent systemic element, that is reproduced as the result of fundamental break between formal norms and real conditions of professional activity. The methodological basis of the study included content analysis of scientific publications, analysis of official Rosstat data and application of the balance method to estimate the scale of informal employment.

The significant and growing percentage of informal employed in the sector, estimated by the balance method as 29.6% of the total number of workers in 2023 is established. The diversity of forms of informality, including shadow employment, informal payments between patient and physician, doctor records in official reports, activities in private and alternative sectors not regulated by legal field are systematized. The main causes of their existence are break in financing of state guarantees, disparities between expected and factual level of wage, excessive regulation and institutional contradictions. The conclusion is made that informal practices perform compensatory function, ensuring viability of the system in conditions of institutional dysfunctions but at the same time simultaneously generate serious risks for quality of medical care, principles of social justice, and legal protection of citizens. It is proposed to direct the efforts not to forceful suppression of informal practices, but to elimination of their systemic causes through harmonization of normative regulation.

**Key words:** informal employment; health care system; formal norms; informal economy; medical care; corruption.

**For citation:** Safonov A. L., Nekipelova D. V. The informal labor and economic practices in the health care system of the Russian Federation. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2026;34(2):251–256 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-251-256>

**For correspondence:** Nekipelova D. V., candidate of economical sciences, the Senior Researcher of the Institute of Regional Economics and Interbudgetary Relations of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”. e-mail: [dvnekipelova@fa.ru](mailto:dvnekipelova@fa.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The article was prepared on the basis of the results of research carried out at the expense of budgetary funds under the state assignment of the Financial University.

The study had no sponsor support.

## Введение

Сфера здравоохранения представляет собой одну из наиболее интенсивно регулируемых областей социальной практики. В соответствии с формальной логикой подобный уровень регламентации должен минимизировать возможность возникновения отклонений от установленных норм в процессах трудоустройства и трудовой деятельности. Тем не менее ретроспективный анализ демонстрирует, что данная сфера представляет собой область системного воспроизводства неформальных практик, которые становятся неотъемлемым элементом кадровых и организационных процессов [1]. Данное противоречие обуславливает актуальность настоящего исследования. При этом проблема неформальности проявляется и непосредственно в отношении врач—пациент, находя выражение в таких широко распространенных практиках, как неформальные платежи («благодарности»), приобретение медицинских документов и обращение к услугам нетрадиционной медицины.

Особую остроту и системный характер данная проблема приобрела в постсоветский период, в ходе трансформации модели финансирования здравоохранения и перехода к системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Ключевым противоречием этого этапа выступил системный разрыв между законодательно закрепленными гарантиями бесплатного оказания медицинской помощи и их хроническим недофинансированием со стороны государства [2]. На фоне резкого сокращения бюджетных ассигнований неформальные платежи в отношениях между медицинскими работниками и пациентами трансформировались из отдельных случаев в устойчивый институт, выполняющий компенсаторную функцию. Данные практики были обусловлены моделью взаимной выгоды: для медицинских работников они выступали механизмом оплаты труда в условиях нивелирования его стоимости, а для пациентов — стратегией обеспечения доступа к качественным или своевременным услугам в системе формально бесплатного здравоохранения. При этом, как показывают исследования, большинство медицинских работников того периода воспринимали подобные отношения как вынужденную меру, порождающую внутренний ценностный диссонанс, но необходимую в контексте экономического выживания. Уже на этом этапе прогнозировался риск институционализации и нормативного закрепления этих практик, что в долгосрочной перспективе могло привести не только к их укоренению в профессиональной культуре медицинских работников и в ожиданиях пациентов, но и к системной деформации принципов справедливости и доступности медицинской помощи [2].

В настоящее время, безусловно, можно констатировать существенное развитие механизмов финансирования здравоохранения, а также повышенное внимание государства к своим социальным обязательствам. Рост заработных плат медицинского пер-

сонала остается одним из приоритетов государственной политики, что находит отражение в статистике: если в 2010 г. уровень зарплаты устраивал 13% опрошенных медработников, то в 2016 г. — 22%, а в 2024 г. — 29%<sup>26</sup>. Однако означает ли эта положительная динамика, что неформальный компонент в отношениях врач—пациент и в трудовых отношениях полностью исчез? Анализ показывает, что это не так, поскольку неформальность имеет весьма высокую степень адаптивности и находит новые проявления.

Разрыв между ожидаемой и фактической оплатой труда — важная, но не единственная причина устойчивости неформальных практик. Более глубокой и системной причиной выступает фундаментальный разрыв между формальными нормами и реальными условиями профессиональной деятельности. Чрезмерная регламентация операционных процессов зачастую приводит к парадоксальной ситуации, когда буквальное соблюдение всех инструкций («работа по инструкции») блокирует своевременное и эффективное оказание медицинской помощи. Это вынуждает сотрудников вырабатывать адаптационные механизмы, которые по своей сути являются неформальными практиками, компенсирующими дисфункции системы [3].

Таким образом, можно сказать, что многообразие форм неформальной занятости в здравоохранении включает в себя неофициальное трудоустройство, схемы частичной оплаты труда, совместительство без надлежащего оформления, а также выполнение обязанностей, не соответствующих формально заявленной должности. Каждая из этих форм представляет собой специфический адаптационный механизм, позволяющий институциональной системе сохранять функциональность в условиях несовершенства формальных правил.

Следовательно, анализ неформальных практик занятости в системе здравоохранения Российской Федерации не только представляет академический интерес, но и имеет существенное практическое значение для разработки эффективной кадровой политики. Целью данного исследования стало выявление системных причин, структуризация основных форм и оценка социально-экономических последствий неформальной занятости в медицинской отрасли. Комплексное изучение данного феномена позволит перейти от констатации его существования к разработке научно обоснованных мер, направленных на гармонизацию формальных норм и реальных условий труда в здравоохранении.

## Материалы и методы

В качестве информационной базы исследования выступили официальные статистические данные Росстата за 2013—2023 гг., включая публикации

<sup>26</sup> Медработники вошли в ТОП-5 довольных зарплатой специалистов. Медвестник. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Medrabotniki-voshli-v-TOP5-dovolnyh-zarplatoi-specialistov.html> (дата обращения 20.10.2025).

«Рабочая сила, занятость и безработица в России» и «Труд и занятость в России», а также научные публикации и монографии, посвященные проблемам неформальной экономики, коррупции и теневых отношений в здравоохранении.

В работе были применены следующие методы исследования: контент-анализ научной литературы и нормативных документов для выявления и систематизации форм неформальных практик, их причин и моделей взаимодействия, балансовый метод для оценки реальных масштабов неформальной занятости в сфере здравоохранения и социальных услуг, статистический анализ данных Росстата для выявления динамики абсолютных и относительных показателей неформальной занятости, сравнительный и структурный анализ для типологизации неформальных практик по сферам возникновения, типам и последствиям.

### Результаты исследования

Согласно официальным данным Росстата, общая численность занятых в неформальном секторе экономики по итогам 2023 г. (последние актуальные данные в открытом доступе) составила 13 444 тыс. человек, из них в сфере здравоохранения и социальных услуг — 256 тыс. человек. При этом анализ динамики занятости в неформальном секторе экономики (НСЭ) за 2013—2023 гг. позволяет выявить разнонаправленные тенденции. В то время как общая численность занятых в НСЭ продемонстрировала неустойчивую динамику с общим спадом к концу периода, сегмент здравоохранения и социальных услуг показал устойчивый рост в абсолютном выражении и в своей доле в структуре неформальной занятости (табл. 1).

За наблюдаемый период общая численность занятых в НСЭ демонстрировала неустойчивую динамику. Начальная фаза (2013—2016) характеризовалась устойчивым ростом с 14 114 тыс. человек до пикового значения в 15 426 тыс. человек в 2016 г. Однако в 2017 г. произошел резкий спад, после чего показатели стагнировали, колеблясь в диапазоне 14 217—14 885 тыс. человек. К окончанию периода, в 2022—2023 гг., зафиксирован спад до минимальных за десятилетие значений, что указывает на возможные структурные изменения или внешние шоки, повлиявшие на сектор.

В отличие от общей тенденции занятости в НСЭ, занятость в НСЭ в сфере здравоохранения и соци-

альных услуг показала выраженную положительную динамику. Начиная с 111 тыс. человек в 2013 г., к 2023 г. она увеличилась более чем в 2 раза, достигнув 256 тыс. человек. Рост не был поступательным: периоды увеличения (например, скачок со 155 тыс. до 198 тыс. человек в 2017 г.) сменялись временными сокращениями (с 232 тыс. до 209 тыс. человек в 2020 г.), что, вероятно, отражает влияние конъюнктурных факторов, включая эпидемиологическую обстановку.

Удельный вес занятых в сфере здравоохранения и социальных услуг в общем объеме НСЭ на протяжении всего периода оставался относительно невысоким, но продемонстрировал устойчивую тенденцию к росту: если в 2013 г. доля составляла 0,8%, то к 2023 г. она увеличилась до 1,9%, т. е. более чем вдвое. Это свидетельствует о том, что данный сегмент НСЭ развивался опережающими темпами по сравнению с сектором в целом, постепенно наращивая свою значимость в структуре НСЭ.

Однако следует учитывать, что методология Росстата в оценке неформальной занятости базируется на производственном подходе, где ключевым критерием выступают институциональные характеристики работодателей. В рамках данного подхода статистическое наблюдение фактически охватывает занятых на малых предприятиях, а также индивидуальных предпринимателей в сфере здравоохранения.

Получаемые оценки демонстрируют высокую степень согласованности с иной статистической отчетностью. Так, согласно данным Росстата за 2022 г., численность занятых в сфере предпринимательской деятельности без образования юридического лица в данной отрасли составила 162 тыс. человек. Эта величина коррелирует с приведенной в табл. 1 оценкой занятости в НСЭ для здравоохранения и социальных услуг (202 тыс. человек), составляя более 80% последней. Таким образом, оставшиеся приблизительно 20% могут быть отнесены к занятости на малых предприятиях. Указанное распределение подтверждает, что основная масса работников, учитываемых в контексте неформальной занятости в здравоохранении по производственному подходу, сосредоточена в секторе индивидуального предпринимательства.

Учитывая указанные методологические ограничения производственного подхода, для получения более полной оценки масштабов неформального труда в здравоохранении авторами предлагается

Таблица 1

Динамика занятости в НСЭ в сфере здравоохранения и социальных услуг за 2013–2023 гг.

Показатель	Год										
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Занятые в НСЭ всего, тыс. человек	14 114	14 420	14 874	15 426	14 389	14 660	14 885	14 217	14 681	13 481	13 444
Занятые в НСЭ в области здравоохранения и социальных услуг, тыс. человек	111	128	123	155	198	194	232	209	216	202	256
Доля занятых в НСЭ в области здравоохранения и социальных услуг, %	0,8	0,9	0,8	1,0	1,4	1,3	1,6	1,5	1,5	1,5	1,9

Динамика неформальной занятости в сфере здравоохранения и социального обеспечения, оцениваемая балансовым методом, 2017—2023 гг.

Показатель	Год						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Всего занятых в сфере здравоохранения и социального обеспечения, тыс. человек	5739,0	5832,0	5740,0	5549,0	5656,0	5675,0	5798,0
Среднесписочная численность занятых в сфере здравоохранения и социального обеспечения, тыс. человек	4094,0	4404,0	4181,0	4155,0	4186,0	4136,0	4079,0
Сальдо (неформальная занятость, оцениваемая балансовым методом)	1645,0	1428,0	1559,0	1394,0	1470,0	1539,0	1719,0
Доля неформальной занятости в общей численности занятых в отрасли, %	28,7	24,5	27,2	25,1	26,0	27,1	29,6

П р и м е ч а н и е. Составлено и рассчитано авторами по данным [5].

применение балансового метода. Данный метод, основанный на сопоставлении данных об общей численности, занятых в отрасли (по данным выборочных обследований рабочей силы) и среднесписочной численности работников формального сектора (по данным организаций), позволяет оценить сальдо — ту часть работников, которая не учтена в формальной отчетности и может быть отнесена к неформальной занятости. Результаты расчетов представлены в табл. 2.

Анализ данных табл. 2 выявляет устойчивое присутствие и значительную долю неформальной занятости в сфере здравоохранения и социального обеспечения на протяжении всего рассматриваемого периода. Расчет сальдо, полученного балансовым методом как разность между общей численностью занятых и среднесписочной численностью работников, позволяет оценить масштабы данного явления.

В абсолютном выражении численность неформально занятых в данной отрасли стабильно превышала 1,3 млн человек, демонстрируя колебания в диапазоне от 1394,0 тыс. человек в 2020 г. до 1719,0 тыс. в 2023 г. При этом к 2023 г. был зафиксирован максимальный за семилетний период абсолютный показатель.

Удельный вес неформально занятых в общей численности работников сферы здравоохранения и социального обеспечения остается высоким, варьируя от 24,5 до 29,6%. Начав с 28,7% в 2017 г., доля снизилась до минимального значения в 2020 г., однако к 2023 г. наблюдается выраженный рост до 29,6%, что является максимальным значением за весь анализируемый период. Эта тенденция указывает на усиление роли неформального сектора в обеспечении трудовыми ресурсами данной отрасли в последние годы.

Помимо непосредственно неформальной занятости, т. е. трудовых отношений без оформления трудового договора, здравоохранение может включать в себя и другие неформальные практики. Так, в рамках государственного сектора неформальность проявляется прежде всего в системе теневых взаимоотношений врач—пациент и в искажении официальной отчетности. Распространенной практикой остаются неформальные выплаты (благодарности) медицинскому персоналу за обеспечение более комфортных условий, ускорение доступа к обследованию или операции, а также за получение квалифи-

цированной помощи в принципе, что особенно характерно для ресурсно-ограниченных учреждений [6]. При этом значительная часть неофициальных платежей пациентов медицинским работникам соответствует определению взятки, поскольку представляет собой оплату услуг, формально предоставляемых на безвозмездной основе. В соответствии с классификацией Всемирного банка, коррупционные практики в системе здравоохранения подразделяются на три основные категории: взятки, воровство и бюрократическую коррупцию<sup>27</sup>. Среди основных причин существования данных практик выделяют:

финансовый разрыв между гарантиями и ресурсами — существенное несоответствие между законодательно закрепленными объемами бесплатной медицинской помощи и их реальным финансовым обеспечением, особенно усугубляющееся в периоды экономических кризисов [7];

- низкий уровень оплаты труда медицинских работников — заработная плата медицинского персонала в странах Центральной и Юго-Восточной Европы, а также постсоветского пространства традиционно остается ниже среднего уровня по экономике, что вынуждает их прибегать к неформальным выплатам как источнику дополнительного дохода [6, 7];
- ограниченное развитие легального рынка платных услуг — в регионах с ограниченными возможностями для оказания официальных платных медицинских услуг наблюдается рост теневых платежей и оказания неформальной медицинской помощи [8];
- институциональная и правовая неопределенность — отсутствие четких механизмов регулирования и заинтересованности директивных органов в решении проблемы неформальных платежей, что позволяет сохранять существующую систему финансирования без проведения структурных реформ [9].

Есть эмпирические исследования, которые подтверждают устойчивую связь между экономическими факторами и распространенностью неформальных платежей. Так, анализ данных Российского мо-

<sup>27</sup> Corruption in the Russian Federation. World Bank. 2011. Режим доступа: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/823301468326968959/pdf/399850PUB0RUS0f0Corruption0Russian.pdf> (дата обращения 28.10.2025).

нитинга экономического положения и здоровья населения показывает, что на протяжении 2000-х годов более бедные пациенты, а также население экономически неблагополучных регионов значимо чаще прибегали к неформальным платежам, в то время как более платежеспособные группы населения и жители развитых регионов имели возможность пользоваться официальными платными услугами или добровольным страхованием [10].

Помимо экономических и институциональных факторов, определенную роль играют социокультурные традиции, выражающиеся в практике «благодарности» медицинским работникам, которая в современных условиях все чаще трансформируется из добровольного выражения признательности в обязательный неформальный платеж.

В целом, С. В. Шишкин и соавт. выделяют пять основных моделей неформальных платежей в медицине: плата по тарифу (фиксированная теневая цена за услугу), плата по возможности (цена зависит от платежеспособности пациента), поборы или вымогательство (требование оплаты за то, что должно быть бесплатным), плата по просьбе (медик намекает или прямо просит об оплате после оказания услуги), плата-благодарность (инициатива исходит от пациента, размер вознаграждения произвольный). Последняя при этом является самой распространенной моделью [2].

Однако данные другого исследования свидетельствуют о широком спектре мотивов и моделей поведения врачей в процессе назначения дополнительных платных услуг и получения неформальных платежей, и далеко не всегда корысть или желание обогатиться стоит на первом месте [11].

Параллельно существуют приписки в отчетности, когда медицинские организации завышают объемы оказанных услуг или выполняемых нормативов для улучшения формальных показателей эффективности и получения финансирования<sup>28</sup>. Эти практики, с одной стороны, компенсируют недостатки формальной системы, а с другой — воспроизводят ее системные дисфункции, подрывая принципы равнодоступности и искажая реальную картину затрат и результатов.

В частном здравоохранении неформальность приобретает иные формы, часто связанные с уходом от регуляторного и налогового контроля. Сюда относится деятельность врачей, оказывающих услуги частным образом без надлежащего юридического оформления (например, без регистрации в качестве самозанятого, индивидуального предпринимателя или получения лицензии), что позволяет минимизировать издержки, но ставит под сомнение качество и правовую защищенность таких услуг. Кроме того, к этой сфере относится реализация биологиче-

ски активных добавок, медицинских изделий и аппаратов через сети прямых продаж или интернет-платформы с использованием неподтвержденных медицинских жалоб (заявлений о лечебном эффекте). Данный сегмент тесно переплетается с альтернативной медициной, но отличается именно коммерческой, а не мировоззренческой ориентацией, занимающая нишу между официальной медициной и откровенным шарлатанством.

Наконец, существует автономный пласт неформальной медицины, представленный целителями, знахарями, духовными практиками и прочими поставщиками услуг, чья деятельность изначально лежит вне правового поля официального здравоохранения [12]. Как показывают исследования, данный сегмент крайне неоднороден территориально: его развитие в большей степени зависит от платежеспособного спроса и развитой инфраструктуры в городах, нежели от дефицита медицинской помощи на селе. Его агенты, как правило, не стремятся к институционализации и действуют в рамках локальных сообществ или закрытых групп в интернете, удовлетворяя запросы, не закрываемые ни государственной, ни легальной частной медициной, будь то поиск «духовных» причин болезни или надежда на чудо [8].

Таким образом, неформальная медицина представляет собой не единое явление, а многоуровневую систему, которая выполняет компенсаторные функции, замещает институциональные пробелы, но одновременно порождает серьезные риски, связанные с отсутствием контроля качества, правовой незащищенностью граждан и де-факто легитимацией теневых экономических отношений в критически важной социальной сфере.

### Заключение

Проведенное исследование демонстрирует, что неформальные практики в российском здравоохранении носят не фрагментарный, а системный характер, глубоко укорененный в институциональной структуре отрасли. Устойчивый рост как абсолютной численности неформально занятых, так и их доли в общем числе работников сферы здравоохранения (до 29,6% в 2023 г.) свидетельствует о долгосрочной структурной тенденции, а не о временном явлении.

Многообразие форм неформальности — от теневой занятости и неформальных платежей до приписок и сомнительных частных практик — образует сложную компенсаторную систему, которая обеспечивает функционирование отрасли в условиях хронического разрыва между формальными гарантиями и реальными ресурсами. При этом ключевым фактором является не только экономическая целесообразность, но и институциональная среда, вынуждающая медицинских работников и пациентов искать обходные пути для получения и оказания помощи.

Система неформальных отношений, с одной стороны, поддерживает жизнеспособность здравоохра-

<sup>28</sup> Без меня меня лечили: россияне жалуются на массовые приписки услуг в системе ОМС. Всероссийский союз страховщиков. 25 января 2024 г. Режим доступа: <https://vspru.ru/association/rukovodstvo-vsp/vlasov/2024/01/bez-menia-menia-lechili-rossiane-zhaluiutsia-namassovye-pripiski-uslug-v-sisteme-oms/> (дата обращения 28.10.2025).

нения, а с другой — воспроизводит серьезные риски, включая социальное неравенство, эрозию доверия и правовую незащищенность граждан. Неформальность выступает не просто следствием недостаточного финансирования, а индикатором глубоких системных дисфункций, требующих комплексного решения. Дальнейшая эффективная политика в области здравоохранения должна быть направлена не на силовое подавление неформальных практик, а на устранение их глубинных причин, прежде всего через гармонизацию нормативного регулирования с реальными условиями работы и повышение уровня институционального доверия.

Статья подготовлена по результатам исследований, выполненных за счет бюджетных средств по государственному заданию Фининиверситета.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Шишкин С. В. Формальные и неформальные правила оплаты медицинской помощи. *Мир России*. 2010;12(3):104—29. Режим доступа: <https://mirros.hse.ru/article/view/5280> (дата обращения 20.10.2025).
2. Шишкин С. И., Богатова Т. В., Потапчик Е. Г. Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. М.: МОНФ; 2003. Режим доступа: <https://www.isras.ru/publ.html?id=663> (дата обращения 20.10.2025).
3. Дудина В. И., Коробенкова М. А. Формальные нормы и неформальные практики в работе персонала выездных бригад скорой медицинской помощи. *Журнал социологии и социальной антропологии*. 2011;(2):2. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/formalnye-normy-i-neformalnye-praktiki-v-rabote-personala-vyezdnyh-brigad-skoroy-meditsinskoj-pomoschi> (дата обращения 20.10.2025).
4. Рабочая сила, занятость и безработица в России (по результатам выборочных обследований рабочей силы). 2024: Стат. сб. М.: Росстат; 2024. 152 с.
5. Труд и занятость в России. 2023: Стат. сб. М.: Росстат; 2023. 180 с.
6. Чирикова А. Е., Шишкин С. В. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений. *Мир России. Социология. Этнология*. 2014;(2). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimodeystvie-vrachey-i-patsientov-v-sovremennoy-rossii-vektory-izmeneniy> (дата обращения 24.10.2025).
7. Кравченко Н. А., Рагозин А. В. Медицинская помощь: государственная «бесплатность» или социальная солидарность? ОР-ГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. *Вестник ВШОУЗ*. 2020;(1). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskaya-pomosch-gosudarstvennaya-besplatnost-ili-sotsialnaya-solidarnost> (дата обращения 24.10.2025).
8. Крашенинникова Ю. А. «Неформальное здравоохранение» в современной России и факторы его развития (по материалам пилотного исследования). *Мир России*. 2015;24(4):99—122. Режим доступа: <https://mirros.hse.ru/article/view/4920> (дата обращения 20.10.2025).
9. Ковалев В. В., Дятлов А. В. Идеология менеджизма в российских социальных институтах: образование, наука, здравоохранение. *Вестник ГУУ*. 2023;(7). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ideologiya-menedzherizma-v-rossijskih-sotsialnyh-institutah-obrazovanie-nauka-zdravoohranenie> (дата обращения 24.10.2025).
10. Селезнева Е. В. Динамика участия различных групп населения России в оплате медицинской помощи. *Менеджер здравоохранения*. 2012;(11). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/dinamika-uchastiya-razlichnyh-grupp-naseleniya-rossii-v-oplate-meditsinskoj-pomoschi> (дата обращения 28.10.2025).
11. Андреева Е. А. Модели поведения врачей в ситуации назначения платных услуг. *INTER*. 2021;(1). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/modeli-povedeniya-vrachey-v-situatsii-naznacheniya-platnyh-uslug> (дата обращения 28.10.2025).
12. Башкуев В. Ю., Содномпилова М. М. Советская медицина и альтернативные медицинские практики в Бурят-Монгольской АССР и Монгольской Народной Республике в 1920—1930-х гг. *Власть*. 2021;(6). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovetskaya-meditsina-i-alternativnye-meditsinskie-praktiki-v-buryat-mongolskoj-ssr-i-mongolskoj-narodnoy-respublike-v-1920-1930-h> (дата обращения 24.10.2025).

Поступила 10.10.2025  
Принята в печать 12.01.2026

#### REFERENCES

1. Shishkin S. V. Formal and informal rules of payment for medical care. *Mir Rossii*. 2010;12(3):104—29. Available at: <https://mirros.hse.ru/article/view/5280> (accessed 20.10.2025) (in Russian).
2. Shishkin S. V., Bogatova T. V., Potapchik E. G., et al. Informal payments for medical care in Russia. Moscow: MONF; 2003. Available at: <https://www.isras.ru/publ.html?id=663> (accessed 20.10.2025) (in Russian).
3. Dudina V. I., Korobenkova M. A. Formal norms and informal practices in the work of mobile emergency medical team personnel. *Journal of Sociology and Social Anthropology*. 2011;(2). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/formalnye-normy-i-neformalnye-praktiki-v-rabote-personala-vyezdnyh-brigad-skoroy-meditsinskoj-pomoschi> (accessed 20.10.2025) (in Russian).
4. Labor force, employment, and unemployment in Russia (based on the results of sample labor force surveys). 2024 Statistical Collection. Moscow: Rosstat; 2024. 152 p. (in Russian).
5. Labor and employment in Russia. 2023: Statistical Collection. Moscow: Rosstat; 2023. 180 p. (in Russian).
6. Chirikova A. E., Shishkin S. V. Interaction between doctors and patients in modern Russia: vectors of change. *Mir Rossii. Sotsiologiya. Etnologiya*. 2014;(2). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimodeystvie-vrachey-i-patsientov-v-sovremennoy-rossii-vektory-izmeneniy> (accessed 24.10.2025) (in Russian).
7. Kravchenko N. A., Ragozin A. V. Medical care: state “free-of-charge” or social solidarity? *ORGZDRAV: News. Opinions. Training. Bulletin of VShOUZ*. 2020;(1). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskaya-pomosch-gosudarstvennaya-besplatnost-ili-sotsialnaya-solidarnost> (accessed 24.10.2025) (in Russian).
8. Krashennikova, Yu. A. “Informal healthcare” in modern Russia and factors of its development (based on a pilot study). *Mir Rossii*. 2015;24(4):99—122. Available at: <https://mirros.hse.ru/article/view/4920> (accessed 20.10.2025) (in Russian).
9. Kovalev V. V., Dyatlov A. V. The ideology of managerialism in Russian social institutions: education, science, healthcare. *Vestnik GUU*. 2023;(7). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/ideologiya-menedzherizma-v-rossijskih-sotsialnyh-institutah-obrazovanie-nauka-zdravoohranenie> (accessed 24.10.2025) (in Russian).
10. Selezneva E. V. Dynamics of participation of different population groups in paying for medical care in Russia. *Menedzher zdravoohraneniya*. 2012;(11). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/dinamika-uchastiya-razlichnyh-grupp-naseleniya-rossii-v-oplate-meditsinskoj-pomoschi> (accessed 28.10.2025) (in Russian).
11. Andreeva E. A. Models of physician behavior in situations involving the prescription of paid services. *INTER*. 2021;(1). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/modeli-povedeniya-vrachey-v-situatsii-naznacheniya-platnyh-uslug> (accessed 28.10.2025) (in Russian).
12. Bashkuev V. Yu., Sodnompilova M. M. Soviet medicine and alternative medical practices in the Buryat-Mongol ASSR and the Mongolian People's Republic in the 1920s–1930s. *Vlast'*. 2021;(6). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovetskaya-meditsina-i-alternativnye-meditsinskie-praktiki-v-buryat-mongolskoj-ssr-i-mongolskoj-narodnoy-respublike-v-1920-1930-h> (accessed 24.10.2025) (in Russian).