

© С. И. НЕСТЕРОВА, 2026

Самарский университет государственного управления

«Международный институт рынка»

(Университет «МИР»), Россия

E-mail: nesvig@mail.ru

## ДОВЕРИЕ КАК ИНСТИТУТ ВОСПРОИЗВОДСТВА НЕРАВЕНСТВА: СОЦИАЛЬНАЯ УЯЗВИМОСТЬ В ТРАНСГРАНИЧНОМ МЕДИЦИНСКОМ ТУРИЗМЕ

*В статье исследуется трансформация доверия из базового социального института в механизм воспроизводства неравенства в сфере трансграничного медицинского туризма. Через призму институционального анализа раскрывается процесс коммодификации доверия, в ходе которого оно превращается в товар, производимый и распределяемый акторами рынка. Показано, что в условиях институционального вакуума и асимметрии информации доверие перестает выполнять функцию снижения неопределенности и начинает систематически производить уязвимости, усиливая существующие и создавая новые формы социального неравенства. Выявлены ключевые «производители доверия» и практики его монетизации, приводящие к дисбалансу стимулов, рисков и доступа к ресурсам между пациентами, клиниками, посредниками и государством. Предложены мероприятия, нацеленные на декоммодификацию доверия и преобразование его из частного актива в публичный институт, способный обеспечить социальную защищенность и снизить уязвимость пациентов в глобальном пространстве.*

**Ключевые слова:** медицинский туризм, коммодификация доверия, этика, социальная уязвимость, воспроизводство неравенства, транснациональное здравоохранение, асимметрия информации, оппортунизм.

Глобализация рынка медицинских услуг существенно изменила систему современного здравоохранения, породив феномен транснационального медицинского туризма с годовым оборотом в десятки миллиардов долларов. Ожидается, что размер мирового рынка медицинского туризма составит около 35,9 млрд долларов США к 2032 году по сравнению с 11,7 млрд долларов США в 2022 году [3]. С одной стороны, этот процесс можно оценивать позитивно, поскольку пациенты имеют возможность преодолевать границы для получения качественного, инновационного или более доступного лечения. Более

90% медицинских туристов выражают удовлетворение качеством медицинской помощи, полученной во время своей поездки [3]. С другой стороны, бурный рост отрасли выявил фундаментальные системные противоречия, лежащие на стыке экономики, права, социологии и этики.

Ключевым парадоксом современного рынка медицинского туризма является радикальное несоответствие между его глобальным характером и преимущественно национальной системой регулирования. Пациент, принимающий решение о лечении за рубежом, оказывается в уязвимом положении.

Во-первых, он находится далеко от места оказания услуги.

Во-вторых, ему крайне сложно оценить реальное качество услуг и компетенции медицинского персонала.

В-третьих, он сталкивается с различиями в правовых системах, стандартах и механизмах защиты.

В этих условиях классические рыночные инструменты — цена и формальные контракты — оказываются недостаточными для преодоления высокой неопределенности и специфичности актива, которым является жизнь и здоровье человека.

В образовавшемся институциональном вакууме на первый план выходят доверие и этика, трансформирующиеся в центральные институты и формы капитала, которые структурируют взаимодействие акторов, снижают трансакционные издержки и определяют конкурентные преимущества. Доверие становится товаром, который производят, продают и покупают, а этические нормы — мягкой инфраструктурой, заменяющей слабое транснациональное право.

*Целью работы* является комплексный анализ трансформации доверия из базового социального института в механизм воспроизводства неравенства и производства социальной уязвимости в сфере трансграничного медицинского туризма.

В работе ставятся следующие *задачи*.

1. Рассмотреть теоретические основы доверия и этики в парадигме институциональной экономики.

2. Выявить и проанализировать механизмы производства и монетизации доверия на глобальном рынке медицинских услуг.

3. Систематизировать основные институциональные провалы и социальные риски, связанные с коммодификацией доверия и этики.

4. Проанализировать дисбаланс экономических стимулов и рисков ключевых акторов глобального рынка медицинских услуг (принципала, агента, посредника, регулятора).

5. Предложить направления институционального проектирования для преобразования доверия и этических норм из частных благ в публичные институты, снижающие системные издержки и риски для всех участников рынка.

*Объектом исследования* выступает трансграничный медицинский туризм как социальный феномен и сфера формирования новых отношений власти и неравенства.

*Предмет исследования* — социальные и институциональные механизмы коммодификации доверия, которые производят уязвимость пациентов и воспроизводят неравенство в глобальном медицинском пространстве.

В рамках институциональной экономики доверие рассматривается прежде всего как неформальный институт, то есть устойчивое, разделяемое правило поведения, компенсирующее слабость формальных контрактов и правового принуждения в условиях неопределенности [7, 8]. Его экономическая функция заключается в существенном снижении трансакционных издержек (издержек поиска информации, ведения переговоров, измерения качества услуг) и принуждении к исполнению обязательств. В медицинском туризме заключение полного контракта, в котором предусмотрены все возможные условия, невозможно, поэтому доверие является необходимым атрибутом сделки для ее совершения.

Ключевая роль доверия в этой системе эмпирически подтверждается. Согласно исследованиям Ассоциации медицинского туризма, 78,8% респондентов заявляют о его чрезвычайной важности, а еще 19,2% — о важности при выборе поставщика медицинских услуг [5]. Эти данные подчеркивают неоспоримый факт: доверие является основополагающим элементом в процессе принятия решений пациентами при выборе лечения за границей, а также одной из ключевых детерминант их лояльности и готовности давать рекомендации.

Сфера медицинского туризма является классической иллюстрацией рыночных провалов, возникающих вследствие высокой неопределенности, специфичности активов и критической асимметрии информации [2]. Рассмотрим несколько вариантов фиаско рынка.

Этичные практики, которым следуют участники рынка, могут оказаться маркетинговым нарративом, лишенным реального содержания. Клиники и посредники могут декларировать клиентоориентированность, но при этом использовать агрессивный маркетинг, навязывать ненужные или даже вредные дополнительные услуги, за-

ключать кабальные договоры. Репутационный капитал создается не через реальные действия, а через дорогостоящие PR-кампании, что девальвирует саму идею этики и доверия как института.

Добросовестные игроки, инвестирующие в соблюдение этических стандартов, аккредитации, прозрачность, качество, несут дополнительные издержки. В то же время недобросовестные конкуренты, экономя на этих издержках, пользуются ростом доверия к рынку в целом. Это искажает конкуренцию, подрывая экономическую целесообразность этического поведения.

Для медицинских коммерческих организаций и частных инвесторов ориентация на максимизацию краткосрочной финансовой отдачи может напрямую конфликтовать с долгосрочными инвестициями в репутацию и этические стандарты, особенно в условиях ценовой конкуренции.

Подобные провалы не только наносят ущерб отдельным участникам рынка, но и комплексно подрывают доверие ко всей отрасли.

Системный дисбаланс стимулов и рисков для ключевых акторов рынка медицинского туризма представлен в таблице 1.

Таблица 1

**Системный дисбаланс стимулов и рисков для ключевых акторов рынка медицинского туризма**

<i>Актор</i>	<i>Ключевые стимулы</i>	<i>Основные риски</i>	<i>Институциональные провалы, усугубляющие риски</i>
Принципал (пациент)	Получение недоступного / более эффективного лечения. Экономия средств. Сокращение времени ожидания. Повышенный комфорт и сервис	Неспособность оценить реальное качество. Использование уязвимого психологического состояния пациента для принятия неоптимального решения. Зависимость от иностранного провайдера. Отсутствие послеоперационного сопровождения. Высокие издержки правовой защиты	Отсутствие транснациональных реестров для верификации качества. Правовой вакуум и юрисдикционные барьеры. Неразвитость институтов страхования и финансовых гарантий для пациентов

Окончание табл. 1

<p>Агент (клиника, врач)</p>	<p>Максимизация прибыли и загрузки мощностей клиники. Рост международного рейтинга и престижа. Рост дохода врача. Доступ к новым технологиям</p>	<p>Соккрытие рисков, селективный отбор выгодных пациентов. Применение к иностранцам экспериментальных или непроверенных методик. Утечка мозгов в клиники, работающие с наиболее выгодными пациентами</p>	<p>Слабость / коррумпированность институтов аккредитации. Национальное регулирование не адаптировано под контроль за услугами для нерезидентов. Отсутствие действенных транснациональных этических комитетов</p>
<p>Посредник (агентство, брокер)</p>	<p>Получение комиссионных и от клиники, и от пациента. Закрытие сделки как самоцель</p>	<p>Направление пациента не к оптимальному, а самому щедрому на комиссии провайдеру. Агрессивный, вводящий в заблуждение маркетинг, создающий нереальные ожидания. Создание искусственных барьеров доступа (рентоориентированное поведение). Дистанцирование от ответственности за медицинский результат</p>	<p>Полное отсутствие или декларативность институтов лицензирования и этического регулирования посредников. Агентские договоры, позволяющие избежать ответственности</p>
<p>Регулятор (государство)</p>	<p>Страна-поставщик: приток валюты, развитие экспорта услуг, укрепление позиции страны. Страна-донор: снижение нагрузки на национальную систему здравоохранения, формальное обеспечение обязательств перед гражданами</p>	<p>Ослабление стандартов для привлечения пациентов (гонка по нисходящей). Создание двухуровневой медицины (для иностранцев и для местных жителей), усугубление внутреннего неравенства. Правовой вакуум для защиты иностранных пациентов. Налоговые потери и отмывание денег</p>	<p>Национальные регулятивные институты не скоординированы на транснациональном уровне. Отсутствие межгосударственных соглашений о взаимном признании стандартов, решений судов и защите прав пациентов</p>

Таблица 1 наглядно демонстрирует, что стимулы ключевых акторов в медицинском туризме в его нынешнем виде существенно рассогласованы и зачастую противоречат друг другу. Пациент стремится к здоровью, но лишен полной информации и защиты. Медицинская организация и посредник стремятся к прибыли, что вступает в противоречие с фидуциарной обязанностью и медицинской этикой при слабом контроле. Государства, стремясь к экономическим и политическим выгодам, зачастую пренебрегают своей регуляторной и защитной функцией, что порождает институциональные ловушки. Этот системный дисбаланс ведет к проявлениям различных форм оппортунизма [6, 8].

До заключения контракта главная проблема для пациента — достоверно оценить качество медицинской услуги. В соответствии с теорией «лимонов» Дж. Акерлофа на рынке с асимметрией информации, когда продавец о товаре знает все, а покупатель — почти ничего, происходит вытеснение качественных товаров некачественными [1]. Недобросовестные медицинские организации, врачи и посредники, предлагающие услуги с низким качеством по завышенной цене или откровенно мошеннические схемы, активно конкурируют с добросовестными участниками рынка и зачастую побеждают в этой борьбе, так как пациент не может отличить «плохих» от «хороших» (проблема неблагоприятного отбора).

Оппортунизм *ex ante* может проявляться, например, так:

— посредники могут выдавать себя за эксклюзивных партнеров ведущих клиник, не имея с ними ничего общего;

— посредники или клиники могут не раскрывать информации о реальной статистике осложнений, о лицензионных ограничениях на определенные процедуры, не уведомлять клиента о том, что операцию будет проводить не именитый профессор, а его ассистент;

— медицинские организации и посредники могут создавать поддельные сайты-клоны известных клиник, покупать фальшивые позитивные отзывы, использовать в продвижении дипломы и сертификаты, не имеющие отношения к лечащему врачу или клинике.

Все это искажает рыночные сигналы, на которые полагается пациент. В результате рынок засоряется «лимонами». Пациенты, боясь обмана, либо отказываются от услуг, что приводит к недоиспользованию рынка, либо требуют значительных скидок за компенсацию рисков, что делает предоставление качественных медицинских услуг экономически нецелесообразным. Трансакционные издержки на поиск и верификацию информации резко возрастают.

Однако риски оппортунизма не исчезают после того, как выбор сделан [10, 11]. На смену проблеме неблагоприятного отбора приходит проблема морального риска. После подписания договора, а особенно после оплаты, пациент становится заложником специфических активов — его время, здоровье и финансовые ресурсы уже потрачены на конкретных врачей и клинику в чужой стране. Поменять их после начала лечения — крайне сложно и дорого. Это позволяет недобросовестной стороне «отлынивать» от полного выполнения обязательств или «вымогать» дополнительную плату.

Оппортунизм *ex post* может иметь такие проявления, как:

— сокращение времени приема, замена заявленных материалов на более дешевые аналоги, передача выполнения части процедур менее квалифицированному работнику;

— предъявление дополнительных, не оговоренных ранее счетов на оплату под угрозой прекращения / сокращения лечения или непредоставления полной медицинской документации [9];

— отказ от постоперационной ответственности, когда клиника или посредник при возникновении осложнений у пациента не помогают ему, ссылаясь на «индивидуальные особенности организма» или «нарушение режима», даже если причина — в качестве проведенной процедуры. По статистике, медицинские осложнения возникают примерно в 3–5% случаев, а уровень заражения после операций за рубежом может быть выше на 20% из-за различных стандартов гигиены. При этом около 25–35% медицинских туристов сталкиваются с трудностями при получении юридической защиты в случае врачебной ошибки [3].

Оппортунизм отдельных акторов порождает негативные последствия для третьих сторон и для системы в целом. Каждый случай мошенничества или предоставления некачественной услуги наносит удар по репутации не только виновника, но и страны-поставщика, а также отрасли в целом. Доверие — это благо, которое уничтожается оппортунизмом.

Классическая трагедия общин описывает истощение общего ресурса из-за чрезмерной эксплуатации [4]. В случае с доверием наблюдается иная проблема: ресурс не исчезает, но становится недоступным из-за его коммодификации и фрагментации в цифровом пространстве. Информация о качестве распределяется между множеством коммерческих платформ (агрегаторов, сайтов отзывов, блогов, маркетинговых каналов клиник и т.п.), каждая из которых монетизирует доступ к своему фрагменту данных. Отсутствие единого верифицирующего института вынуждает пациента нести кри-

тически высокие транзакционные издержки на сбор и кросс-проверку информации. В результате формирование обоснованного доверия становится экономически нецелесообразным — не из-за дефицита информации, а из-за ее искусственной недоступности, создаваемой рыночными барьерами и конфликтом интересов участников.

Анализ доверия как экономического ресурса был бы неполным без понимания того, как оно производится и продается.

Первичным рынком производства доверия является рынок международных аккредитаций и сертификатов. Такие организации, как JCI, ISO, TEMOS, продают клиникам не столько услуги по аудиту, сколько легитимный символ качества, который становится мощным маркетинговым активом. Поскольку, согласно исследованию [5], для 63,3% пациентов наличие аккредитации является значимым фактором выбора поставщика услуг, клиника получает прямой экономический стимул к ее приобретению. Она конвертирует этот символ в ценовую премию и приток пациентов, готовых платить за ощущение безопасности и гарантии. Однако такая ситуация может привести к девальвации доверительных сигналов. Когда сертификат становится самоцелью, а его получение — рутинной, иногда коррупционной процедурой, происходит значительное снижение его ценности. Символ может постепенно отрываться от реального содержания, то есть от обычной ежедневной работы с пациентами, качества и безопасности.

Следующим рынком производства доверия является рынок цифровых репутационных платформ, частично заменивших традиционное «сарафанное радио». Цифровые агрегаторы (например, BookingClinic, WhatClinic), специализированные форумы и сайты отзывов позиционируют себя как нейтральных инфраструктурных игроков, снижающих информационные барьеры. Однако их реальная бизнес-модель основана на управлении вниманием и доверием пациентов. Алгоритмы ранжирования, платное продвижение, выделение «партнеров» — все это превращает доверие в товар. В результате возникает алгоритмическое неравенство: клиники с огромным маркетинговым бюджетом и необязательно с отличными клиническими результатами занимают топовые позиции. Платформы перестают отражать реальную репутацию клиник, а становятся ее активным конструктором, что создает риски манипуляции и скрытого влияния на выбор пациента.

Наиболее противоречивым звеном в цепочке является рынок посредников — медицинских брокеров, агентов, консультантов. Их основная декларируемая функция — снижение когнитивных, язы-

ковых барьеров и операционных издержек. Посредник, по сути, выступает личным гидом пациента в чужой стране. Однако здесь кроется фундаментальный конфликт интересов. Посредник, как правило, получает не только плату за свои услуги от пациента, но и комиссию от клиники, в которую тот направляется. Это мешает посреднику действовать исключительно в интересах доверителя (пациента). Вместо подбора оптимального с медицинской и финансовой точки зрения варианта, стимул смещается в сторону клиники, предлагающей самый высокий процент. Это ведет к системным искажениям информации, завышению стоимости услуг и, в крайних случаях, к прямому мошенничеству, когда посредник, получив предоплату от клиента, самоустранивается при возникновении сложностей. Таким образом, агент, призванный быть решением проблем недоверия, сам становится источником нового, институционального риска.

Итогом функционирования этих рынков является коммодификация доверия – превращение базовой основы социального взаимодействия в отчуждаемый, покупаемый и продаваемый товар. Это порождает порочный круг: пациент, стремясь купить уверенность в качестве и безопасности, вынужден платить за их символы, производство которых зачастую контролируется актерами, чьи экономические интересы не совпадают с его собственными. В этой системе аккредитаторы продают сертификаты, платформы продают внимание, а посредники продают доступ, извлекая ренту из информационного вакуума и эмоциональной уязвимости пациента.

Наиболее опасным системным риском является каскадное разрушение доверия. В условиях, когда доверие сконцентрировано в бренде (клиник, стран, аккредитаций), скандал или кризис, связанный с одним агентом, может вызвать прогрессирующую реакцию недоверия ко всей связанной с ним цепочке. Смерть медицинского туриста в конкретной клинике может нанести удар по репутации медицинского туризма в стране, мошенничество одного посредника – подорвать доверие ко всей гильдии. Например, президент Ассоциации медицинского и академического туризма Е. В. Чернышев указывает на целенаправленные информационные атаки в западных СМИ против таких стран-лидеров, как Мексика и Турция. Единичные случаи осложнений преподносились как системная опасность, что наносило урон репутации целых национальных брендов медицинского туризма [13].

Эффект виновности по ассоциации делает систему крайне хрупкой, так как инвестиции в создание бренда, которому доверяют,

могут быть мгновенно обесценены действиями отдельного, плохо регулируемого актора. При этом система особенно уязвима для целенаправленных атак: в условиях цифровой среды негативные отзывы могут искусственно создаваться или усиливаться конкурентами, превращая единичный инцидент в полномасштабный репутационный кризис для всего сегмента или страны-поставщика.

Риски срабатывания эффекта домино особенно высоки для участников из стран с изначально низким уровнем обобщенного социального доверия. Исследования подтверждают, что в таких обществах, включая Россию, доминирует селективное доверие — к ближайшему кругу, при высоком недоверии к абстрактным институтам и «чужим» [12]. Это означает, что пациент из такой среды, выходя на глобальный рынок, не имеет устойчивого «иммунитета» — навыков и установок на рациональную проверку институциональных сигналов (аккредитаций, договоров). Он либо проецирует общее недоверие, что парализует выбор, либо вследствие наивного доверия становится легкой добычей мошенников, покупаясь на маркетинговые уловки.

Описанные провалы указывают на исчерпанность чисто рыночных механизмов регулирования и необходимость целенаправленного институционального проектирования для сохранения доверия как публичного блага. При этом мероприятия должны сочетать как мягкие механизмы саморегулирования, так и усиление формального регулирования, в том числе:

1. Создание глобальных и региональных ассоциаций медицинского туризма с обязательным членством для операторов. Членство должно подразумевать соблюдение строгого кодекса этики, наличие страхования профессиональной ответственности и включение в публичный реестр. Санкцией за нарушение должно стать исключение из ассоциации и занесение в «черный список», что нанесет прямой экономический и репутационный ущерб.

2. Разработку типовых международных договоров на оказание медицинских услуг, включающих обязательные пункты об использовании эскроу-счетов для предоплат, четком послеоперационном сопровождении, механизмах урегулирования споров и прозрачном ценообразовании. Это сделает отношения предсказуемыми и защитит пациентов от ex-post оппортунизма.

3. Развитие платформ, работающих по принципу открытых данных. Их задача — агрегация верифицированной информации (лицензии клиник, судебные решения, квалификация врачей) и модерация отзывов по строгим, прозрачным алгоритмам, исключаящим

платное продвижение.

4. Заключение двусторонних и многосторонних меморандумов между странами-экспортерами и импортерами медицинских услуг с целью взаимного признания стандартов качества, упрощения визовых процедур для пациентов и взаимного признания и исполнения судебных решений по медицинским спорам. Это создаст реальную возможность правовой защиты для пациента.

5. Учреждение специализированного арбитражного органа под эгидой международной организации (например, ВОЗ), чьи решения будут признаваться национальными юрисдикциями. Это обеспечит быстрый, компетентный и относительно недорогой способ разрешения трансграничных споров.

6. Формирование постоянных рабочих групп при министерствах здравоохранения и правоохранительных органах разных стран для обмена информацией о недобросовестных операторах, типичных схемах мошенничества и лучших практиках регулирования.

Стимулы должны быть подкреплены экономическими инструментами, а неравенство — компенсировано. Для этого можно предложить:

— внедрение систем страхования профессиональной ответственности для клиник и посредников, где размер страхового взноса напрямую зависит от этического рейтинга, истории жалоб и участия в аккредитационных программах; это сделает оппортунистическое поведение невыгодным;

— общественные инициативы по обучению и консультированию уязвимых групп пациентов в целях преодоления цифровой стратификации; задача навигаторов — помочь пациентам в поиске информации, проверке контрагентов и понимании их прав [14, 15].

Предложенные меры направлены на системную трансформацию. Их цель — не зарегулировать рынок, а изменить его логику: сделать долгосрочную репутацию, прозрачность и этичное поведение самым ценным и прибыльным активом, а оппортунизм — экономически нецелесообразным и юридически наказуемым, независимо от юрисдикции. Таким образом, предложенный комплекс мер направлен на декоммодификацию доверия — возвращение ему статуса публичного института, а не рыночного товара.

### **Литература**

1. Akerlof G.A. The Market for “Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*. 1970. V. 84. Is. 3. Pp. 488–500.

2. Arrow K.J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. The American Economic Review. 1963. № 53 (5). Pp. 941–973.
3. Deb T. Medical Tourism Statistics and Facts (2025). URL: <https://media.market.us/medical-tourism-statistics>.
4. Hardin G. The Tragedy of the Commons // Science, New Series. 1968. Vol. 162. № 3859. Pp. 1243-1248.
5. Medical Tourism Unveiled: Why Patients Travel and What Holds Them Back: A Deep Dive into the Medical Tourism Decision-Making Process. URL: <https://www.healthcareresearchcenter.org/patient-survey>.
6. Holmstrom B., Milgrom P. Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design // Journal of Law, Economics, & Organization. 1991. Vol. 7. Special Issue: [Papers from the Conference on the New Science of Organization, January 1991]. Pp. 24-52.
7. North D.C. Institutions, Institutional Change and Economic Performance. Cambridge University Press. 1990.
8. Williamson O. E. The Economic Institutions of Capitalism. Firms, Market, Relational Contracting. The Free Press, Macmillan Inc. 1985.
9. Ананченкова П. И. Проблема рисков в медицинском туризме (обзор литературы) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. № 31 (спецвып. 1). С. 789–793. DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-s1-789-793.
10. Королев А. И. Типология оппортунистического поведения в экономике неравновесности // Промышленность: экономика, управление, технологии. 2007. № 15 (1). С. 20–22.
11. Кузнецова М. А. Оппортунизм как следствие несовершенства контрактов // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки. 2012. № 1. С. 31–36.
12. Макаров А. В., Пономарев Ю. Ю. Кризис доверия: проблемы измерения, общественные ценности и иные детерминанты // ЭКО. 2023. № 11. С. 148–172.
13. Недобросовестная конкуренция стран в мировом медицинском туризме. URL: <https://med-edu.org/medical-tourism-global-problems-2025>.
14. Нестерова С. И. Медицинский туризм в эпоху цифровизации: усиление социального неравенства через цифровой разрыв // Вестник Самарского муниципального института управления. 2025. № 4. С. 20–28.
15. Нестерова С. И., Чумак В. Г. Когнитивные ловушки в социальном контексте: как цифровая среда формирует решения медицинских туристов // Вестник Самарского муниципального института управления. 2025. № 4. С. 37–50.

*Статья поступила в редакцию 04.02.26 г.*

*Рекомендуется к опубликованию членом Экспертного совета  
канд. социол. наук, доцентом Т. П. Карповой*